

НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О. О БОГОМОЛЬЦЯ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА КОЦЮБИНСЬКОГО

УДК 378.1:615.15 (043.5)

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ОМЕЛЬЧУК МИХАЙЛО АНАТОЛІЙОВИЧ

**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ
ДОЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ У МАЙБУТНІХ ПРОВІЗОРІВ**

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

**Подається на здобуття наукового ступеня
кандидата педагогічних наук (доктора філософії)**

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

_____ М. А. Омельчук

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Лисенко Олександра Юріївна, кандидат педагогічних наук, доцент

Вінниця – 2019

АНОТАЦІЯ

Омельчук М. А. Формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти (медичні та фармацевтичні дисципліни). – Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, Міністерство освіти і науки України. – Вінниця, 2019.

Дисертація присвячена проблемі формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. Актуальність дослідження, зумовлена тим, що в умовах ринкової економіки працівники фармації все більше асоціюють себе з бізнесом, забуваючи про свою першочергову місію щодо зміцнення і збереження здоров'я населення. Також актуальність обраної проблеми підсилюється низкою *суперечностей*, які перешкоджають ефективному формуванню професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, а саме між: необхідністю надання ефективної першої долікарської допомоги та низьким рівнем клінічної підготовки провізорів; потребами щодо налагодження ефективної комунікації у випадках надання першої долікарської допомоги, зокрема під час проведення серцево-легеневої реанімації, та відсутністю належних навичок у провізорів щодо адаптації у стресових ситуаціях; необхідністю формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги та відсутністю відповідних питань у програмі післядипломної підготовки.

У роботі проаналізовано стан дослідження проблеми у педагогічній теорії і практичній діяльності вищих медичних закладів освіти, розкрито сучасні вимоги до організації підготовки фахівців з фармації, висвітлено сучасний стан підготовки майбутніх провізорів до надання першої долікарської допомоги. З'ясовано, що майбутні провізори мають низький рівень знань та практичних навичок із надання першої долікарської допомоги, що може бути пояснено неналежним рівнем подачі

інформації та недосконалими формами і методами проведення занять. Доведено, що компетентність з надання першої долікарської допомоги у майбутнього провізора може бути ефективно сформована лише за умови провадження компетентнісного підходу як основи сучасної освіти, з визначеною метою і змістом навчання, створеними умовами для реалізації навчальних цілей, ефективною організацією навчання із застосуванням інтерактивних технологій та активних методів навчання, особистісно орієнтованим підходом у навчанні дає можливість ефективно сформувати компетентність з надання першої долікарської допомоги у майбутнього провізора.

Означено зміст ключових понять дослідження: *«професійна компетентність провізора з надання першої долікарської допомоги»* – інтегральна сукупність особистісних та професійних якостей провізора, набутих у результаті навчання, що відображають рівень його теоретичних знань і практичних навичок, морально-етичних якостей, особистісних рис, спрямованих на надання адекватної та якісної першої долікарської допомоги хворим і потерпілим, у випадку необхідності. *Професійна компетентність з надання першої долікарської допомоги у провізорів* полягає у готовності та здатності розпізнати стан загрози для життя у хворого чи потерпілого, своєчасно викликати допомогу, надати першу долікарську допомогу (зупинка кровотеч, накладання пов'язок, подання ліків (у межах своєї компетенції)), а у випадку зупинки кровообігу забезпечувати високої якості реанімаційні заходи та уміти застосувати автоматичний зовнішній дефібрилятор (AED – Automated External Defibrillator).

Обґрунтовано *структуру* професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, що складається з чотирьох компонентів: мотиваційно-ціннісного, знаннево-практичного, особистісно-психологічного та організаційно-комунікативного; розкрито зміст компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. Визначено критерії сформованості по кожному з компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги: високий,

середній, низький. Зауважено, що критеріями сформованості компонентів, що дають можливість якісно надати першу долікарську допомогу, будуть високий та середній.

Розкрито зміст кожного з компонентів з урахуванням особливостей формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги. Мотиваційно-ціннісний компонент визначає рівень потреб, мотивів, соціальних установок і ціннісних орієнтирів, що спонукають до здобуття знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги провізорами. Знаннєво-практичний компонент відображає систему професійних, міждисциплінарних знань і практичних навичок фахівця, необхідних для надання першої долікарської допомоги. Особистісно-психологічний компонент відображає рівень творчих якостей провізора характеристики та здібності провізора психологічної готовності провізора до надання першої долікарської допомоги. Організаційно-комунікаційний компонент визначає рівень організації інтерна, який сприятиме ефективному засвоєнню знань та оволодінню практичними навичками, враховуючи цілі, попередній досвід та індивідуальні потреби; ефективної комунікації (з хворим/потерпілим, його оточенням, командою рятувальників, медиками), що забезпечить високу якість надання першої долікарської допомоги до прибуття спеціалізованої медичної допомоги. У дисертації подальшого розвитку набули положення щодо формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, зокрема щодо знаннєво-практичного та організаційно-комунікаційного компонентів.

Розроблено та обґрунтовано *методику формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання* яка визначає: зміст, педагогічні умови, сукупність форм і методів навчання, засобів навчання, педагогічних підходів, метою яких є формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. Означена методика складається з таких блоків, які є взаємопов'язаними та доповнюють один одного, а саме: нормативно-цільового (цілі, принципи, підходи), змістового (зміст, педагогічні умови, форми і методи, педагогічні підходи, засоби навчання) та результативно-аналітичного (оцінка рівня

сформованості компонентів компетентності, аналіз та корекція й оптимізація педагогічних умов, методик, форм та методів навчання). Визначено, що методика формування професійної компетентності з надання першої долікарської у майбутніх провізорів є відкритою та динамічною, передбачає єдність нормативно-цільового, змістового та результативно-аналітичного блоків, які є взаємообумовлені та взаємозалежні, має чіткі цілі, базується на педагогічних підходах і принципах науковості, системності, доступності, професійній спрямованості, зв'язку теорії та практики.

Обгрунтовано зміст навчання, спрямований на розвиток професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. Збагачено зміст навчання циклу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» практично зорієнтованим навчальним матеріалом щодо надання першої долікарської допомоги. Розроблено навчальний план та програма практичного курсу невідкладної допомоги в умовах інтернатури, який містить 9 тематичних розділів, тривалістю 30 академічних годин.

Удосконалено форми та методи формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. Визначено основні форми та методи у формуванні професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, а саме: інтерактивна лекція, закрита дискусія (семінар), відкрита дискусія («круглий стіл») та практичні заняття на основі активних методів навчання (симуляційний тренінг). Означені підходи симуляційного навчання: підхід «чотирьох кроків», «позитивної критики», «позитивного мотивування» та «постійного оцінювання», розкрито їх зміст.

Розкрито ключову роль симуляційних методів навчання (симуляційний тренінг) у набутті провізорами-інтернами знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, показані його переваги: формування практичного досвіду за допомогою віртуального середовища, без ризику заподіяння шкоди пацієнту; об'єктивна оцінка досягнутого рівня майстерності; необмежена кількість повторів для відпрацювання навичок; частину функцій викладача виконує віртуальний тренажер; зменшення стресу під час виконання перших самостійних

маніпуляцій; розвиваються як індивідуальні уміння і навички, так і здатності до командної взаємодії, комунікації.

Визначено педагогічні умови формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання, а саме: забезпечення особистісно орієнтованої взаємодії суб'єктів навчання; інтерактивізація навчального процесу; стимулювання пізнавальної активності інтернів під час аудиторної та позааудиторної навчально-виховної роботи; посилення виховного впливу викладача, спрямування інтернів на формування знань та практичних навичок з надання першої долікарської допомоги.

Результати дослідження засвідчили, що всі показники сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів в експериментальній групі вищі, ніж у контрольній групі, що дало підстави зробити висновок про ефективність розробленої методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що, запропонована методика формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання може бути реалізована під час навчання майбутніх провізорів за спеціальністю «Загальна фармація» в інтернатурі медичного університету, а також з метою підвищення професійної кваліфікації фармацевтичних фахівців. Розробка навчально-методичного забезпечення для викладання розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» під час первинної спеціалізації провізорів сприятиме мотивуванню провізорів-інтернів до свідомого професійного становлення, систематизації та здатності до практичного застосування знань щодо надання першої долікарської допомоги. Розроблені методичні рекомендації «Практичний курс невідкладної допомоги» до розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» інтернатури за спеціальністю «Загальна фармація» можуть бути використані провізорами-інтернами, викладачами медичних вищих закладів освіти, а також фахівцями практичної фармації.

Ключові слова: провізор; професійна компетентність з надання першої долікарської допомоги; зміст, форми та методи формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

ABSTRACT

Omelchuk M. A. The Process of the Professional Competence on Provision of the First Pre-Medical Aid Formation for Future Pharmacists'. – Qualificational scientific work printed as manuscript.

Thesis for the degree of a candidate of pedagogical sciences in specialty 13.00.04 - theory and methodology of vocational education (medical and pharmaceutical disciplines). - Vinnytsia State Pedagogical University named after Mikhailo Kotsiubynskyi, Ministry of Education and Science of Ukraine. - Vinnytsia, 2019.

The dissertation is devoted to the problem of the formation of professional competence in providing the first pre-medical aid to future pharmacists. The relevance of the research is revealed due to the fact that in the conditions of a market economy, pharmacists increasingly associate themselves with business, forgetting about their primary mission to strengthen and preserve the health of the population. The urgency of the chosen problem is compounded by a number of contradictions that prevent the effective formation of professional competence in providing the first pre-care assistance to future pharmacists, namely: the need to provide effective first-aid care and low level of clinical training of pharmacists; the needs for establishing effective communication in cases of provision of first pre-care, in particular during cardiopulmonary resuscitation, and lack of appropriate skills for pharmacists in adaptation in stress situations; the need to form professional competence in providing the first pre-care assistance and the lack of relevant issues in the post-graduate program.

The paper analyzes the state of the problem research in the pedagogical theory and practical activity of higher medical educational institutions, reveals the modern requirements for the training of specialists in pharmacy, reveals the current state of preparation of future pharmacists to the provision of the first pre-care aid. It is shown that

future pharmacists have a low level of knowledge and practical skills in providing the first pre-care, which may be explained by improper reporting of information and imperfect forms and methods of conducting occupations. It is proved that the competence to provide the first pre-care aid in the future pharmacist can be effectively formed only if the competence approach is used as the basis of modern education, with the determined purpose and content of training, the created conditions for the realization of educational goals, effective organization of training with the use of interactive technologies and active learning methods, a personally oriented approach to learning provides an opportunity to effectively form competence in providing the first medical aid to the future pharmacist.

The content of the key concepts of the research is described: "professional competence of the pharmacist for the provision of the first medical care" - an integral set of personal and professional qualities of the pharmacist, acquired as a result of training, reflecting the level of his theoretical knowledge and practical skills, moral and ethical qualities, personality traits aimed at providing adequate and qualitative first-aid care for the sick and the victim, if necessary. Professional competence in providing the first pre-care aid to pharmacists consists in the readiness and ability to recognize the state of the threat to life of the patient or victim, to call in a timely manner, to provide first pre-care assistance (stop of a bleeding, dressing of dressings, presentation of medicines (within the limits of his competence)) , and in the event of a blood circulation stop, provide high quality resuscitation measures and be able to apply an automatic external defibrillator (AED).

The structure of professional competence on provision of the first medical aid to future pharmacists is substantiated, which consists of four components: motivational-value, knowledge-practical, person-psychological and organizational-communicative; the content of the components of professional competence on provision of the first medical aid to future pharmacists is disclosed.

The content of each component is considered, taking into account the peculiarities of the formation of professional competence in the provision of the first pre-care aid. The motivational-value component determines the level of needs, motives, social settings and value orientations that lead to the acquisition of knowledge and practical skills in

providing the first pre-care aid to pharmacists. The knowledge-practical component reflects the system of professional, interdisciplinary knowledge and practical skills of a specialist, necessary for the provision of the first pre-nursing care. The personal and psychological component reflects the level of creative qualities of the pharmacist of the characteristics and abilities of the pharmacist's psychological readiness of the pharmacist to provide the first pre-medical assistance. The organizational and communication component determines the level of organization of the intern, which will facilitate the effective acquisition of knowledge and the acquisition of practical skills, taking into account goals, prior experience and individual needs; effective communication (with the patient / victim, his environment, the team of rescuers, physicians), which will ensure the high quality of provision of the first pre-nursing care until the arrival of specialized medical care. In the dissertation of further development, provisions have been made regarding the formation of professional competence in providing the first pre-care assistance to future pharmacists, in particular with regard to the know-how, practical and organizational and communication components.

The method of formation of professional competence for the provision of the first pre-care assistance to future pharmacists on the basis of simulation training is developed and substantiated, which defines: content, pedagogical conditions, a set of forms and methods of teaching, means of teaching, pedagogical approaches, the purpose of which is the formation of professional competence for the provision of the first pre-care from future pharmacists. This methodology consists of such units that are interconnected and complement each other, namely: normative-target (goals, principles, approaches), content (content, pedagogical conditions, forms and methods, pedagogical approaches, means of learning) and effective -analytical (estimation of the level of formation of components of competence, analysis and correction and optimization of pedagogical conditions, methods, forms and methods of training). It has been determined that the methodology of forming professional competence for the provision of the first precursor to future pharmacists is open and dynamic, presupposes the unity of the normative-target, content and analytical results-analytical blocks that are mutually related and interdependent, have clear goals, is

based on pedagogical approaches and principles of scientific, systematic, accessible, professional orientation, theory and practice communication.

The content of the training, aimed at development of professional competence on provision of the first medical aid to future pharmacists, is substantiated. The content of the cycle "Assistance in urgent states and acute poisoning" is enriched with practically oriented educational material for provision of the first pre-care aid. The curriculum and program of the practical course of emergency care in the conditions of internship, which contains 9 thematic sections, lasts for 30 academic hours is developed.

The forms and methods of formation of professional competence for the provision of the first medical aid to future pharmacists have been improved. The basic forms and methods in the formation of professional competence in providing the first pre-medical assistance to future pharmacists are defined, namely: interactive lecture, closed discussion (seminar), open discussion (round table) and practical classes on the basis of active teaching methods (simulation training). The mentioned approaches of simulation training: the approach of "four steps", "positive criticism", "positive motivation" and "constant evaluation", their contents are revealed.

The key role of simulation training methods (simulation training) in acquiring internship knowledge and practical skills in provision of the first pre-care aid is revealed, its advantages are shown: the formation of practical experience through a virtual environment, without the risk of causing harm to the patient; objective assessment of the achieved level of skill; unlimited number of repetitions for working skills; part of the teacher's functions is performed by a virtual simulator; reduction of stress during the first independent manipulations; develop as individual skills and abilities, and the ability to team interaction, communication.

The results of the study showed that all indicators of the formation of professional competence on the provision of first pre-care to future pharmacists in the experimental group were higher than in the control group, which gave grounds to conclude on the effectiveness of the developed methodology for the formation of professional competence for the provision of the first pre-nursing care on the basis of simulation training.

The practical significance of the study is that the proposed method for the formation of professional competence for the provision of the first pre-medical aid on the basis of simulation training can be implemented during the training of future pharmacists in the field of "General Pharmacy" at the internship of the medical university, as well as in order to enhance the professional qualifications of the pharmaceutical specialists. The development of teaching and methodological support for teaching the section "Assistance in urgent conditions and acute poisoning" during the initial specialization of pharmacists will promote the motivation of pharmacist interns to conscious professional formation, systematization and the ability to apply knowledge on the provision of the first pre-care assistance. The developed methodical recommendations "Practical course of emergency services" to the section "Assistance in urgent conditions and acute poisoning" internships in the field of "General Pharmacy" can be used by pharmacists, interns, teachers of medical higher educational institutions, as well as specialists in practical pharmacy.

Key words: pharmacist; professional competence in providing the first pre-care aid; the content, forms and methods of forming the professional competence for the provision of the first medical aid to future pharmacists.

Список публікацій здобувача за темою дисертації:

Публікації, що відображають основні наукові результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України:

1. Омельчук М. А. Професійна компетентність з надання першої долікарської допомоги: сучасний стан та перспективи формування. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016. № 1–2 (46–47). С. 132–136. (Індексується у наукометричній базі *Index Copernicus*).
2. Омельчук М. А. Обґрунтування структури та критеріїв сформованості компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів. *«Science Rise: Pedagogical Education»*. 2016. № 6 (2). С. 17–20. (Індексується у наукометричній базі *Index Copernicus*).
3. Омельчук М. А. Форми та методи формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *Вісник Черкаського університету*. 2016. № 6. С. 101–105.
4. Омельчук М. А. Вивчення сучасного стану сформованості компетентності провізорів з надання першої долікарської допомоги. *Педагогічний часопис Волині*. 2016. № 2 (3). С. 119–123.
5. Омельчук М. А. Модель формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *«Science Rise: Pedagogical Education»*. 2016. № 7 (3). С. 46–50.
6. Омельчук М. А. Методика використання симуляційного навчання у процесі формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *Вісник Черкаського університету*. 2016. № 10. С. 118–123.
7. Омельчук М. А. Компетентність з надання першої долікарської допомоги як обов'язковий компонент професійної компетентності провізора. *Вісник Черкаського університету*. 2017. № 10. С. 100–106.
8. Омельчук М. А. Обґрунтування методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні*

методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. Зб. наук. пр. Київ-Вінниця, 2018. Вип. 52. С. 364–366.

Публікація в іноземному науковому періодичному виданні

9. Mykhailo Omelchuk, Igor Sirenko. (2018) Comparison of traditional and interactive teaching methods of first medical care for pharmacists at the post-graduate stage of training: randomized, prospective study. «*EUREKA: Social and Humanities*». 2018. Number 3, 45–55.

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

10. Омельчук М. А. Методика використання симуляційного навчання у процесі формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *Вітчизняна та світова медицина в умовах сучасності: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції*, м. Дніпро, 13-14 січня 2017 р. Дніпро, 2017. С. 109–113.

11. Омельчук М. А. Аналіз рівня та сучасного стану сформованості компетентності провізорів з надання першої долікарської допомоги. *Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави: матеріали міжнародної науково-практичної конференції*, м. Одеса, 20-21 січня 2017 р. Одеса, 2017. С. 10–15.

12. Омельчук М. А., Вознюк В. Ю. Симуляційні технології навчання – надання першої долікарської допомоги. *Вища медична освіта: сучасні виклики та перспективи: збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю*, м. Київ, 2 березня 2017 р. Київ, 2017. С. 78–82.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	16
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ У МАЙБУТНІХ ПРОВІЗОРІВ ЯК ПРОБЛЕМА ТЕОРІЇ ТА МЕТОДИКИ НАВЧАННЯ	26
1.1. Аналіз сучасних вимог до фахівця з фармації та його професійної підготовки.....	26
1.2. Сутність і зміст базових понять дослідження	47
1.3. Компетентнісний підхід як основа сучасної підготовки майбутнього провізора	66
1.4. Сучасний стан підготовки провізорів до надання першої долікарської допомоги	77
Висновки до першого розділу	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	95
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ У МАЙБУТНІХ ПРОВІЗОРІВ НА ЗАСАДАХ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	110
2.1. Структура компетентності провізора з надання першої долікарської допомоги та критерії її сформованості.....	110
2.2. Обґрунтування методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання	128
2.3. Зміст формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги	155
2.4. Форми і методи формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги	175

	15
Висновки до другого розділу	187
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	191
РОЗДІЛ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПЕДАГОГІЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ.....	200
3.1. Етапи та методика експериментальної роботи	200
3.2. Аналіз результатів педагогічного експерименту	210
Висновки до третього розділу	214
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	217
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	218
ДОДАТКИ	221

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БРЗ – базові реанімаційні заходи
- ВМЗО – вищий медичний заклад освіти
- ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
- ВФМО – всесвітня федерація медичної освіти
- ГКС – гострий коронарний синдром
- ЕГ – експериментальна група
- ЕКТС – європейська кредитно-трансферна система
- ІХС – ішемічна хвороба серця
- КГ – контрольна група
- КР – кінцевий рівень
- КШД – карета швидкої допомоги
- ЛЗ – лікарські засоби
- ЛП – лікарські препарати
- ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад
- МОН – міністерство освіти та науки
- НД – невідкладна допомога
- НІЗ – неінфекційні захворювання
- НФаУ – Національний фармацевтичний університет
- ПР – початковий рівень
- ПРООН – програма розвитку Організації Об'єднаних Націй
- РЗК – раптова зупинка кровообігу
- СЛР – серцево-легенева реанімація
- ФШ – фібриляція шлуночків
- ЦНС – центральна нервова система
- ШТ – шлуночкова тахікардія
- ЮНЕСКО – Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури
- ЮНІСЕФ – дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй

ABCDE – airway (прохідність дихальних шляхів), breathing (дихання), circulation (кровообіг), disability (оцінка функції ЦНС), exposure (експозиція) – схема обстеження пацієнта в критичному стані

AED – автоматичний зовнішній дефібрилятор

AHA – Американська асоціація серця

ALS – спеціалізовані реанімаційні заходи

BLS – базові реанімаційні заходи

ERC – Європейська рада реанімації

GPEP – належна практика фармацевтичної освіти

SESAM – Європейська асоціація з симуляції у медицині

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Євроінтеграційний вектор розвитку України, зміни на європейському ринку праці, висока конкуренція обумовлюють необхідність удосконалення системи медичної та фармацевтичної освіти. Особливого значення дане питання набуває у контексті підготовки провізорів, оскільки в умовах ринкової економіки працівники фармації все більше асоціюють себе з бізнесом, забуваючи про свою першочергову місію щодо зміцнення і збереження здоров'я населення. Саме тому значної актуальності набуває проблема формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

Пріоритетну значущість питань професійної підготовки майбутніх провізорів, зокрема щодо надання ними невідкладної допомоги, закріплено у положеннях Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992), Положенні про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України (2018), а також наказах Міністерства охорони здоров'я України: «Про поліпшення якості підготовки лікарів на етапі післядипломного навчання» (2005); Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України (2007).

Значну увагу підготовки кадрів, зокрема для сфери охорони здоров'я, приділяють українські та зарубіжні вчені. Так проблемі запровадження компетентнісного підходу в освіті присвячені дослідження вітчизняних (Н. М. Бібік, Л. С. Ващенко, Р. С. Гуревич, С. О. Сисоєва, Я. В. Цехмістер) та зарубіжних (І. О. Зімняя, А. В. Хуторський) учених. Питанням реалізації компетентнісного підходу у підготовці медичних кадрів присвячені роботи І. Є. Булах, О. П. Волосовця, О. В. Голік, Ю. І. Колісник-Гуменюк, Я. А. Кульбашної, М. М. Шінкарук-Диковицької. Особливості компетентнісного становлення фахівців фармації представлено у дослідженнях І. Д. Бойчука, Б. П. Громовика, Л. Г. Кайдалової, О. Ю. Лисенко, Т. Д. Реви, В. Л. Сліпчук.

Аналіз наукової літератури та практичної діяльності у галузі охорони здоров'я свідчить, що, незважаючи на вагомі наукові здобутки щодо формування професійної компетентності майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я, питання формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів ще недостатньо досліджене. Зокрема невивченими залишаються такі важливі аспекти цієї проблеми, як цілісність у реалізації змісту, форм і методів навчання як важливих складових методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

Актуальність дослідження обраної проблеми підсилюється тим, що наявна низка *суперечностей*, які перешкоджають ефективному формуванню професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, а саме між:

- необхідністю надання ефективної першої долікарської допомоги та низьким рівнем клінічної підготовки провізорів;
- потребами щодо налагодження ефективної комунікації у випадках надання першої долікарської допомоги, зокрема під час проведення серцево-легеневої реанімації, та відсутністю належних навичок у провізорів щодо адаптації у стресових ситуаціях;
- необхідністю формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги та відсутністю відповідних питань у програмі післядипломної підготовки.

Враховуючи соціальну значущість набуття майбутніми провізорами професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги як важливої складової їх професійної компетентності, запобігання раптовій зупинці кровообігу, що значною мірою впливає на збереження здоров'я населення України, а також недостатню теоретичну розробленість проблеми та її практичне впровадження, темою дисертаційного дослідження обрано: **«Формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів».**

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана відповідно до тематичного плану науково-дослідних робіт Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (№ 0114U001357). Тему дисертаційного дослідження затверджено на засіданні вченої ради Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (протокол № 2 від 24 грудня 2015 р.) та узгоджено Міжвідомчою радою з координації досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології Національної академії педагогічних наук України (протокол № 6 від 28 листопада 2017 р.).

Мета дослідження полягає в обґрунтуванні, розробленні та експериментальній перевірці методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання в інтернатурі медичного університету.

Об'єкт дослідження – професійна підготовка провізорів у медичних закладах вищої освіти.

Предмет дослідження – методичні особливості формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів в інтернатурі медичного університету.

Гіпотеза дослідження базується на припущенні, що рівень сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів підвищиться за умови впровадження у процес їхньої підготовки в інтернатурі медичного університету розробленої та обґрунтованої методики на засадах симуляційного навчання.

Відповідно до мети визначено **основні завдання дослідження:**

1. З'ясувати стан дослідження проблеми у педагогічній теорії і практичній діяльності медичних закладів вищої освіти.
2. Обґрунтувати структуру професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів.
3. Визначити критерії, показники та рівні сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів.

4. Обґрунтувати, розробити, та експериментально перевірити методіку формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання в інтернатурі медичного університету.

5. Створити навчально-методичний супровід формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання в інтернатурі медичного університету.

Методологічну основу дослідження становлять загальнотеоретичні і методологічні положення філософії освіти та педагогіки щодо професійного розвитку та саморозвитку фахівця; принципи науковості та єдності свідомості й діяльності; положення теорії пізнання про взаємозв'язок теорії і практики, фахівця як суб'єкта діяльності; сучасні концепції розвитку професійної компетентності фахівців; системний і комплексний підходи до професійної підготовки фахівців.

Теоретичну основу дослідження становлять наукові положення та висновки щодо парадигми сучасної освіти (В. П. Андрущенко, І. Д. Бех, В. Г. Кремень, З. Н. Курлянд, І. В. Малафійк); неперервної професійної освіти (С. У. Гончаренко, Б. П. Громовик, Н. Г. Ничкало, Я. В. Цехмістер); компетентнісного підходу в освіті (О. В. Акімова, Н. М. Бібік, М. С. Головань, Е. Ф. Зеєр, І. О. Зімняя, В. А. Петрук, В. Є. Штифурак); інноваційних технологій навчання (В. М. Бойчук, Р. С. Гуревич, І. М. Дичківська, В. Ф. Заболотний, О. М. Коберник, А. М. Коломієць, Л. Б. Лук'янова, С. О. Сисоєва); формування професійної компетентності майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я (Л. Г. Кайдалова, Ю. І. Колісник-Гуменюк, І. П. Кривенко, М. А. Пайкуш); професійна підготовка лікарів і провізорів (О. П. Волосовець, В. Г. Передерій, М. В. Банчук, І. Д. Бойчук, Ю. В. Вороненко, О. В. Голік, О. Ю. Лисенко).

Для досягнення мети і розв'язання поставлених завдань використано такі **методи дослідження**: *теоретичні* – метод концептуально-аналітичного аналізу, за допомогою якого було з'ясовано ступінь дослідження проблеми у науковій літературі; метод порівняльного аналізу – для узагальнення досвіду наявних методик підготовки фармацевтичних кадрів; *емпіричні* – педагогічний експеримент

щодо теоретичного обґрунтування та практичної перевірки ефективності методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання на етапі післядипломної освіти у вищих медичних закладах освіти, анкетування, спостереження, самоспостереження; *математичної статистики* – для оброблення даних і встановлення статистичної значущості результатів дослідження, їхньої кількісно-якісної інтерпретації.

Експериментальна база. Дослідно-експериментальна робота проводилася на базі Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (м. Київ), Національного фармацевтичного університету (м. Харків), Івано-Франківського національного медичного університету (м. Івано-Франківськ) та Запорізького державного медичного університету (м. Запоріжжя). Педагогічним експериментом було охоплено 386 провізорів-інтернів.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягають у тому, що: *вперше* обґрунтовано структуру професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів, компоненти (мотиваційно-ціннісний, знаннево-практичний, особистісно-психологічний, організаційно-комунікаційний) та визначено критерії її сформованості; обґрунтовано методику формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання в інтернатурі медичного університету (етапи: визначення мети, підходів і принципів навчання; визначення педагогічних умов, організації навчання, відбір змісту, форм і методів навчання з метою ефективного формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги; оцінювання результатів і формування висновків); розроблено зміст формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання в інтернатурі; *уточнено* теоретичну сутність поняття «професійна компетентність провізора з надання першої долікарської допомоги», що визначається як інтегральна сукупність особистісних і професійних якостей провізора, набутих у результаті навчання, які відображають рівень його теоретичних знань і практичних навичок,

морально-етичних якостей, особистісних рис, спрямованих на надання адекватної та якісної першої долікарської допомоги хворим та потерпілим, у випадку необхідності, до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги; *удосконалено* форми та методи формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів; *подальшого розвитку набули* положення щодо формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, зокрема щодо знаннєво-практичного та організаційно-комунікаційного компонентів.

Практичне значення полягає в тому, що, запропонована методика формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання може бути реалізована під час навчання майбутніх провізорів за спеціальністю «Загальна фармація» в інтернатурі медичного університету, а також з метою підвищення професійної кваліфікації фармацевтичних фахівців. Розробка навчально-методичного забезпечення для викладання розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» під час первинної спеціалізації провізорів сприятиме мотивуванню провізорів-інтернів до свідомого професійного становлення, систематизації та здатності до практичного застосування знань щодо надання першої долікарської допомоги. Розроблені методичні рекомендації «Практичний курс невідкладної допомоги» до розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» інтернатури за спеціальністю «Загальна фармація» можуть бути використані провізорами-інтернами, викладачами медичних вищих закладів освіти, а також фахівцями практичної фармації.

Основні положення дисертаційного дослідження **впроваджені** в систему професійної підготовки майбутніх провізорів Національного медичного університету імені О. О. Богомольця (довідка № 11 від 21.08.2018 р.), Національного фармацевтичного університету (довідка № 7/08 від 14.02.2018 р.), Івано-Франківського національного медичного університету (довідка № 09.1.1-653 від 08.02.2018 р.) та у практику післядипломного навчання провізорів фармацевтичної корпорації «Юрія-Фарм» (довідка № 0128 від 08.02.2017 р.).

Особистий внесок автора. Усі основні результати дисертаційної роботи одержані автором особисто. У працях зі співавторами особистий внесок автора полягає в: аналізі сучасного стану сформованості компетентності провізорів з надання першої долікарської допомоги [1, 4]; визначенні організаційно-педагогічних умов формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів [5, 8]; обґрунтуванні структури і критеріїв сформованості компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів [2, 10]; розробці методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання [8]; відборі форм і методів, педагогічних підходів формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів [3]; обґрунтуванні пріоритетності застосування симуляційного тренінгу у формуванні професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів [9, 12].

Апробація результатів дослідження. Основні положення і результати проведеного дослідження оприлюднені на наукових і науково-практичних конференціях, зокрема міжнародних: «Вітчизняна та світова медицина в умовах сучасності» (Дніпро, 2017), «Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави» (Одеса, 2017); з міжнародною участю – «Пріоритетні питання діяльності закладів охорони здоров'я та сучасні підходи до їх вирішення» (Київ, 2015), «Вища медична освіта: сучасні виклики та перспективи» (Київ, 2017, 2018), методичних нарадах і науково-практичних семінарах Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця.

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження висвітлено в 12 опублікованих працях, із них: 8 статей у наукових фахових виданнях України; 1 стаття у зарубіжному періодичному виданні, 3 статті у матеріалах конференцій, методичні рекомендації «Практичний курс невідкладної допомоги» до розділу «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях» типового навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності «Загальна фармація».

Структура та обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків і додатків. Загальний обсяг дисертації – 253 сторінки, основна частина – 195 сторінок, додатків – 32 сторінки, список використаних джерел становить 230 найменувань, з них – 73 іноземними мовами. Робота містить 8 таблиць і 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ У МАЙБУТНІХ ПРОВІЗОРІВ ЯК ПРОБЛЕМА ТЕОРІЇ ТА МЕТОДИКИ НАВЧАННЯ

У розділі розкрито сучасні вимоги до організації підготовки фахівців з фармації; визначено сутність та зміст базових понять дослідження; проаналізовано компетентнісний підхід як основу сучасної підготовки майбутнього провізора; подано сучасний стан підготовки майбутніх провізорів до надання першої долікарської допомоги.

1.1. Аналіз сучасних вимог до фахівця з фармації та його професійної підготовки

Наміри України щодо євроінтеграції, стрімкий розвиток новітніх технологій, медичної та фармацевтичної наук, зміни на європейському ринку праці, висока конкуренція висувають нові вимоги до вдосконалення системи медичної та фармацевтичної освіти, зокрема освіти фахівців з фармації, які спрямовані на формування компетентнісного фахівця. Саме тому необхідна ефективна організація та інформатизація навчального процесу, підготовка викладачів високого професійного рівня, впровадження передових наукових розробок, інноваційних методик у практику викладання, формування сучасної навчально-методичної бази в усіх галузях освіти, зокрема в медичній та фармацевтичній [72, с. 3-6]. Вимоги до освіти провізора, яка формує компетентнісного фахівця, визначаються як внутрішньодержавними процесами, так і тенденціями загальноосвітнього розвитку й передбачають приведення її структури, змісту та якості у відповідність до державних потреб та вимог системи охорони здоров'я і до міжнародних стандартів [72, с. 3-6]. В останні десятиріччя система медичної (фармацевтичної) освіти різних країн орієнтована на кінцевий результат – підготовку лікарів (фармацевтів), які

володіють різнобічними навичками й мають широкий світогляд, здатні інтегрувати свою роботу в діяльність усіх працівників сектору охорони здоров'я та інших професійних напрямів, можуть самостійно приймати професійні рішення на підставі оволодіння визначеним колом функцій і завдань [90, с. 34]. Враховуючи відповідну практику фармацевтичної освіти (Good Pharmacy Education Practice, GPEP), до фахових особливостей майбутнього провізора відносяться: надання фармацевтичної допомоги – безпосередня (відпуск ліків тощо) і опосередкована (технологічні, аналітичні, законодавчі дії і т.п.); регулювання і керівництво (використання матеріальних і людських ресурсів), підвищення майстерності (штат, медичні працівники); а також сукупність якісних характеристик: знання, здатність до аналізу ситуації і прийняття рішень, комунікабельність, здатність до лідерства, самовдосконалення та вдосконалення власних професійних знань і умінь [38, с. 9]. Комунікативні уміння є особливою складовою підготовки майбутніх провізорів, саме вони формують і сприяють здатності розуміти людей, створювати сприятливий мікроклімат у колективі, уміти вислухати та сприйняти думку іншого, розвивають адаптивність і комунікабельність.

Реалії сьогодення вимагають комплексних змін у системі медичної та фармацевтичної освіти, які зумовлені трансформацією та оновленням вітчизняної системи охорони здоров'я, змінами у соціальних, економічних, правових особливостях діяльності суб'єктів охорони здоров'я України; сучасними вимогами до рівня якості вищої медичної освіти; масштабністю й темпами перетворення у світі у сфері накопичення, передачі, використання інформації з питань медичної (фармацевтичної) науки; посиленням міжнародного співробітництва у сфері медичної та фармацевтичної освіти (застосування єдиних систем оцінювання, створення інтерактивних мереж, впровадження інноваційних технологій навчання, створення нових форм навчального середовища, починаючи від засобів дистанційного навчання і закінчуючи повноцінними «віртуальними» навчальними комплексами, впровадження безперервного професійного розвитку медичних працівників та провізорів) [75, с. 49-51]. Враховуючи швидке зростання вимог до працівників фармацевтичного сектору, пов'язане з розвитком новітніх технологій

галузі, високою конкуренцією, виникає необхідність взаємної інтеграції всіх етапів навчання провізорів з метою підготовки кваліфікованих, високоморальних фахівців, здатних до прийняття компетентних професійних рішень, критичного мислення та подальшого саморозвитку та самоосвіти [90]. Разом з тим, у медичній освіті України можна виокремити основні проблеми:

- неповну відповідність стандартам Європейського Союзу і ВФМО (Всесвітня федерація медичної освіти);
- погіршення якості підготовки медичних кадрів внаслідок низького заохочення до самонавчання і самовдосконалення у студентів і викладачів;
- розбіжність між умовами навчання та сучасними вимогами;
- невідповідність педагогічних технологій до нинішніх освітніх вимог ;
- низький рівень соціального захисту викладачів;
- обмежений доступ до сучасних інформаційних технологій в навчанні, низьке прагнення студентів до самостійного пошуку інформації і самонавчання та ін.)

У зв'язку з цим, на виконання пункту 4 доручення Кабінету Міністрів України від 23.11.2010 р. № 69158/1/1-10 до доручення Президента України від 19.11.2010 р. № 1-1/2753, Наказу МОЗ України від 03.12.2010 р. № 1074 «Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів» [96], Наказу МОЗ України від 22.07.1993 р. № 166 «Про подальше удосконалення системи післядипломної підготовки лікарів (провізорів)» та з метою забезпечення поліпшення якості підготовки лікарів і провізорів на додипломному та післядипломному етапах навчання створена Програма розвитку вищої медичної освіти в Україні (далі – Програма). Актуальність дослідження зазначеної програми обумовлена сучасними вимогами до рівня та якості підготовки фахівців із вищою медичною освітою, реформуванням галузі охорони здоров'я, розвитком інноваційних технологій та доказової медицини тощо. Відповідно до вимог Всесвітньої Федерації медичної освіти [147] та основних положень Болонського процесу, на основі програми розвитку вищої медичної освіти створена Концепція реформи додипломної та післядипломної медичної освіти в Україні, метою якої є забезпечення високого рівня освіти фахівців галузі охорони здоров'я і покращення якості надання медичної

допомоги населенню. У концепції визначено Програму третього рівня медичної освіти як Програму неперервного професійного розвитку, що дасть можливість фахівцям, під контролем фахових лікарських медичних асоціацій, самовдосконалюватись і саморозвиватись протягом всієї практичної діяльності спеціаліста.

У Міністерстві охорони здоров'я України здійснено низку заходів, спрямованих на підвищення рівня підготовки лікарів і провізорів [96]: запроваджено незалежну систему оцінки професійної компетентності студентів, (провізорів)-інтернів, лікарів; практично-орієнтовані іспити; подовжено термін післядипломного навчання лікарів, запроваджено новий навчальний план на медичних і фармацевтичних факультетах, що базується на кредитно-модульних засадах. Також, з метою підвищення рівня професійної підготовки майбутніх провізорів запроваджено систему ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1», «Крок 2» та «Крок 3».

З метою підвищення рівня медичної і фармацевтичної освіти та покращення якості надання медичної допомоги та фармацевтичних послуг Міністерством охорони здоров'я України були обрані пріоритетні напрями оптимізації освіти, спрямовані на [62, с. 10]:

- удосконалення професійної орієнтації та якісного професійного відбору;
- підвищення рівня підготовки та кваліфікації лікарів, провізорів, відповідно до європейських стандартів і вимог;
- розробку сучасних галузевих стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, що базуються на засадах доказової медицини;
- орієнтація на терміни підготовки фахівців (медичних сестер, лікарів, провізорів) відповідно до вимог світового ринку праці та директивами Європейського Союзу з урахуванням національних особливостей;
- впровадженням підготовки менеджерів охорони здоров'я на до- та післядипломних етапах підготовки з урахуванням досвіду європейських країн та ефективного їх використання в системі управління закладами охорони здоров'я.

Сучасні вимоги до професійної діяльності майбутнього провізора базуються на стандартах Директиви Європейського Союзу 2005/36/ ЄС «Про визнання професійних кваліфікацій», до якого поступово адаптується й Українське законодавство, а саме [32]:

- виготовлення фармацевтичної форми лікарської продукції;
- виробництво й аналіз лікарської продукції;
- аналіз ліків у лабораторії;
- зберігання, безпека й розповсюдження ліків в гуртовому сегменті;
- виготовлення, аналіз, зберігання й розповсюдження лікарських засобів в аптеках;
- виготовлення, аналіз, зберігання й розподіл ліків у лікарнях;
- здійснення фармацевтичної опіки.

Враховуючи стрімкий розвиток науки, запровадження новітніх технологій, оновлення вимог до рівня знань та професійних навичок фахівців, виникає необхідність перегляду вимог до сучасної вищої освіти, зокрема і фармацевтичної. Це сприяло створенню концепції навчання впродовж всього життя, тобто неперервної професійної освіти, що створює умови для постійного удосконалення майстерності фахівців і відповідно покращення якості надання послуг, зокрема і у сфері охорони здоров'я.

В європейських країнах система неперервної освіти, яка створює умови для розвитку кожної людини, збільшення тривалості її активного життя, максимального та ефективного використання людського досвіду та інтелекту, стала одним із базових принципів процесу формування загального науково-освітнього простору [4, 73]. Таким чином, ми можемо переходити від освіти на все життя до освіти через усе життя. Мета неперервної професійної освіти – підтримка на належному рівні професійної компетентності впродовж всього професійного життя. Комітетом експертів Всесвітньої федерації медичної освіти сформульовано критерії та вимоги трьох рівнів неперервної медичної освіти – додипломної, післядипломної та неперервного професійного розвитку [147].

Ключовими вимогами до неперервної професійної освіти фахівців системи охорони здоров'я є [69]:

- медичне регулювання – засіб, за допомогою якого лікарі гарантують пацієнтам безпеку і якість медичної допомоги;
- структури медичних регулюючих систем, що включають п'ять рівнів: персональний, груповий, робочого місця, національного та міжнародного регулювання;
- функції медичних регулюючих систем, які включають стандарти й етику, освіту, сертифікацію та реєстрацію, гарантію практичної придатності;
- регулюючі системи повинні розвивати стандарти для лікарів;
- вся сукупність медичної освіти (континуум) повинна забезпечити засоби щодо підтримки високих стандартів медичної допомоги на всіх стадіях професійної кар'єри лікаря;
- повинен підтримуватися достовірний і надійний реєстр лікарів, яким дозволено практична діяльність;
- при виникненні проблем у роботі лікаря регуляторні механізми повинні бути готові втрутитися.

Впровадження системи неперервної медичної освіти дає можливість широкого застосування сучасних медичних технологій у лікувально-діагностичній практиці, підтримання на високому рівні компетентності медичних працівників протягом всієї професійної діяльності і тим самим сприятиме якості та ефективності надання медичної допомоги населенню [63].

Одним зі значущих завдань, що виникли сьогодні перед сучасною медичною (фармацевтичною) освітою, є формування професійного рівня медичних (фармацевтичних) працівників, здатних конкурувати на вітчизняному та зарубіжному ринку праці, тобто сформувати компетентнісних фахівців. Цього результату можна досягнути лише цілісним комплексом заходів, які можуть якісно змінити їхню свідомість і поведінку та сформувати компетентності, як результат оволодіння новими знаннями, уміннями та практичними навичками, обов'язковими для якісної діяльності у своїй професійній сфері. У зв'язку з наявністю низки

суперечностей які виникли між фаховим вимогами до провізорів і сучасними умовами розвитку фармацевтичного ринку, проблема якісної професійної підготовки майбутніх фармацевтів, формування їх професійної компетентності в умовах сьогодення набуває особливої актуальності [74, с. 85-87], адже тільки освічений, висококваліфікований спеціаліст, людина з розвиненими культурними і морально-етичними якостями, здатна адаптуватись до сучасних суспільних та ринкових умов і на високому рівні виконувати свої професійні обов'язки. Відповідні вимоги висуваються до працівників фармацевтичної галузі та якості професійної підготовки сучасного провізора.

Що ж характеризує поняття «якість» надання медичної допомоги? Зазначимо, що поняття «якість» відноситься до філософських понять. Арістотель у логіці виділив якість як одну з десяти категорій усіх речей реальності та визначив її як «побічну обставину, за допомогою якої річ є якогось типу чи виду; побічна обставина, що вказує, якою є річ (змістовні якості та форми) і як річ діє (її здатності та навички)»; «побічна обставина, котра є зовнішньою оцінювальною формою» [121, с. 767]. У великому тлумачному словнику сучасної української мови поняття «якість» визначається як об'єктивна і всезагальна характеристика об'єктів, що виявляється у сукупності їх властивостей [16, с. 1655]. Відповідно до філософського терміну, існує поняття «якість продукції», що означає «сукупність властивостей продукції, які визначають ступінь придатності її для використання за призначенням», ступінь досконалості, яким володіє товар, послуга чи інший вихідний продукт. Згідно з визначенням загального управління якістю, якість – це відповідність вимогам споживача [121, с. 657]. Праця сучасного медичного працівника як продукт повинна відповідати потребам пацієнта, суспільства, бути конкурентоспроможною. На нашу думку, одним із показників якості надання медичної допомоги є кваліфікація працівників охорони здоров'я та рівень сформованості їх професійної компетентності як результату якісної медичної освіти. Згідно із Законом України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII, поняття «кваліфікація» визначається як здатність працівника, що досяг компетентностей

(результату освіти), виконувати конкретні завдання та обов'язки в рамках певного виду діяльності [92].

Сучасним напрямом медичної та фармацевтичної освіти в країнах Європи і в Україні є перехід від інформаційно-накопичувальної до компетентної, особистісно-орієнтованої моделі, яка відображає систему професійних знань, умінь та навичок, особистісно-поведінкових якостей, об'єднаних гуманним ставленням до пацієнта. Ці моделі освіти вимагають оновлення методичних підходів, впровадження нових методів навчання, зокрема інтерактивних, що спонукало би до творчої діяльності учнів, розвитку креативності, нестандартного мислення у вирішенні складних та надзвичайних ситуацій [60, с. 84-86].

Інтернатура є обов'язковою формою післядипломної підготовки майбутніх фахівців із фармації, після закінчення якої їм присвоюється кваліфікація провізора за спеціальністю «Загальна фармація». Основним завданням інтернатури є підвищення рівня практичної підготовки випускників фармацевтичних (медичних) закладів освіти, їх професійної готовності до самостійної провізорської діяльності [95]. Тривалість навчання майбутнього провізора в інтернатурі становить 1 рік. Інтернатура проводиться у формі навчання на кафедрах Інституту підвищення кваліфікації спеціалістів фармації НФаУ, інститутів післядипломної освіти та факультетів удосконалення провізорів медичних університетів, медичних інститутів і базах стажування. Важливим пріоритетним напрямом сучасної післядипломної освіти (інтернатури) майбутніх провізорів є модернізація навчання, основними критеріями якої є впровадження інноваційних та інформаційних технологій навчання, впровадження методів інтерактивного навчання, способів мотивування до навчання і подальшого саморозвитку з урахуванням життєвого досвіду та очікувань від навчання майбутніх провізорів, що забезпечує гуманізацію та індивідуалізацію освітнього процесу з урахуванням тенденції формування загальноєвропейського освітнього простору та особливостей вітчизняної системи професійної освіти [3, с. 12-14].

Сучасна реформа системи охорони здоров'я, запровадження бюджетно-страхової медицини, інтеграція України в європейське співтовариство потребують

удосконалення системи медичної (фармацевтичної) освіти з метою підготовки фахівців, компетенції яких відповідали б світовим стандартам [51, с. 5].

У контексті нашого дослідження доцільно розглянути розвиток та вимоги до медичної й фармацевтичної освіти в зарубіжних країнах і порівняти з Україною.

Тривалість навчання в Європі для отримання вищої медичної освіти – 6 років, а тривалість неперервної післядипломної освіти, в залежності від спеціальності – від 1 до 10 років, ліцензія на практичну діяльність медичному працівнику видається на 3-5 років, що стимулює та спонукає до неперервного професійного розвитку, тобто збереження, подальшого розширення та розвитку професійних знань і навичок [69].

У більшості країн Європейського Союзу впроваджена ступенева освіта майбутнього фахівця фармацевтичної галузі, що передбачає послідовне здобуття ступенів бакалавра, магістра, доктора наук [133]. У порівнянні з тривалим і негнучким 5-річним навчанням, за яким здобувається ступінь «магістра наук», що є традиційним для більшості країн колишнього СРСР, в Україні впроваджено двоступеневу освіту («бакалавр – магістр»), що має значні переваги. Двоступеневість освіти сприяє розвитку національної та міжнародної мобільності завдяки розвитку багатодисциплінарних магістерських програм і більш якісною взаємодією навчання з практикою. У більшості країн Європи підготовка фахівців фармацевтичної галузі здійснюється під час навчання у закладах медичної освіти на фармацевтичних факультетах. Провідними країнами в підготовці фармацевтів в Європі є: Франція – 24 фармацевтичні факультети, Велика Британія – 19, Німеччина – 16, Іспанія – 15, Бельгія – 10, Польща – 10 [46, с. 136-137].

Здобуття фармацевтичної освіти у Великій Британії здійснюється за моделлю «бакалавр» (Bachelor Degree) – «магістр» (Master Degree) – «доктор філософії» (Doctoral PhD Degree). Отримують ступінь бакалавра після 3-річного навчання за спеціалізованими програмами на денному відділенні коледжу або університету. Після четвертого року навчання надається можливість отримання ступеня магістра та передбачає вивчення однієї з двох груп програм: одні орієнтовані на дослідницьку діяльність, другі – орієнтовані на підвищення професійного рівня за спеціальністю [133]. Диплом бакалавра у Великій Британії унеможливує роботу за

фахом, тому обов'язковим є отримання диплома магістр. Виділяють два види магістратури: ступінь магістра (Master Degree) та ступінь магістра-дослідника (Master of Philosophy). Для отримання ступеня магістра-дослідника необхідно проводити самостійну дослідницьку роботу впродовж 1-2 років під керівництвом професора. Це є проміжним ступенем для отримання ступеня доктора. Велика Британія є наочним представником країн, у котрих втілений принцип неперервності освіти [133]. Характерним є відсутність курсів підвищення кваліфікації, кожен фармацевт повинен дотримуватись Стандартів неперервного професійного розвитку (Standards for continuing professional development), що розроблені Генеральною радою з фармацевтики (General Pharmaceutical Council). У відповідності до стандартів фармацевт веде запис у базі Генеральної ради з фармацевтики, в якій вказує на весь об'єм своєї практики. Стосовно післядипломної освіти, то більшість програм отримання докторського ступеня (Doctor of Philosophy) – суто дослідницькі проекти. Навчання триває впродовж 2-3 років, і за цей період досліднику необхідно опублікувати власні роботи в офіційних звітах, наукових і спеціалізованих виданнях і по опублікованих результатах написати дисертацію [12]. У Франції тривалість навчання в університеті на фармацевтичному факультеті триває довше, ніж на інших – 6 – 8 років та має жорсткі вимоги. Наприклад, в університеті міста Нант навчальний план із фармації складається із 3-х циклів: два перших тривають по два роки, тривалість третього може бути від 2-х до 5-ти років. На першому циклі опановуються фундаментальні дисципліни, другий цикл включає більш специфічні до фармації дисципліни, третій цикл орієнтує на роботу в аптеці або аналітичній лабораторії, на підприємстві промислової фармації. По закінченні 4-го курсу, в разі успішного складання звіту за практику й отримання рекомендації керівника, студент отримує сертифікат, який можна прирівняти до нашого диплома бакалавра [133].

У Сполучених Штатах Америки підготовку фахівців фармації здійснюють 90 фармацевтичних шкіл і коледжів. Існує два ступеня фармацевтичної освіти: бакалавр фармацевтичних наук (Bachelor of Science in Pharmacy – BS) та доктор фармації (Doctor of Pharmacy). Після закінчення коледжів, які є самостійними навчальними закладами або входять в структуру університетів та передбачають 4-

річний термін навчання, отримується ступінь бакалавра. Особливістю навчальних планів американських фармацевтичних коледжів є можливість широкого комбінування дисциплін за вибором студента [12]. Кожен фармацевтичний коледж розробляє власний навчальний план, який обов'язково має бути акредитованим. У процесі навчання перших двох років опановуються загальноосвітні та базові дисципліни, наступні два роки передбачають вивчення дисциплін за майбутньою спеціальністю. Умовою отримання ступеня бакалавра є набір певної кількості залікових аудиторних годин (кредитів), а також потрібно мати середній бал не нижче певного рівня. Для отримання ступеня магістра фармацевтичних наук необхідно набрати 20 кредитів та написати 24 дослідницькі роботи [142, с. 32].

В Україні підготовка фахівців з фармації здійснюється на фармацевтичних факультетах 18 вищих медичних закладів освіти, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я та Міністерству освіти і науки України, а саме [119]: Буковинському державному медичному університеті; Вінницькому національному медичному університеті імені М. І. Пирогова; Дніпровській державній медичній академії; Донецькому національному медичному університеті імені Максима Горького; Івано-Франківському національному медичному університеті; Київському національному університеті технологій та дизайну; Київському медичному університеті Української асоціації народної медицини; Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького; Луганському державному медичному університеті; Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця; Національному фармацевтичному університеті; Національному університеті «Львівська політехніка»; Одеському державному медичному університеті; Одеському національному політехнічному університеті; Східноукраїнському національному університеті імені В. Даля; Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського; Українському державному хіміко-технологічному університеті; Ужгородському національному університеті. На фармацевтичних факультетах вищих медичних закладів освіти України готуються висококваліфіковані фахівці для всіх сегментів фармацевтичної галузі: аптечних закладів, фармацевтичних та парфумерно-косметичних

підприємств, державних установ з контролю якості лікарських засобів. Випускники факультетів можуть обіймати посади провізора, провізора-токсиколога, провізора-аналітика, завідувача аптекою, завідуючого аптечного складу, завідувача аптечною базою, завідувача відділом, завідуючого лабораторією, хіміка-аналітика, наукового співробітника фармацевтичної галузі.

Першим етапом у системі професійного становлення майбутніх провізорів в Україні є додипломне навчання, що триває 5 років. Сьогодні є можливість отримання середньої спеціальної освіти у профільних ліцеях та коледжах (зі здобуттям освітньо-кваліфікаційних рівнів «бакалавр», «молодший спеціаліст» і відповідної кваліфікації «медична сестра», «фельдшер», «фармацевт»), де закладаються основи формування складових майбутньої професійної компетентності медичного працівника [130] з подальшим навчанням у медичних інститутах, університетах, академіях та здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня – провізор.

Наступним етапом неперервної професійної освіти майбутнього провізора є післядипломна освіта (інтернатура) – «система, що забезпечує одержання нової кваліфікації, нової спеціальності та професії на основі раніше здобутої у закладі освіти і досвіду практичної роботи, поглиблення професійних знань, умінь за спеціальністю, професією», метою якої є «удосконалення професійних знань та вмінь, якими повинні оволодіти спеціалісти на основі моделі провізора і фармацевта, а також відповідно до професійно-посадових вимог до різноманітних спеціалістів аптечних підприємств, посад і кваліфікаційних категорій фармацевтичних кадрів» [120]. Метою післядипломної освіти майбутніх провізорів є удосконалення базових професійних знань та умінь, набутих під час додипломного навчання, психофізіологічна адаптація в умовах трудового середовища й подальше формування професійної компетентності та її компонентів. Напрями та вимоги до післядипломної освіти майбутніх провізорів регламентовані в Указі Президента України «Про основні напрямки розвитку трудового потенціалу України на період до 2010 р.» №958/99 від 03 серпня 1999 р., згідно з яким потребується «посилення орієнтації системи професійно-технічної, вищої та післядипломної освіти на

підготовку, перепідготовку і підвищення кваліфікації кадрів відповідно до потреб перш за все регіональних ринків праці» та «формування системи неперервного навчання шляхом впровадження ступеневої підготовки, забезпечення реалізації програм підвищення кваліфікації і перепідготовки кадрів, створення умов для самоосвіти». Інтернатура є обов'язковою формою неперервної професійної освіти випускників вищих медичних (фармацевтичних) закладів освіти, по закінченні якої присвоюється кваліфікація з відповідної спеціальності, що дає право на самостійну трудову діяльність і проводиться за індивідуальним планом на базі типових навчальних закладів на основі програм післядипломної підготовки та поділяється на дві частини: заочну й очну.

Післядипломна освіта майбутніх провізорів у Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця проходить шляхом первинної спеціалізації під час навчання в інтернатурі впродовж одного року, з можливістю навчання в магістратурі, і регламентується наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 вересня 1996 р. № 291 (зі змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 47 (з 0138-01) від 07.02.2001 р.) «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів» (зі змінами та доповненнями), згідно з яким інтернатура є «обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників всіх факультетів медичних і фармацевтичних вищих закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів незалежно від підпорядкування та форми власності, після закінчення якої їм присвоюється кваліфікація лікаря (провізора)-спеціаліста певного фаху» [95].

Навчання в інтернатурі за спеціальністю «Загальна фармація» відбувається згідно з «Типовим навчальним планом і програмою спеціалізації (інтернатури) випускників Національного фармацевтичного університету і фармацевтичних факультетів медичних університетів зі спеціальності «Загальна фармація», розроблених згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 81 від 23 лютого 2005 року «Про затвердження переліку спеціальностей та строки навчання в

інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів» та включає такі курси: «Організація, управління та економіка фармації»; «Фармацевтична технологія»; «Клінічна фармація», який містить розділ «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях»; «Фармацевтичний аналіз лікарських засобів»; «Фармакогнозія» та «Елементи практичної психології».

Розглянемо вимоги, які ставить сьогодення до підготовки майбутніх провізорів у нашій державі. Незважаючи на підвищений інтерес до проблеми професійної підготовки провізорів України, на сьогодні вона залишається недостатньо дослідженою, а в умовах євроінтеграції, реформування та глобалізації освіти потребує значної уваги. Проблемам професійної підготовки фахівців фармацевтичної галузі присвячені роботи вітчизняних науковців, зокрема: О. П. Волосовця [20], Л. Г. Кайдалової [45], І. Д. Бойчука [11], В. Черних [132, 133], В. Л. Сліпчук [109]. На думку вітчизняних учених, фармацевтична освіта України відповідно до міжнародних стандартів повинна відповідати пріоритетам XXI століття [11, с. 186]: зміцнення авторитету фармацевтичної галузі через підготовку висококваліфікованих кадрів; неперервне удосконалення змісту освіти у контексті Болонського процесу; широке впровадження нових технологій і форм освіти; поєднання фармацевтичної науки із практикою; модернізація післядипломної освіти [109, с. 63]. Процеси модернізації вищої фармацевтичної освіти, відповідно до Європейських стандартів, прискорюють створення належних умов для якісної підготовки фахівців: професійної компетентності, загальної освіченості і культури, комунікабельності, самостійності у прийнятті рішень та відповідальності за свої дії [109, с. 64].

Розглядаючи питання сучасних вимог до підготовки провізорів, варто вказати на два важливих моменти: 1) вимоги до освіти (мета, модель, технології, методики, методи), яка забезпечить формування компетентнісного фахівця, 2) вимоги до компетентностей майбутніх провізорів, реалізовані освітніми технологіями.

Кваліфікаційні вимоги провізора передбачають: дотримання галузевих вимог; вимог держави та суспільства; ведення нормативно-технічної документації, яка

регламентує охорону здоров'я населення країни; надання фармацевтичної допомоги на підставі наданого алгоритму інформації відвідувачам аптек; належного рівня особистісних якостей; високого рівня компетентностей, необхідних для виконання професійних обов'язків [45, с.152-158] так і надання першої долікарської допомоги хворим та потерпілим у випадку необхідності.

О. Ф. Пімінов зазначає, що в умовах швидких соціально-економічних змін в Україні післядипломна фармацевтична освіта стає головним чинником становлення будь-якої особистості та в сучасному суспільстві принципово змінює своє значення, зміст і роль, та має ґрунтуватись на принципах цілеспрямованості, прогностичності, технологічності, діагностичності, динамічності й неперервності [87].

Однією з головних вимог і перспектив щодо розвитку післядипломної освіти майбутніх провізорів є неперервність навчання. Освіта майбутнього провізора включає три нерозривно-пов'язані послідовні етапи, а саме: додипломної, післядипломної освіти та постійного неперервного розвитку фахівця (провізора). На нашу думку, було б помилково розглядати розвиток післядипломної освіти майбутніх провізорів у вузькому та відокремленому розумінні, адже сформованість провізора як фахівця і особистості досягається шляхом якісного взаємозв'язку та взаємодії всіх складових освітнього процесу. Підготовка майбутніх провізорів є цілісним і неперервним процесом, а післядипломне навчання є завершальним етапом формування фахівця. Надзвичайно важливе значення у формуванні майбутнього спеціаліста має допрофесійна підготовка, і ми погоджуємось з думкою Я. В. Цехмістера, що саме вона сприяє розвитку пізнавальної самостійності інтернів, надзвичайно необхідної у процесі здобуття фармацевтичної освіти, що забезпечує успішну інтеграцію у навчально-виховний процес вищого медичного закладу освіти [128, с. 281-287]. Додипломна освіта дає базові знання зі спеціальних та суміжних дисциплін і формує основи професійної компетентності. Інтернатура є етапом освіти майбутнього провізора, на якому накопичуються, систематизуються професійні знання та уміння, набуті під час додипломної освіти, та формується цілеспрямований, конкурентоспроможний і спрямований на подальший професійний саморозвиток та самовдосконалення фахівець.

Наступним етапом, спрямованим на формування професійної компетентності, є неперервне навчання майбутнього провізора, здатного до постійного самовдосконалення та розвитку впродовж усього життя з метою вирішення сукупності проблем, що постають нині перед системою охорони здоров'я всієї світової цивілізації [131, с. 226-241]. З. Н. Курлянд дає таке визначення неперервної професійної освіти: «комплекс державних та суспільних освітньо-виховних установ, який забезпечує організаційну і змістову єдність, наступність та взаємозв'язок усіх ланок освіти, що спільно вирішують завдання виховання, загальноосвітньої політехнічної та професійної підготовки кожної людини. Їх мета – дати молоді за час навчання глибокі знання основ науки з урахуванням актуальних та перспективних суспільних потреб, дати їм можливість оволодіти професійними знаннями, вміннями й навичками, задовольнити їхні освітні запити, сформувані в них уміння вдосконалювати свої знання у процесі неперервної освіти впродовж усієї продуктивної трудової діяльності» [58, с. 43-45]. Н. Г. Ничкало виділяє такі функції неперервної професійної освіти: соціокультурна (задоволення духовних потреб і створення умов для подальшого духовного та творчого розвитку особистості); загальноосвітня (зміни та доповнення у базових знаннях згідно з вимогами умов та розвитку науки й новітніх технологій); адаптивна (зміна та адаптація професійної підготовки і оновлення знань згідно з вимогами, пов'язаними з розвитком комп'ютеризації та нових технологій); економічна (зміна освіти для задоволення потреб галузі, пов'язана з високою конкуренцією, яка зумовлена розвитком науки, техніки, впровадженням новітніх технологій тощо), які є взаємодоповнюючими та взаємопов'язаними [79, с. 9-19]. Ці положення стосуються і неперервної освіти майбутніх провізорів, що зумовлено активним реформуванням фармацевтичної галузі України та пріоритетним напрямом державної політики у сфері кадрового забезпечення, що відображено у Концепції розвитку фармацевтичного сектору галузі охорони здоров'я України та Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні відповідно до міжнародних стандартів та з урахуванням нових соціально-економічних, культурних, технологічних умов і вимог [52].

Сучасна підготовка майбутніх провізорів передбачає ознайомлення майбутніх фахівців фармацевтичної галузі із закономірностями світового освітнього процесу, набуття ними здатності до виокремлення загального, особливого й одиничного у розвитку освітніх систем, аналізу позитивних і негативних наслідків зарубіжного освітнянського досвіду, що дає можливість глибше осмислити власні проблеми, попередити помилки й прорахунки, тим самим підвищити ефективність діяльності вітчизняної системи фармацевтичної освіти [110, с. 344]. На думку В. Л. Сліпчук, сучасна вітчизняна фармацевтична освіта, яка забезпечує підготовку компетентнісного провізора, має будуватись за рахунок гармонійного поєднання набутого вітчизняного досвіду професійної підготовки фахівців фармацевтичної галузі із запозиченими кращими зразками міжнародного досвіду й інтеграцією вітчизняної фармацевтичної освіти в міжнародний освітній простір [110, с. 345]. Сучасна фармацевтична освіта спрямована не лише на оновлення програми, змісту, форм і методів навчання, а й на розуміння професійної підготовки майбутнього провізора як неперервної, спрямованої на розвиток творчої особистості, здатної до саморозвитку та навчання впродовж життя [104 с. 344], тобто неперервної професійної підготовки, основними принципами якої є: науковість змісту та методів навчання, доступність, систематичність й послідовність, ступеневість, гуманізація та гуманітаризація, орієнтація змісту на майбутню спеціальність, практична спрямованість навчання, індивідуалізація, диференціація, гнучкість й партнерство, випереджальне навчання [48, с. 42]. Неперервність освіти майбутніх провізорів забезпечується раціональним поєднанням [112, с. 175]:

- первинної спеціалізації в інтернатурі;
- вторинної спеціалізації за окремими спеціальностями;
- підвищення професійної кваліфікації на курсах тематичного удосконалення, стажування;
- професійного навчання за місцем роботи;
- систематична самоосвіта й самовдосконалення шляхом участі у науково-практичних конференціях, семінарах, симпозіумах, конгресах, вивченням

спеціальної літератури, стажуванням у передових фармацевтичних закладах в Україні та за кордоном.

На думку Л. Г. Кайдалової, система неперервної освіти має будуватись у відповідності з вимогами до фахівців фармацевтичної галузі, що висуваються «міжнародними освітніми організаціями, роботодавцями, споживачами та відповідають рекомендаціям Болонського процесу» [48, с. 19]. Одним з інструментів адаптації вітчизняної системи вищої освіти до європейських стандартів є впровадження у навчальний процес європейської кредитно-трансферної системи (ЕКТС) (European Credit Transfer System) (ECTS), що дає можливість вищим медичним (фармацевтичним) закладам освіти забезпечити високий рівень медичної (фармацевтичної) освіти у світлі реформування нової системи охорони здоров'я України [72, с. 1-6].

Виходячи з необхідних вимог щодо підготовки провізора на засадах компетентнісної освіти, можна виділити основні принципи підготовки фармацевтів на сьогоднішньому етапі [19, с. 4]:

- ступеневість та неперервність фармацевтичної освіти залежно від кваліфікації, що набувається [7, с. 4-5, 86, с. 9-11]. Неперервність освіти досягається шляхом створення сучасних навчальних комплексів (медичні й фармацевтичні ліцеї, вищі медичні та фармацевтичні заклади освіти, заклади охорони здоров'я, через розвиток системи удосконалення та самоосвіти лікаря (провізора) впродовж всього професійного життя [37];
- забезпечення динамічного характеру навчання, що досягається постійним коригуванням змісту освіти відповідно до досягнень світової та вітчизняної науки й урахуванням потреб сфери охорони здоров'я країни;
- підготовка висококваліфікованих фахівців (провізорів) з поглибленим вивченням певного напрямку справи (перша долікарська допомога), що досягається гнучкістю медичної (фармацевтичної) освіти, та відповідно реагувати відповідно до потреб держави [21];
- поєднання теорії і практики, що забезпечується впровадженням відповідних моделей навчання [18, с 199-200];

- відкритість системи підготовки провізорів, що передбачає створення міжкафедральних інноваційних навчальних програм, що реалізуються застосуванням передових інформаційних технологій навчання, використовуючи кращі надбання світової та вітчизняної науки і практики [23, 86, 13];
- забезпечення об'єктивного контролю рівня якості підготовки провізорів за допомогою стандартизованих методик визначення рівня знань та практичних навичок відповідно до вимог освітньо-кваліфікаційної характеристики [14, 13];
- формування загальнолюдських цінностей, морально-етичної та правової культури майбутнього провізора [37, 38].

В. А. Сологуб подає такі вимоги до системи професійної підготовки майбутніх провізорів [112, с. 174-175]:

- забезпечення потреб суспільства і держави у висококваліфікованих, конкурентоспроможних фахівцях на основі формування неперервної освіти;
- реформування змісту системи освіти з урахуванням розвитку медичної та фармацевтичної науки, застосування передових технологій навчання інших країн;
- формування перспективних планів підготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів із нових напрямів розвитку фармацевтичної науки, техніки та методів управління системою;
- контроль і оцінка якості рівня кваліфікації провізорів на основі державних стандартів;
- проведення наукових досліджень, спрямованих на розроблення та вдосконалення методології та дидактичних принципів освіти;
- підготовка викладацьких кадрів, кваліфікація яких відповідає вимогам сучасної освіти.

Післядипломне навчання провізорів базується на принципах та підходах сучасної освіти, а саме [46, с. 136-137]:

- принцип гуманістичної спрямованості, що передбачає навчання й виховання всебічно і гармонійно розвиненої, соціально активної та гуманної особистості;
- принцип орієнтації на майбутню професію – трансформація навчальної діяльності в професійну шляхом поступової зміни професійно орієнтованих діяльностей;
- принцип практичної спрямованості навчання – полягає у тісному зв'язку теорії з практикою;
- принцип ступеневості освіти – у вигляді додипломної, післядипломної освіти, стажування, підвищення кваліфікації тощо;
- принцип індивідуалізації – принцип, що базується на індивідуальному підході у навчанні, з урахуванням здібності, підготовки, очікувань учня; урахування її задатків, можливостей, інтересів, та підходи: гуманістичний, особистісно орієнтований, системний, компетентнісний, діяльнісний, інтегративний, синергетичний.

Послідовність етапів неперервної фармацевтичної освіти представлено на рис.

1.1.

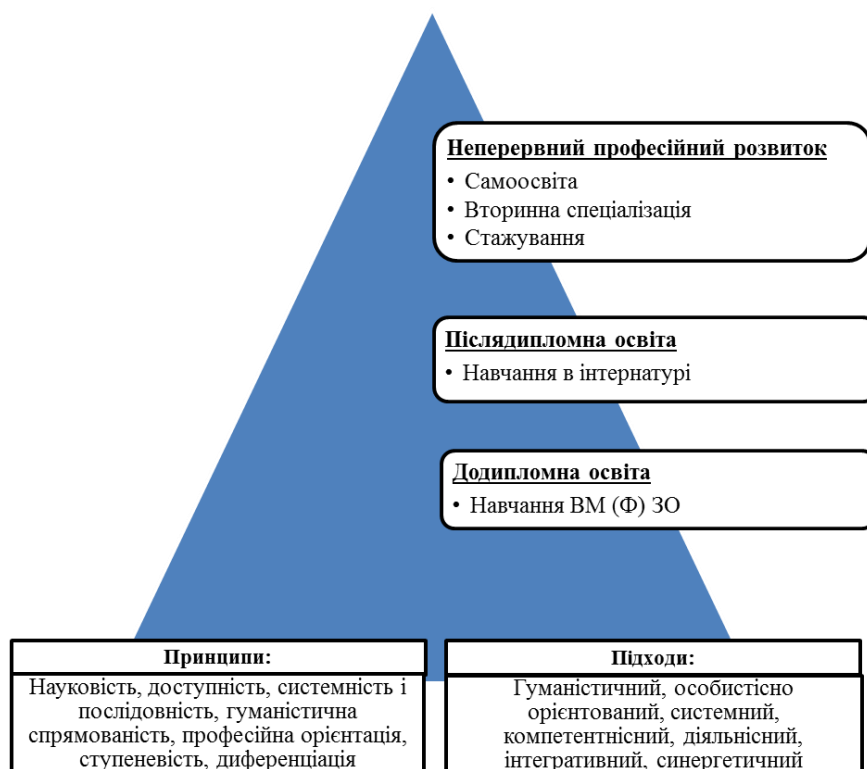


Рис. 1.1 Послідовність етапів становлення неперервної фармацевтичної освіти (джерело опрацювання власне)

Що стосується вимог до сучасного провізора, то, окрім фахових вимог, що забезпечують якісне виконання своїх професійних обов'язків, провізор повинен володіти функціями: вихователя, комунікатора, менеджера, довічного учня, менеджера. Таким чином, для реалізації означених функцій у сучасного провізора мають бути розвинені особистісні якості та властивості, а саме [47, с.18]:

- професійного спілкування (отримання інформації, роз'яснення, навчання, переконання, емоційна підтримка, вміння слухати пацієнта, вміння продуктивно спілкуватись, уникати конфліктів та вирішувати конфліктні ситуації);
- поведінкові та особистісні якості у стосунках «провізор – пацієнт» так й у стосунках у робочому колективі: інтелігентність, тактовність, співпереживання, толерантність, доброзичливість, сумлінність, відповідальність, ініціативність, практичність тощо;
- когнітивні: знання, високі концентрації та розподіл уваги, точність сприймання, гарна пам'ять, вміння зберігати та швидко відтворювати необхідну інформацію, логічність, аналітичність, гнучкість, критичне мислення;
- стресостійкість: навички керування емоціями та вміння ліквідувати їх негативні наслідки, емоційна врівноваженість; вміння створити внутрішню комфортну атмосферу;
- мотиваційні: розуміння необхідності постійного саморозвитку та самовдосконалення і потреби в професійній самореалізації: корисність для суспільства, колективу, пацієнтів, бути цілеспрямованим та ентузіастом своєї справи.

Домінантним у портреті сучасного провізора має бути ставлення до здоров'я і життя людини як до найвищої людської цінності та повна відданість обраній професії.

Отже, сучасними вимогами до професійної підготовки фахівців з фармації є [19, с. 4]: уніфікація нормативної бази з питань фармацевтичної освіти, модернізація її структури, розширення освітніх моделей, оновлення організаційних форм та

методів навчання, забезпечення доступності, системності й послідовності, гуманістичної спрямованості, ступеневості, диференціації, компетентнісного та особистісного спрямування, неперервність освіти впродовж всієї професійної діяльності, розвиток наукової та інноваційної діяльності в освіті, формування єдиного європейського освітнього простору. Стосовно вимог до сучасного вітчизняного фахівця з фармації, то, окрім фахових вимог (якісне виконання професійних обов'язків), провізор повинен мати високі морально-ціннісні орієнтири, бути всебічно розвинутою особистістю, мати високий рівень загальної та професійної культури, особистісно-психологічні риси (доброзичливість, відповідальність, комунікабельність, стресостійкість), мотивованим до постійного професійного саморозвитку та самоудосконалення, розуміти значущість збереження здоров'я та життя людини як основної людської цінності та мати достатній рівень знань, умінь і практичних навичок, що дало б можливість надати першу долікарську допомогу у випадку необхідності [47, с. 18].

1.2. Сутність і зміст базових понять дослідження

До базових понять нашого дослідження ми відносимо: професіоналізм, компетенцію, компетентність, професійну компетентність, компетентнісний підхід, фармацію, фармацевта, фармацевтичну галузь, провізора, першу долікарську допомогу.

Поняття «професіоналізм» визначається як сукупність досягнутих індивідом теоретичних знань, практичного досвіду і професійних навичок у визначеній сфері людської трудової діяльності. Професіоналізм людини в будь-якій сфері діяльності багато в чому залежить від рівня сформованості її професійної майстерності [55, с. 218]. Але поняття професіоналізму не повинно розглядатись лише як майстерність у виконанні певної роботи. Професіоналізм у широкому розумінні включає в себе духовно-моральнісні характеристики людини (здатність, готовність), без яких неможливе найбільш ефективне виконання професійної діяльності [93, с. 53]. Моральна ж сутність фахівця (професійна честь і гідність) проявляється у створюваних нею речах через майстерність. Чим вища професійна майстерність

працівника, тим сильніше у неї розвинуте почуття гідності. Професіоналізм передбачає формування інтелекту, що проявляється здатністю людини до вирішення нових та складних завдань, у здатності до отримання нових знань і постійного їх оновлення й розширення протягом всього життя та формування професійних компетентностей [42].

Поняття професіоналізм пов'язане з поняттями «уміння», «здатність» та «готовність». Уміння – це «готовність успішно виконувати певну діяльність, яка ґрунтується на знаннях і навичках» [59, с. 92]. Поняття готовність означає сукупність умов та регуляторних механізмів, психічного стану, установок та наявності потреб суб'єкта, для виконання певного виду діяльності. Готовність – система професійно важливих якостей особистості: її досвід, знання, вміння, які необхідні для успішної роботи [35, с. 49-52]. На думку Х. М. Дурай-Новакової, професійна готовність – це бажання ефективно виконувати фахові завдання, реалізуючи особистісні якості, набуті знання та уміння, усвідомлюючи свою відповідальність перед суспільством [34, с. 41]. Готовність людини до будь-якої діяльності можна представити у вигляді формули: готовність = бажання + знання + вміння [2]. Здатність – сукупність фізичних і духовних сил особистості до виконання професійної діяльності. На нашу думку, показником сформованості професійної компетентності майбутнього провізора є не лише рівень набутих професійних знань як основи формування професійної компетентності та її складових (ключові, спеціальні професійні компетентності), а й готовність і здатність майбутнього провізора до виконання своїх професійних обов'язків. Професійна компетентність – це не лише можливість володіти знаннями, але, швидше, потенційна готовність вирішувати професійні завдання зі знанням справи [41, с. 23-29].

Розглянемо сутність поняття «компетентнісний підхід» в освіті. Згідно з визначенням, поданим у Національному освітньому глосарії, компетентнісний підхід – освітній підхід до визначення результатів навчання, що базується на їх описі в термінах компетентностей [77, с. 28]. Розглядаючи питання компетентнісного підходу в освіті, С. О. Сисоєва вважає за необхідне розрізнити

поняття компетентний, компетенційний та компетентнісний підхід і визначає сутність кожного. За визначенням науковця, компетентнісний підхід – підхід, спрямований на підготовку компетентної особи, формування у неї компетентності, яка відповідає запитам ринку праці [107].

Розглянемо зміст понять «компетентність» та «компетенція».

У вітчизняній педагогічній літературі немає остаточного узгодження понять компетенція та компетентність. Це викликало у свій час багато дискусій щодо трактування змісту цих понять та їх субординації. Компетенція (лат. *competentia*, від *compeete* – взаємно прагну, відповідаю, підходжу) – сукупність предметів відання, завдань, повноважень, прав і обов'язків державного органу або посадової особи, що визначаються законодавством [98, с. 613]. У Тлумачному словнику С. І. Ожегова компетенція визначається як «коло питань, в яких хто-небудь добре обізнаний; коло чийось повноважень, прав» [83, с. 289]. Тлумачний словник сучасної російської мови дає визначення поняття «компетенція» як «коло питань, явищ, в яких дана особа авторитетна, має досвід, знання; коло повноважень, галузь належних для виконання ким-небудь питань, явищ» [118, с. 358]. У «Новому тлумачному словнику української мови» слово «компетенція» трактується як «добра обізнаність із чим-небудь; коло повноважень якої-небудь організації, установи, особи» [80, с. 874]. У своїй книзі «Компетенції на роботі» Л. Спенсер визначає компетенцію як базові якості людей, що позначають «варіанти поведінки або мислення, поширені на різні ситуації протягом достатньо тривалого періоду часу» та визначає п'ять базових якостей компетенції (людей): мотиви; психофізіологічні особливості; Я – концепція; знання; навичка [113, с. 9-11]. Термін компетенція визначає модель, стандарт поведінки, ефективність роботи, яка виконується. За визначенням Мак Клеелланда: компетенція – «базова якість індивідуума, що має причинне відношення до ефективного або найкращого на основі критеріїв виконання в роботі або інших ситуаціях» [113, с. 9]. І. В. Малафіїк визначає компетенцію як деяке цілісне утворення, яке функціонує як складне, але й водночас є цілісністю, що служить не лише засобом пізнання, але й інструментом пізнання та відрізняється від звичайної сукупності знань, умінь і навичок тим, що у ній усі пізнавальні елементи міцно

зв'язані між собою і діють як ціле. А поняття «компетентність» науковець розглядає як готовність і здатність до використання однієї або багатьох компетенцій [67].

На думку Н. М. Бібік, компетенція є соціально закріплений освітній результат і може бути виведена як реальні вимоги до засвоєння сукупності знань, способів діяльності, досвіду відносин з певною галуззю знань, якостей особистості, яка діє в соціумі [10, с. 47-52]. Науковець передає поняття «компетенції» через усталені поняття: «готовність до ...», «здатність до ...» [10, с.49]. Компетенція, на відміну від компетентності як особистісного утворення є відчуженою від суб'єкта, наперед заданою соціальною нормою освітньої підготовки учня, вчителя, іншого фахівця, яка необхідна для його якісної продуктивної діяльності в певній сфері. З матеріалів роботи семінару МОН України та проекту ПРООН «Освітня політика та освіта», компетенція – це об'єктивна категорія, суспільно певний рівень знань, умінь і навичок, відносин тощо у певній сфері діяльності людини як абстрактного носія [91, с. 15-18]. Результатом набуття компетенцій є компетентність, яка передбачає особистісну характеристику, ставлення до предмета діяльності [9, с. 1-4].

У 70 рр. ХХ століття Д. К. Мак Клеелланд запропонував «метод оцінки працівників за компетенціями», де і визначив поняття компетенція та компетентність [70, с. 16]. Поняття «компетентність» (у перекладі з латинської *competentia* – проінформованість, обізнаність, авторитетність) – означає коло питань, у яких людина добре обізнана, має знання та досвід. Енциклопедія освіти поняття «компетентність» визначає як набуту у процесі навчання інтегровану здатність особистості, яка складається зі знань, досвіду, цінностей і ставлення, що можуть цілісно реалізовуватися на практиці [36]. Згідно з визначенням Великого тлумачного словника сучасної української мови, компетентність – поінформованість, обізнаність, авторитетність [16, с. 560]. С. О. Сисоєва вважає «компетентність» особистісною і оцінною характеристикою та визначає компетентність як «інтегровану якість, яку має компетентна особа що відображає її поінформованість і обізнаність (знання, уміння, навички), авторитетність, яка значною мірою визначається певними уміннями, особистісними якостями й поведінковими характеристиками» [105, с. 8].

Британський учений Дж. Равен поняття «компетентність» розкриває як «явище, що містить в собі багато складових, відносно незалежних один від одного, причому деякі компоненти відносяться до когнітивної сфери, інші – до емоційної, та виділяє три групи компетентностей: когнітивні; афективні; вольові, і визначає багатокомпонентність компетентності з незалежними, але взаємозамінними складовими» [99, с. 30-34]. При оцінці компетентності людини в певній галузі Дж. Равен у центр уваги ставить її інтереси, цілі, особисті та соціальні пріоритети.

Експерти міжнародних організацій під поняттям компетентність розуміють: здатність застосовувати знання і уміння, що забезпечує активне застосування навчальних досягнень у нових ситуаціях (експерти країн Європейського Союзу (Eurydice, 2002) [141, с. 2-5]; поєднання знань, умінь, цінностей і ставлення, застосованих у повсякденній діяльності (конференція ЮНЕСКО, 2004) [144, с. 6] здатність успішно задовольняти індивідуальні та соціальні проблеми, діяти й виконувати поставлені завдання (експерти програми "DeSeCo") [141 с. 2-5]. Також компетентність трактується як «здатність застосовувати знання та вміння ... у ситуаціях, що передбачають взаємодію з іншими людьми в соціальному контексті так само, як і в професійних ситуаціях» [144, с. 6].

Поняття «компетенція» та «компетентність» науковці формулюють по-різному. І. В. Родигіна розглядає компетентність як специфічні предметні вміння і навички, необхідні людині будь-якої професії, віку, сімейного стану [101, с. 148-153]. С. Є. Шишов і В. О. Кальней вважають компетентність здатністю діяти на основі отриманих знань, що передбачає досвід самостійної діяльності на основі універсальних знань [138 с. 20-21].

На думку В. В. Краєвського та А. В. Хуторського, компетентність є поєднанням відповідних знань і здібностей, що дають підставу обґрунтовано судити про цю сферу й ефективно діяти в ній. Компетентність – придбання, володіння людиною відповідною компетенцією, що включає її особисте ставлення до неї і предмета діяльності [126].

Компетентність А. М. Новиков розглядає як здатність того, хто навчається, до практичної діяльності, вирішення життєвих проблем, що реалізується самостійно та

засновано на його навчальному й життєвому досвіді, цінностях і схильностях [82, с. 199-200].

Л. О. Фурсова розглядає компетентність як загальну здатність особистості, що характеризується складними вміннями, навичками, заснованими на знаннях, які дозволяють ефективно діяти або виконувати певну функцію [123, с. 13].

О. І. Пометун вважає, що компетентністю людини можна називати спеціально структуровані (організовані) набори знань, умінь, навичок і відносин, які набувають у процесі навчання. Сформовані компетентності людина використовує при необхідності в різних соціальних та інших контекстах залежно від умов і потреб у здійсненні різних видів діяльності [91, с. 18].

І. О. Зімня розглядає компетентність як заснований на знаннях інтелектуально і особистісно обумовлений досвід соціально-професійної життєдіяльності людини [42].

На думку М. О. Холодної, компетентність – це особливий тип організації предметно-специфічних знань, що мають бути різноманітними, структурованими та гнучкими, оперативними і доступними, конструктивними та можуть бути застосовані в нових ситуаціях, що б дозволило приймати рішення у відповідній галузі діяльності суб'єкта [124, с. 39].

У відповідності до постанови Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2011 р. № 1341 «Про затвердження Національної рамки кваліфікацій», компетентність визначена як здатність особи до виконання певного виду діяльності, що виражається через знання, розуміння, уміння, цінності, інші особисті якості, характеризується комплексністю навчальних, соціальних та культурних впливів на особистість у процесі її життєдіяльності [94].

Л. В. Балабанова визначає компетентність як ступінь кваліфікації працівника, яка дозволяє успішно вирішувати завдання, що стоять перед ним, та визначає здатність його «якісно і безпомилково виконувати свої функції як у звичайних, так і в екстремальних умовах, успішно освоювати нове і швидко адаптуватися до умов, що змінюються», та виділяє такі види компетентності [5, с. 61-62]:

- функціональна (професійна) компетентність – характеризується рівнем професійних знань та умінням застосувати їх на практиці;
- інтелектуальна – виражається в здатності до аналітичного мислення і здійснення комплексного підходу до виконання своїх обов'язків;
- ситуативна – характеризується умінням діяти відповідно до ситуації;
- часова – відображає уміння раціонально планувати і використовувати робочий час;
- соціальна – передбачає наявність сукупності особистісних, комунікаційних здібностей, здатність підтримувати партнерські відносини, уміння сприймати й інтерпретувати чужі думки, мати толерантне ставлення до них тощо.

На думку А. В. Хуторського, не існує єдиного встановленого визначення та переліку ключових компетентностей, адже вони конкретно визначаються вимогами суспільства, позицією соціуму в певній країні чи регіоні [125]. Так, у ході реалізації міжнародного проекту «Визначення та добір ключових компетентностей», що здійснюється Організацією економічного співробітництва й розвитку та національних інститутів освітньої статистики Швейцарії і США, чіткого визначення ключових компетентностей вироблено не було. Під час симпозіуму Ради Європи на тему «Ключові компетентності для Європи» було сформульовано орієнтований перелік ключових компетентностей, таких, як [111]:

- Вивчати: уміти отримувати користь із досвіду; систематизувувати свої знання і впорядковувати їх; організувати свої власні прийоми навчання; уміти вирішувати проблеми; займатись самонавчанням.
- Шукати: пошук інформації через різні бази даних, експертні консультації, аналіз документів, опитування оточення.
- Думати: уміти знаходити причинно-наслідкові зв'язки в подіях; мати критичне та толерантне ставлення до напряму розвитку суспільства; здатним долати труднощі; уміння дискутувати (вислухати та прийняти думку іншого) та відстоювати власні думки; з розумінням відноситись до політичного й економічного середовища, в якому проходять навчання та робота; давати оцінку соціальним нормам, пов'язаним із навколишнім середовищем,

здоров'ям, споживанням; уміти оцінити надбання світової культури, літератури та мистецтва.

- Співробітничати: уміти іти на компроміс та працювати в групі; приймати рішення – уникати конфронтації та конфліктів; уміти домовлятися; уміти спілкуватися та виконувати обов'язання .
- Братися за справу: приймати участь в спільних проектах; нести відповідальність за свої дії; робити внесок у загальну справу; бути готовим до взаємодопомоги; уміти організувати робочий процес; вміти користуватись сучасними приладами.
- Адаптуватись: уміти використовувати нові інформаційні технології та соціальні мережі; швидко адаптуватись до змін, у той же час бути стійким до труднощів; уміти знаходити вихід із ситуації що склалась.

Аналізуючи ключові європейські компетентності, А. В. Хуторський формулює ключові освітні компетентності [126]:

- ціннісно-сміслова компетентність;
- загальнокультурна компетентність;
- навчально-пізнавальна компетентність;
- інформаційна компетентність;
- комунікативна компетентність;
- соціально-трудова компетентність;
- компетентність особистісного самовдосконалення.

За І. Д. Бехом, до поняття компетентності відносяться не лише освітні (навчання, набуття знань та навичок), а й розвиток комунікативних, соціальних здібностей, формування моральних якостей, почуття відповідальності перед суспільством та активної участі в суспільному житті. За структурою І. Д. Бех виділяє предметно-знаннєву, організаційну, технологічну, екологічну, правову, політичну, культурологічну, соціальну, економічну компетентності та компетентність у комунікативній сфері та у сфері власного повсякденного життя людини і наголошує на необхідності трансформування освітніх компетенцій у ключові життєві [8].

У європейському проекті TUNING, присвяченому гармонізації освітніх структур у Європі, зближенню, розумінню та захисту різноманіття європейських освітніх систем, пошуків і розробці спільних контрольних опорних точок на рівні предметної галузі, сформульовані точки прив'язки та кінцева мета навчання. Згідно з проектом TUNING, кінцевим результатом навчання є формування рівня професійної компетентності якого має набути учень. Компетентність же визначається як «динамічне поєднання когнітивних та метакогнітивних вмінь, навичок, знань та розуміння, міжособистісних, розумових та практичних вмінь та навичок і етичних цінностей» [93, с 2-3].

Проаналізувавши різні підходи до визначення понять «компетенція» та «компетентність», С. О. Сисоєва вказує, що означені поняття мають «різнопланову багатокомпонентну структуру та полісемантичне значення» [105, с. 10-11]. Поняття «компетенція» науковець визначає так: «визначена норма стосовно неперервної освіти, яка задається освітніми стандартами і виконується для формування вимог до результатів навчання». Компетентність же – «особистісна інтегрована якість людини (її капітал), що формується на етапі навчання, остаточно оформлюється і розвивається у процесі практичної діяльності та забезпечує компетентнісний підхід до вирішення професійних завдань» [105, с 11]. Компетентність визначається як динамічна комбінація здібностей, знань, досвіду, кваліфікації, умінь і особистісних характеристик, поглядів, цінностей, що визначає здатність особи успішно соціалізуватися, провадити професійну та/або подальшу навчальну діяльність [92].

Вивчення даної проблеми зумовлено тим, що в концепцію сучасної освіти покладено компетентнісний підхід, згідно з яким, за визначенням Р. Р. Девлетова та Е. З. Топчук, освітній процес розглядається як процес формування ключових компетенцій [30, с. 9].

У системі ключових компетентностей людини професійна компетентність є однією з головних, оскільки саме вона забезпечує можливість якісно та на високому рівні виконувати професійну діяльність, конкурентоспроможним спеціалістом, який користується попитом. Поняття «професійна компетенція» визначається як уміння використовувати знання, навички, досвід у конкретно даних умовах, досягнувши

при цьому максимально позитивного результату, здатність успішно діяти на основі практичного досвіду, умінь та знань при вирішенні поставлених професійних завдань [17]. В Австрії ключові компетентності (Schlüsselqualifikationen) характеризують як сталі функціональні та професійні компетенції, що включають надпредметні специфічні здібності і особливості структури особистості. Ключові компетентності поділяються на: когнітивні, соціальні і особистісні компетенції. Когнітивні компетенції (Sachkompetenz) – здобуті у результаті навчання знання, навички та здібності, які можуть використовуватися як у певній, специфічній діяльності, так і в інших (професійні, функціональні), а також навички і здібності, необхідні для вирішення професійних завдань та вироблення стратегій, спрямованих на розв'язання проблеми. Методологічні компетенції, теоретичне мислення, Methodenkompetenz (що включає методи навчання) і професіоналізм – пов'язані з такими навичками, як інформаційні технології (інформаційні компетенції), безпека робочого місця та менеджмент, які відносяться до Sachkompetenz. Соціальні компетенції (Sozialkompetenz) значною мірою пов'язані з іншими компетенціями і визначаються як здатність і готовність відповідально співпрацювати, співробітничати, взаємодіяти з іншими, налагоджувати відносини, ефективно комунікувати. Особистісні компетенції (Selbstkompetenz) включають ключові компетенції і визначаються у здатності та готовності особистості саморозвиватись, самоудосконалюватись, адаптуватись до вимог сучасного суспільства і реалізуватись як особистісно так і професійно [140, с. 9].

Вивченню проблеми професійної компетентності присвячено багато робіт вітчизняних та зарубіжних науковців. З. Н. Курлянд визначає професійну компетентність як інтегративну якість, здатність, що базується не лише на певному обсязі знань, умінь і навичок, а й передбачає особисті якості індивіда, що забезпечують знаходження необхідного знання та спосіб дії у певній ситуації [58]. Л. І. Даниленко та Л. М. Карамушка визначають такі компоненти професійної компетентності: знання, уміння і навички, необхідні для виконання професійної діяльності; професійні, ділові та особистісно значущі якості, які сприяють реалізації професійних якостей у процесі трудової діяльності; загальну культуру, яка визначає

морально-етичні принципи, духовно-ціннісні орієнтири особистості та формує її гуманістичний світогляд [28].

На думку Є. О. Климова, професійна компетентність, – це система, яка складається з таких складових: громадянські якості – система поглядів особистості, етичних якостей, які визначають її моральний образ, сфера суспільних, професійних інтересів, розуміння своєї ролі як частини колективу, ставлення та зобов'язання перед колегами, ставлення до праці, відповідальність; дієздатність – як фізична так і інтелектуальна, активність, ініціативність, самодисципліна та ін.; спеціальні здібності – особисті якості людини, що позитивно впливають на набуття знань та навичок, набуття життєвого та професійного досвіду, що сприятимуть професійній реалізації людини [49]. Л. М. Мітіна характеризує професійну компетентність як характеристику, що відображає ділові та особистісні якості фахівця, висвітлює рівень знань, умінь, досвіду, що є достатніми для здобуття поставленої мети у певному виді професійної діяльності, при умові дотримання певної моральної позиції фахівця [71].

С. В. Іванова розглядає професійну компетентність як здатність фахівця, що має достатню внутрішню мотивацію, рівень морально-етичних цінностей, знань, навичок та практичного досвіду виконувати ефективну професійну діяльність, при цьому критично оцінюючи можливі недоліки рівня власних знань і умінь та усвідомлюючи необхідність пошуку ресурсів для їх компенсації [44, с. 106-110]. Н. Х. Баловсяк визначає професійну компетентність як «найвищий рівень професійної майстерності, що поєднує знання, уміння, рівень розвитку здібностей, результатів і способів діяльності, норми поведінки, а також внутрішні мотиви людини та дозволяє досягти високих результатів професійної діяльності» [6, с. 6-15].

За визначенням С. О. Сисоєвої, професійна компетентність – «інтегрована професійно-особистісна характеристика фахівця, що забезпечує ефективність певного виду діяльності та відображає рівень сформованості професійно-значущих якостей фахівця» [108, с. 9-11].

У роботах В. Ю. Кричевського професійна компетентність визначається як «сукупність певних ознак: наявність знань для успішної діяльності; усвідомлення

значущості вказаних завдань для майбутньої професійної діяльності; набір операційних умінь; володіння алгоритмами вирішення професійних завдань; здатність до творчості у вирішенні професійних завдань» та виділяє чотири види професійної компетентності: функціональна (реалізація професійних завдань), інтелектуальна (здатність до аналітичного мислення і комплексного підходу до виконання своїх обов'язків), ситуативна (діяльність у залежності від професійної ситуації), соціальна (реалізація комунікативних та інтеграційних здібностей) [53].

Х. С. Столярук виділяє такі якості професійної компетентності [114, с. 153-159]: адаптаційна мобільність – схильність та вміння творчого вирішення професійних потреб, ініціативність, сприйняття нової інформації, нововведень; контактність – вміння слухати, переконувати та сприймати думку інших; стійкість до стресів – інтелектуальна і емоційна захищеність при виникненні проблемних ситуацій, вміння володіти собою; домінантність – лідерські якості та вміння впливати на інших при необхідності; моральні та вольові якості – наполегливість, почуття відповідальності та обов'язку, інтелектуальні якості – глибина знань, широта світогляду, допитливість.

На думку Р. С. Гуревича, професійна компетентність має такі характеристики [137, с. 45-49]: багатство знань, що відповідають умовам достатності для продуктивної професійної діяльності; системність організації та структурування знань, усвідомлення реальних зв'язків між елементами, класифікованість, таксономізованість знань, виділення основних вузлових елементів; релятивність взаємозв'язків поля знань, можливість оновлення як змісту, так і взаємозв'язків під впливом об'єктивних фактів; фундаментальність знань, визначальна роль загальних принципів, ідей, методологічність, прагматизм, неперервність зв'язків: «знання – діяльність»; рефлексивність знань.

За видами професійної компетентності А. К. Маркова визначає такі [68, с. 31-37]: спеціальна компетентність (володіння високим рівнем професійних знань та навичок, бути здатним до проектування свого подальшого професійного розвитку); соціальна компетентність (вміння ефективно реалізовувати професійну діяльність в колективі, співпрацювати, володіти високим рівнем професійного спілкування,

нести відповідальність перед суспільством за результати своєї праці); особистісна компетентність (мати високу здатність до саморозвитку, самовдосконалення, особистісного самовираження, володіти засобами протистояння професійним деформаціям особистості); індивідуальна компетентність (володіння прийомами саморегуляції і розвитку професійної індивідуальності, готовність до постійного професійного зростання, вміння раціонально організувати свою працю, бути непадвлдним професійному вигоранню та старінню).

За визначенням А. О. Деркача, професійна компетентність – головний когнітивний компонент підсистеми професіоналізму діяльності, сфера професійного ведення, система знань, яка постійно поширюється і дозволяє здійснювати професійну діяльність з високою продуктивністю [31]. На думку В. Г. Первутинського, компетентність передбачає володіння людиною відповідною компетенцією. Компетентісна в окремій галузі людина має певні знання, здібності, особистісні характеристики, що дають їй можливість обґрунтовано судити про цю галузь й бути готовим реалізуватись в ній як фахівець. Поєднуючи поняття «компетентність» й «готовність», науковець визначає їх не як тотожні, а як зв'язок між внутрішнім особистісним потенціалом та можливістю його реалізувати. Виходячи з цього, професійна компетентність є одним зі структурних компонентів професійної готовності до реалізації конкретної діяльності [85].

Таким чином, можемо зробити висновок, що сформована професійна компетентність є базисом для формування професіоналізму особистості в обраній сфері діяльності, успішної реалізації всіх професійних завдань та вирішенні проблем, що виникли.

З нашої точки зору, буде помилково розглядати професійну компетентність у вузькому розумінні, тобто лише як спроможність правильно виконувати (застосовувати) практичні навички та приймати суто професійні рішення. Незалежно від напрямку своєї професійної діяльності, людина не може бути відособленою, вона працює в колективі, перебуває в соціумі. Тому поняття професійної компетентності має бути багатокomпонентним, складатись із системи

поглядів людини, морально-етичних якостей, розуміння обов'язку перед суспільством.

Розглядаючи професійну компетентність та її компоненти, І. О. Зімня характеризує особистісний компонент як організованість, відповідальність, цілеспрямованість індивіда, а соціальний – компонент, що забезпечує діяльність людини та норми відносин і поведінки з іншими людьми, в робочому колективі, суспільстві тощо [43, с. 10-20]. На ролі особистісного компонента в формуванні професійної компетентності працівника медичної сфери наголошує Ю. І. Колісник-Гуменюк [50, с. 72-77]. Вимоги сьогодення потребують фахівців обізнаних і фахових не лише в межах обраної спеціальності, а й високоінтелектуальних, зі сформованими професійно-особистісними якостями, морально-ціннісними орієнтирами, розумінням важливості та цінності набутої професії та її важливості для суспільства, й керуються відповідними ціннісними орієнтаціями, і прагнуть до постійного безперервного самовдосконалення.

У формуванні професійної компетентності майбутнього провізора є надзвичайно важливим розвиток творчого підходу у розв'язанні конкретних завдань організаційного, пошукового, аналітичного характеру та розвитку у них здатності до самоосвіти й самовдосконалення.

Таким чином, професійно-особистісний розвиток майбутнього провізора визначається рівнем розвитку його професійно важливих властивостей, якостей і здібностей. Це розвиток, що включає вміння приймати самостійні та нестандартні рішення, спрямовані на підвищення рівня свого професіоналізму, здатність швидко освоювати нове освітнє, професійне, соціальне та національне середовище [26, с. 8-11].

Розглядаючи поняття професійної компетентності майбутнього провізора, знаходимо її в одному із показників професійної придатності фармацевта (професійна компетентність, психічні риси, етичні характеристики, уміння мислити, ставлення до роботи, наявні трудові стимули) [100, с. 43-45].

Разом з тим бачимо, що проблема формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів не була предметом вивчення

вітчизняними науковцями. О. Ю. Лисенко розглядає компетентність з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів як обов'язкову та невід'ємну складову професійної компетентності [65, с. 69-73]. Крім того, сучасною тенденцією освіти майбутніх провізорів є спрямування підготовки фахівців фармацевтичної галузі від медико-біологічного до медико-клінічного, що передбачає вивчення таких дисциплін: «Медична хімія», «Основи клінічної медицини», «Клінічне вивчення лікарських засобів», «Фармацевтична опіка», та курсу «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях» [110, с. 359]. У своїй роботі ми поставили за мету розглянути поняття компетентності з надання першої долікарської допомоги та її складових як одного з компонентів професійної компетентності майбутнього провізора.

Будучи представником медичної галузі, провізор у разі необхідності повинен надати першу долікарську допомогу хворим та потерпілим, а компетентність з надання першої долікарської допомоги є невід'ємним компонентом професійної компетентності майбутнього провізора. Розглядаючи поняття компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, ми визначили чотири її компоненти (мотиваційно-ціннісний, знаннево-практичний, особистісно-психологічний, організаційно-комунікаційний) та спробували розкрити роль визначених компонентів для формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

З нашої точки зору, при формуванні професійної компетентності у майбутніх провізорів доцільним є приділити увагу мотиваційно-ціннісному та особистісно-психологічному компонентам професійної компетентності, як таким, що є основою. Адже тільки маючи сильну мотивацію до навчання, розуміння змісту та важливості обраної професії, керуючись поняттям гуманізму, маючи високі морально-етичні цінності, можна в повній мірі засвоїти рівень знань на етапі додипломної освіти та розвивати і вдосконалювати їх під час навчання в інтернатурі та в подальшій практичній діяльності, керуючись принципом неперервності освіти.

Провізор як представник галузі охорони здоров'я не може розглядатись суто як бізнесмен, тобто реалізатор ліків як пересічного товару, а аптека – як місце його

збуту. Тому для формування професійної компетентності майбутнього провізора та компетентності з надання першої долікарської допомоги як обов'язкового її компонента надзвичайно важливе значення має високий рівень моральної культури і етичних якостей майбутнього провізора та роль мотиваційно-аксіологічного компонента компетентності. Моральна культура фахівця, який працює у сфері охорони здоров'я, є єдністю професійної культури і професійної моралі. Виконання професійної діяльності спеціаліста з усвідомленням морально-етичних норм через розуміння духовних цінностей сприятиме кращому здійсненню їхньої професійної місії [88]. В Етичному кодексі фармацевтичних працівників України висвітлене основне завдання професійної фармацевтичної діяльності фахівця – профілактика захворювань, збереження та зміцнення здоров'я людини та зазначені основні вимоги [38]:

- сприяння раціональному призначенню та використанню лікарських засобів (далі – ЛЗ) і виробів медичного призначення й медичної техніки;
- високий професіоналізм і компетентність з питань забезпечення населення ЛЗ та медичною продукцією;
- забезпечення гарантій якості та безпеки застосування ЛЗ і медичної продукції, а також запобігання помилки при виготовленні, контролю якості просування та відпуску ЛЗ;
- участь у боротьбі з розробкою, виготовленням, просуванням та розповсюдженням фальсифікованих, субстандартних незареєстрованих в Україні ЛЗ та медичної продукції;
- участь у санітарно-просвітницькій роботі з охорони здоров'я, протидіяння знахарству, участь у боротьбі з лікоманією, лікарською залежністю, наркоманією та алкоголізмом; та зобов'язання, одним із яких є – за необхідності надавати першу медичну допомогу.

На нашу думку, питання надання першої долікарської допомоги провізором має розглядатись не лише як зобов'язання, а як і прояв високих морально-особистісних якостей, що реалізуються розумінням необхідності набуття знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги як невід'ємної

складової професійної компетентності та в готовності і здатності надати її у разі необхідності. Компетентність з надання першої долікарської допомоги у провізора полягає у готовності та здатності розпізнати стан загрози для життя у хворого чи потерпілого, своєчасно викликати допомогу, надати першу долікарську допомогу (зупинка кровотеч, накладання пов'язок, подання ліків (у межах своєї компетенції)), а у випадку зупинки кровообігу забезпечувати високої якості реанімаційні заходи та уміти застосувати автоматичний зовнішній дефібрилятор (AED).

Отже, компетентність з надання першої долікарської допомоги є обов'язковим компонентом професійної компетентності провізора та проявляється його готовністю й здатністю як представника галузі охорони здоров'я, розуміючи свій обов'язок перед суспільством та актуальність проблеми (мотиваційно-ціннісний компонент), на основі набутих знань та навичок не лише з вузькоспеціалізованих, а й суміжних дисциплін (знаннево-практичний компонент), та постійно вдосконалюючи їх відповідно останнім досягненням медичної науки (особистісно-психологічний компонент), маючи психологічну стійкість та опанувавши ситуацію (організаційно-комунікаційний компонент), якісно надати першу долікарську допомогу до моменту прибуття кваліфікованої медичної допомоги.

Розглянемо поняття: фармація, фармацевт, фармацевтична галузь, провізор, перша долікарська допомога.

Фармація (грец. *pharmakon*, лат. *pharma* – ліки; англ. *Pharmacy*) або лікознавство, фармацевтика – науково-практична господарська діяльність з пошуку, синтезу активних і допоміжних речовин, створення, вивчення фармакологічної дії, виробництво ліків у промислових і аптечних умовах; забезпечення контролю їх якості, планування, організації та економіки, менеджменту та маркетингу, інформації та освіти, а також забезпечення раціонального та безпечного застосування ліків і використання виробів медичного призначення [119].

За іншим визначенням, фармація – сукупність взаємопов'язаних складових науково-практичних напрямків (освітнього, наукового, виробничого та соціально-правового характеру) стосовно ліків, а саме: дослідження фармацевтичного ринку, пошук і отримання вихідної сировини, створення, виробництво, вивчення

фармакологічної дії, реалізація ЛП і виробів медичного призначення, забезпечення контролю їх якості та стандартизації; вивчення історії, організаційних питань оптимізації кадрових, матеріальних, фінансових, інформаційних ресурсів та підготовки фармацевтичних кадрів [119].

У нашій країні визначення понять «фармацевт» та «провізор» не є тотожними. Фармацевт – це фахівець в галузі фармації з середньою освітою, а провізор – фахівець, який отримав вищу фармацевтичну освіту. З метою узгодженості термінів у нашій роботі надалі будемо користуватись визначенням «провізор».

Провізор (лат. *provisor* – той, що заздалегідь віщує, піклується, заготівельник) – фахівець із повною вищою фармацевтичною освітою, яка дає право на самостійну фармацевтичну роботу і на управління аптекою чи іншою фармацевтичною установою [119].

Фармацевт (від грецького *pharmakeutes* – той, хто готує ліки) – аптечний працівник з фармацевтичною освітою, що здійснює приготування лікарських засобів [98, с. 1410]. Фармацевт – молодший спеціаліст з середньою фармацевтичною освітою, який працює в аптеках, аптечних складах, контрольно-аналітичних лабораторіях, фармацевтичних фабриках і виробництвах, на підприємствах хіміко-фармацевтичної промисловості, в органах управління фармацевтичної служби, фармацевтичних фірмах, підрозділах державної служби України лікарських засобів, науково-дослідницьких інститутах й навчальних закладах. Слід розрізняти поняття «фармацевт» в Україні та країнах Європейського Союзу. В Україні провізор – спеціаліст з вищою фармацевтичною освітою, тоді як фармацевт – це спеціаліст з середньою фармацевтичною освітою. В більшості країн Європи фармацевт – фахівець з вищою фармацевтичною освітою, що має ступінь магістра, хоча, в залежності від національних традицій, може мати свою номенклатуру: від аптекаря у Німеччині та Швеції – до фармацевтичного хіміка у Великобританії [119].

Фармацевтична галузь – сукупність підприємств, організацій і установ, зайнятих у процесі створення, виробництва, реалізації лікарських субстанцій, препаратів і виробів медичного призначення, забезпечення контролю їх якості, а також підготовки та перепідготовки кадрів [119].

Перша медична допомога – комплекс невідкладних медичних заходів, які проводяться людині у випадку захворювання чи нещасного випадку на місці пригоди та під час її транспортування до медичного закладу. Значення першої медичної допомоги важко переоцінити. Своєчасне та правильне надання першої медичної допомоги не тільки рятує життя хворому чи постраждалому, але й забезпечує подальше успішне лікування хвороби або травми та попереджує розвиток можливих ускладнень (шок, інфікування), що зменшує ризик втрати працездатності та інвалідизації. У залежності від рівня надання допомоги вона поділяється на [116, с. 18-20]:

- першу медичну некваліфіковану допомогу, яка здійснюється немедичним працівником;
- першу медичну кваліфіковану (долікарську) допомогу, яка надається медичним працівником, що пройшов спеціальну підготовку з надання першої допомоги (фельдшер, медсестра, зубний технік, лаборант, фармацевт);
- першу лікарську допомогу, яка надається лікарем, з необхідними медикаментами, інструментами, апаратурою.

Перша долікарська допомога – комплекс медичних заходів, спрямованих на надання медичної допомоги при невідкладних станах, які відмічають на виробництві, у побуті, під час дорожньо-транспортних пригод, катастроф, техногенних аварій та при гострих неврологічних, терапевтичних, хірургічних і термінальних станах [119]. Перша долікарська допомога – це комплекс простих термінових дій, спрямованих на збереження здоров'я і життя потерпілого при захворюваннях та нещасних випадках. Нещасний випадок – ушкодження органів людини або порушення їх функції при раптовому впливі навколишнього середовища. Перша медична (долікарська) допомога містить такі заходи: 1) негайне припинення впливу зовнішніх пошкоджуючих факторів (електричний струм, гіпертермія, гіпотермія (переохолодження), зняття стискуючого предмета), та евакуація постраждалого з небезпечних умов (враховуючи безпеку рятувальника); 2) надання першої медичної допомоги хворому або постраждалому в залежності від характеру та виду травми, нещасного випадку або раптового стану (зупинка

кровотеч, накладання пов'язок, проведення реанімаційних заходів (натискання грудної клітки та вентиляція, ін.); 3) організація негайного транспортування хворого чи постраждалого до медичного закладу [15, с. 11-12]. Надання першої долікарської допомоги базується на принципах: правильності, доцільності, швидкості, продуманості, рішучості та вимагає спокою і володіння ситуацією рятувником [119, с. 18-20].

На основі теоретичного аналізу праць вітчизняних і зарубіжних дослідників під поняттям компетентність провізора з надання першої долікарської допомоги будемо розуміти інтегральну сукупність особистісних та професійних якостей провізора, набутих у результаті навчання, що відображають рівень його теоретичних знань і практичних навичок, морально-етичних якостей, особистісних рис, спрямованих на надання адекватної та якісної першої долікарської допомоги хворим і потерпілим, у випадку необхідності, до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги. Ефективне формування компетентності у майбутніх провізорів з надання першої долікарської допомоги можливе лише за умови особистісно орієнтованого та компетентнісного підходів у навчанні.

1.3. Компетентнісний підхід як основа сучасної підготовки майбутнього провізора

Традиційна система освіти, в тому числі медичної та фармацевтичної, базується на отриманні знань студентом/інтерном. Водночас перебудова медичної (фармацевтичної) галузі в Україні потребує підготовки якісно нового фахівця сфери охорони здоров'я, який поєднує у собі фундаментальні теоретичні знання з володінням сучасними інноваційними технологіями і практичними навичками [92]. Виходячи з запитів Міністерства охорони здоров'я України щодо контролю якості професійної підготовки медичних та фармацевтичних кадрів, назріла критична необхідність модернізації системи вищої медичної та фармацевтичної освіти, приведення у відповідність до міжнародних стандартів, що забезпечить формування компетентностей (компетентного) фахівця галузі охорони здоров'я. Однією з

сучасних вимог є запровадження нових стандартів вищої освіти, приведення навчально-методичного забезпечення навчального процесу у відповідність до змісту сучасних стандартів вищої освіти, сучасних протоколів лікування та стандартів діагностики [64, с. 6-9]. Цим вимогам сприяє впровадження компетентнісного підходу як основи сучасної підготовки як медичних, так і кадрів фармацевтичної галузі. Компетентнісний підхід означає переорієнтацію з процесу навчання на результати освіти, зміщення акценту з накопичування знань, умінь і навичок на розвиток у здобувачів вищої освіти здатності практично діяти та застосовувати набутий досвід у конкретних ситуаціях [40, с. 27-31, 39, с. 73-77]. Метою компетентнісного підходу є формування професійних компетентностей на базі ключових. Реалізується компетентнісний підхід впровадження програм, методологія яких забезпечує не просто отримання теоретичних знань, а знань та умінь, визначальне значення в цьому приділяється методикам активного навчання як найбільш дійовим та результативним [39, с. 73-77].

Під поняттям «компетентнісний підхід» науковці розуміють «спрямованість освітнього процесу на формування і розвиток ключових, базових, основних (надпредметних) і предметних компетентностей особистості» [10, с. 6], модернізацію сучасної професійної освіти; найважливіший орієнтир її розвитку й одна з основних умов професійної підготовки конкурентоздатного фахівця у вищій школі, – сукупність загальних принципів визначення цілей, добору змісту, організації освітнього процесу, оцінки результатів і шлях до формування стандартів професійної освіти [76, с.108].

Мета нашого дослідження – обґрунтувати впровадження компетентнісного підходу в освіту майбутніх провізорів як базового у формуванні професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги.

Компетентнісний підхід у навчанні виник як вимога часу та нових потреб і вимог у формуванні кваліфікованих фахівців, як альтернатива класичній і сформованій освітній філософії. Це пов'язано з розвитком науки, автоматизації, широким впровадженням новітніх інноваційних технологій, що потребують формування в учнів практичної орієнтації та розвитку, здатності до пошуку способів

і технологій отримання нової інформації й подальшого навчання, саморозвитку та самовдосконалення. Сучасні реалії потребують високоосвічених, конкурентоспроможних, мобільних, ініціативних, здатних приймати самостійні рішення, професійно спрямованих фахівців, здатних до активного пошуку в навчанні, саморозвитку та самовдосконалення, а не лише пасивного сприйняття доведених та констатованих фактів. Національною стратегією розвитку освіти в Україні на 2012-2021 роки передбачено, що «Ключовими напрямками державної освітньої політики мають стати: ...модернізація структури, змісту й організації освіти на засадах компетентнісного підходу» [78].

Компетентнісна освіта з'явилась у 60-х роках минулого століття у США та країнах Європи (Велика Британія, Німеччина), з кінця 80-х років активно розглядається та впроваджується як напрям сучасної освіти вітчизняними науковцями. Питаннями впровадження компетентнісного підходу в навчання активно займаються ряд вітчизняних та російських науковців, таких як Н. М. Бібік, Л. С. Ващенко, І. О. Зімня, Л. Л. Хоружа, А. В. Хуторський, О. І. Пометун.

Актуальність компетентнісного напрямку освіти полягає не лише у можливості отриманні знань, а й у здатності індивіда узагальнити обсяг отриманої інформації та навичок і успішно їх застосувати як у професійній діяльності, так і при вирішенні власних життєвих потреб.

Відомі міжнародні організації, що нині працюють у сфері освіти, останнім часом вивчають проблеми, що пов'язані з появою компетентнісно орієнтованої освіти, серед яких ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, ПРООН, Рада Європи, Міжнародний департамент стандартів. Компетентнісно орієнтований підхід до формування змісту освіти став новим концептуальним орієнтиром у світі. У багатьох європейських країнах сьогодні результати навчання базуються на досягненні учнями необхідних компетентностей [54, с. 4-7].

Впровадження компетентнісної освіти в Україні вимагає модернізації та реформування вітчизняних освітніх програм, які відповідали б європейським вимогам, а саме [115, с. 13-14]: вивчення іноземних мов, спрямування освіти на розвиток соціалізації особистості, комунікативних, соціальних навичок у

спілкуванні, що дозволило б позбавитись бар'єрів, інтегруватись до європейської освітньої системи, та наблизитись до кращих надбань європейської науки. Необхідність досліджень з модернізації та реформування освітньої галузі висвітлена в спільному проекті Міністерства освіти та науки України й Програми розвитку ООН в Україні «Інновація й оновлення освіти для покращення добробуту та зниження рівня бідності» (2001–2003) і «Освітня політика та освіта: рівний рівному» (2004–2006), що спрямовані на вироблення рекомендацій для реалізації стратегії реформування освіти в Україні. Проектом визначено пріоритетні галузі реформування освіти, одним з яких є оновлення змісту освіти шляхом впровадження компетентнісно орієнтованого підходу [115, с. 13-14].

Компетентнісним спрямуванням освіти та її розвитком займались багато вітчизняних та зарубіжних науковців. Так, М. М. Фіцула визначає компетентнісний підхід сучасної освіти методологічним підходом у педагогіці з метою досягнення мотиваційних, аксіологічних, когнітивних, рефлексивних результатів у навчанні, що дає можливість вдосконалити й розширити коло знань та навичок і набути досвіду «емоційно-ціннісного ставлення до дійсності» [122].

І. Д. Бех зазначає, що компетентнісний підхід сучасної освіти прийшов із західної педагогіки як вимога часу, пов'язаний з розвитком новітніх технологій, збільшенням конкуренції серед фахівців та на ринку праці, що стало відповіддю педагогічної науки на запити суспільства, та пов'язане з розвитком та формуванням індивідом необхідних життєвих компетенцій, що у педагогічній науці представлено як «ключові життєві компетентності». Завданням компетентнісного підходу в навчанні є формування на базі освітніх, вищих рівнів компетентності суб'єктів навчання, «де орієнтована наукова основа дії визначає логіку її практичного виконання, яка полягає в інтелектуально-моральній саморегуляції, спрямованій на ефективне вирішення суб'єктом певних життєвих дій» [8].

З компетентнісним підходом тісно пов'язаний особистісно орієнтований підхід у навчанні, що спрямований на розвиток особистісних якостей на основі загальнолюдських цінностей. На важливість особистісно орієнтованого підходу як базового вказує І. Д. Бех та вважає його виховним, що забезпечує морально-

духовний розвиток, свідомість і розуміння сенсу життя, життєвої позиції, своєї ролі й обов'язків перед суспільством. Оцінкою ж особистісного розвитку суб'єкта є його вчинки. На думку науковця, особистісно орієнтований підхід повинен повністю асимілюватись з компетентнісним. «Тож морально-духовна досвідченість особистості, яка передбачається компетентнісним підходом, безпосередньо пов'язана з використанням ідей особистісно орієнтованого виховання, за якого вихованець є суб'єктом суспільно значущої поведінки як істотної складової суспільної практики» [8].

А. В. Хуторський зазначає, що компетентнісний підхід тісно пов'язаний з особистістю учня і може бути реалізований тільки в процесі виконання ним певного комплексу робіт. Компетентнісний підхід акцентує увагу на результатах освіти, причому результатом освіти є не сума засвоєних знань, а здатність людини діяти у різних проблемних ситуаціях [127, с. 55-61]. Однією з найважливіших переваг компетентнісного підходу є його практичне спрямування й особистісно орієнтована освіта, коли замість «сухих» теоретичних знань слухач формує практичні компетентності. Зміст засвоєних дисциплін тісно пов'язаний між собою, дисципліни вивчаються в комплексі, тобто учень не вивчає їх, ізольованих одна від одної, які не будуть важливими в практичній діяльності. Учень сам бере активну участь у програмі свого навчання, шукає способи отримання інформації, забезпечує діяльнісно-творчий аспект освіченості та сам обирає, чим підтвердити рівень своїх компетентностей [135, с. 16-22].

На думку Н. М. Бібік, для реалізації компетентнісного підходу та формування компетентності більш ефективний не підтримувальний, а інноваційний тип навчання, а його основою є особистісно орієнтована освіта, що має такі ознаки [102, с. 46-47]:

- суб'єкт-суб'єктне гуманне співробітництво всіх учасників навчального процесу;
- діагностично-стимуляційний спосіб організації навчального пізнання;
- діяльнісно-комунікативна активність учня;

- проектування викладачем індивідуальних досягнень учнів у всіх видах діяльності, сенситивного їх розвитку;
- врахування у змісті, методиках, системі оцінювання широкого діапазону особистісних потреб і можливостей у здобутті якісної освіти.

Впровадження компетентнісного підходу як засобу модернізації змісту вищої медичної освіти вимагає ряду умов: визначення конкретного переліку і змісту ключових компетенцій майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я; встановлення відповідності базових компетенцій професійно-орієнтованим дисциплінам; відбору змісту дисциплін, що забезпечить формування і розвиток компетентностей; розробки системи контролю за їх формуванням; визначення мети і змісту навчання; забезпечення умов для її реалізації; створення й впровадження ефективної організації навчання та нових технологій навчання [33, с. 47]. Метою ж медичної (фармацевтичної) освіти, яка базується на компетентнісному підході є не тільки отримання знань із базових і медичних дисциплін, а й навчити умінню вчитися, а саме [136, с. 322]: вчитися і вирішувати проблеми у сфері професійної діяльності; вибирати необхідні джерела інформації; оцінювати отримані результати; організовувати свою діяльність; співпрацювати з іншими; навчити орієнтуватися у світі духовних цінностей; навчити вирішувати проблеми, пов'язані з реалізацією певних соціальних ролей (громадянина, члена сім'ї тощо); вирішувати аналітичні проблеми, знаходити оптимальні способи досягати поставленої мети, тобто подальшому розвитку ключових компетентностей та формування професійної компетентності майбутнього медика. Результати сформованості компетентності визначаються бажанням і здатністю вчитися самостійно, пошуку інформації та можливості застосування набутих знань, здатності приймати самостійні рішення, розвивати творчі здібності та самовдосконалюватись.

Розглядаючи проблему розвитку загальних компетентностей майбутніх лікарів (медичні знання, догляд за пацієнтами, практичне навчання та вдосконалення, міжособистісні та комунікативні навички, професіоналізм, системна практика), Я. А. Кульбашна вказує на важливість компетентнісного підходу у їх формуванні [57, с. 114]. Автор погоджується з думкою С. О. Сисоевої, яка вказує, що компетентнісний

підхід спрямований на формування компетентності особи, яка є її особистісним капіталом і результатом навчання, що остаточно розвивається і формується у процесі практичної діяльності та забезпечує компетентнісний підхід до вирішення професійних завдань [106, с. 36-47].

На основі праць українських науковців (О. Я. Савченко, Н. М. Бібік, Л. С. Ващенко, О. В. Овчарук, О. І. Пошетун та ін.), які розробили теоретичні та прикладні питання запровадження компетентнісного підходу в освіту України, визначені ключові компетентності майбутнього лікаря [10]: 1) навчальна (належна теоретична фахова підготовка, вироблення практичних умінь і навичок професійної діяльності та здобуття певного досвіду для роботи за спеціальністю); 2) громадянська (нагромадження здатності у сфері суспільно-політичного життя, уміння захистити власні права і обов'язки як громадянина і як кваліфікованого фахівця, що потребує ґрунтовної професійної підготовки, яка є основою професійної компетентності майбутнього лікаря); 3) загальнокультурна (розвиток культури особистості та суспільства у різних аспектах, зокрема у професійному); 4) інформаційна (здатність орієнтуватися не тільки в інформаційному просторі взагалі, а ще й володіти та оперувати інформацією стосовно професійної діяльності і перспектив професійного зростання); 5) соціальна (сформованість здатності функціонувати в соціумі як члена різних соціальних груп (у тому числі, й професійних), уміння співпрацювати з усіма іншими представниками трудового колективу); 6) здоров'язберігаюча (спрямованість на збереження фізичного, соціального, психічного та духовного здоров'я людини як основної цінності суспільства). Проте найбільш важливою компетентністю майбутнього медика є його професійна компетентність, що формується з компетенцій та охоплює досвід, знання, вміння, психологічну готовність майбутнього фахівця [117, с. 18].

Проблемі підготовки медичних кадрів в Україні та ролі компетентнісного підходу у формуванні їх професійної компетентності присвячені роботи вітчизняних фахівців, таких як О. П. Волосовець, В. В. Лазоришенця, В. М. Мороза, В. Г. Передерія, Я. А. Кульбашної, Ю. І. Колісник-Гуменюк. Обґрунтовуючи основи формування професійної компетентності майбутніх лікарів-стоматологів, Я. А.

Кульбашна наголошує на необхідності упровадження компетентнісного підходу і модернізації на його основі концептуальних засад формування компетентного фахівця [56, с. 7]. Автор вважає, що компетентнісний підхід посилює практичну орієнтованість освіти майбутнього медика, висуває на перше місце не знання та інформованість особи, яка навчається, а здатності їх систематизувати і вирішувати проблеми, які виникають у нетипових ситуаціях [56, с. 10]. Вивчаючи проблему предметних компетентностей з медичної деонтології як складової професійної компетентності майбутнього лікаря та визначаючи її як сукупність ціннісних орієнтацій, ставлень, знань, умінь та навичок майбутнього лікаря, подаючи її структуру (ціннісно-смілова, комунікативна, лідерська та організаторська нормативно-правова), О. В. Голік вказує, що формування визначеної компетентності можливе лише за умови реалізації компетентнісного підходу в навчанні [22, с. 7].

Розглядаючи професійну підготовку фахівців фармацевтичної галузі в Україні, В. Л. Сліпчук вказує на важливість впровадження компетентнісного підходу у навчанні майбутніх провізорів. Це викликане процесами модернізації вищої фармацевтичної освіти на європейському просторі, що спонукає до створення належних умов для якісної професійної підготовки фахівців фармацевтичної галузі: професійної компетентності, загальної освіченості і культури, комунікабельності, самостійності у прийнятті рішень та відповідальності за свої дії [110, с. 47]. Такої ж думки щодо важливості компетентнісного підходу дотримується і Б. П. Громовик, наголошуючи, що умовою його впровадження є модернізація фармацевтичної освіти, яка повинна полягати у «формуванні нового освітнього середовища, зокрема щодо запровадження у навчальний процес інформаційних, комунікаційних та аудіовізуальних технологій, полегшення доступу студентів і викладачів до структурованих навчально-методичних матеріалів, навчальних мультимедійних комплексів вищих навчальних закладів, забезпечення можливості зв'язку студента з викладачем, отримання консультації в онлайн-овому або офлайн-овому режимах» [27, с. 18].

В. П. Черних визначає головні принципи компетентнісного підходу в освіті майбутнього провізора [132, с. 108]:

- освіта з метою ефективної інтеграції людини в суспільство, адаптації та подальшого особистісного розвитку на основі засвоєння соціально значущих компетентностей;
- оцінювання для надання можливості здобувачеві освіти планувати свої освітні результати й удосконалювати їх у процесі постійного професійного розвитку;
- організація та осмислення самостійної діяльності здобувачів освіти на основі власної мотивації та відповідальності за результати;
- участь роботодавців в оцінюванні якості підготовки здобувачів вищої освіти спеціальності «Фармація» до професійної діяльності та соціальної відповідальності за результати роботи.

О. Ю. Лисенко розкрила зміст професійної компетентності провізора, що розглядається як інтегральна якість фахівця, яка відображає його професійні знання, вміння й навички, особистісні якості, цінності та поведінкові характеристики, що зумовлюють можливість ефективної та кваліфікованої професійної діяльності й ефективного фармацевтичного забезпечення населення, спрямованого на збереження й укріплення здоров'я громадян й визначила компоненти професійної компетентності (мотиваційно- аксіологічний, когнітивний, професійно-діяльнісний, соціально-особистісний). Автор вказує, що формування необхідних для ефективної професійної діяльності компетентностей (комунікативна, психологічна компетентність, професійно-орієнтована мовна компетентність, діагностична компетентність та інші) можливі лише за умови компетентісного підходу до навчання [146, с.72-73]. Важливого значення у формуванні професійної компетентності майбутнього провізора набуває розвиток особистісно-діяльнісного та соціально-особистісного компонентів, які сприяють формуванню здатності провізора до вирішення складних і нестандартних ситуацій, психологічної стійкості, стресостійкості, формуванню лідерських якостей, ефективної комунікації у робочому колективі.

Соціально-особистісні компетентності – це багатокompонентне утворення, що сприяє саморозвитку та самореалізації особистості, можливості вирішення життєвих та професійних проблем у соціальній взаємодії та включає особистісну (готовність

до саморозвитку, самовдосконалення, самореалізації, вміння продуктивного планування власного часу), комунікативну (вміння спілкуватись в робочому колективі, з клієнтом, з іншими членами суспільства, вміння прислухатись та сприйняти іншу думку, переконати у правоті власної, вміння конструктивно вирішувати спірні та конфліктні ситуації), інформаційну (вміння користуватись новітніми технологіями, знаходити, критично сприймати, аналізувати та синтезувати нову інформацію та ефективно її застосовувати у своїй професійній діяльності). Соціально-особистісні компетентності – це «сукупність компетентностей, що відносяться до самої людини як до особистості і до взаємодії особистості з іншими людьми, групою і суспільством» [103].

Щодо підготовки провізорів з надання першої долікарської допомоги – таких робіт в Україні не було опубліковано. Всі попередні роботи були присвячені історичним аспектам професійної підготовки фахівців фармацевтичної галузі в Україні та ролі компетентнісного підходу у формуванні професійної компетентності фахівців з фармації. Разом з тим, не розглядався компетентнісний підхід у формуванні компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

Ми поставили за мету розкрити проблему формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів як обов'язкової складової професійної компетентності на основі компетентнісного підходу у навчанні під час вивчення розділу «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях» курсу «Клінічна фармація».

Специфіка професійної діяльності провізора доволі часто пов'язана з тісним контактом з категорією пацієнтів, які мають органічну патологію важливих для життя органів та систем (центральної нервової, дихальної, серцево-судинної) організму. Варто визнати, що внаслідок ряду причин, а саме: низького рівня загальної культури та рівня обізнаності пацієнтів щодо проблеми та стану свого здоров'я, недотримання (низького комплаєнсу) призначень лікаря, на жаль, не завжди адекватним призначенням лікуванням (низька компетентність медиків), ця категорія пацієнтів є частими відвідувачами аптечних закладів. Значна частина з них

звертається до аптеки щодо поради у зв'язку із загостренням хронічної патології, деякі із них обтяжені ризиком зупинки кровообігу. Крім того, з цією категорією людей та з випадками внаслідок дії сторонніх причин (травми, отруєння, нещасні випадки) провізор може зустрітися поза робочим місцем (вулиця, у побуті, близькі люди). Тому професія провізора потребує володіння основами здоров'язберігаючих технологій і формування необхідних компетентностей, зокрема: мотиваційно-ціннісних (особистісні цінності, усвідомлення та мотиви щодо необхідності опанування знаннями та практичними навичками, що дасть можливість якісно надати першу долікарську допомогу у разі необхідності); знаннєво-практичних (знань, умінь та навичок з надання першої долікарської допомоги й умінням застосувати їх у випадку необхідності); особистісно-психологічних (особистісних якостей та психологічних характеристик майбутнього провізора, які дають можливість надати та впливатимуть на якість надання першої долікарської допомоги); організаційно-комунікаційних (здатність майбутнього провізора організувати надання якісної першої долікарської допомоги, ефективно спілкування, комунікація, що покращить надання першої долікарської допомоги, збір та передача інформації про хворого та потерпілого медичним працівникам), що складатимуть компетентність провізора до надання першої долікарської допомоги.

Якість підготовки майбутнього провізора (сформована компетентність) до надання першої долікарської допомоги залежить від багатьох чинників, зокрема: фаховості викладачів, мотивації інтернів до навчання, методичного забезпечення навчального процесу, матеріального забезпечення (засоби візуалізації, муляжі, багатофункціональні манекени, засоби для моделювання достовірності симуляції), застосування сучасних технологій навчання. Перспективність компетентнісного підходу полягає в тому, що він дає можливість підготувати провізора до надання першої долікарської допомоги за умови визначеної мети та змісту навчання, фахової компетентності викладача, впровадження інтерактивних технологій і активних методів навчання з особистісно орієнтованим підходом до освіти інтерна з урахуванням його запитів, мотивів та попереднього досвіду.

Таким чином, лише за умови провадження компетентнісного підходу як основи сучасної освіти, з визначеною метою і змістом навчання, створеними умовами для реалізації навчальних цілей, ефективною організацією навчання із застосуванням інтерактивних технологій та активних методів навчання, особистісно орієнтованим підходом у навчанні дає можливість ефективно сформувати компетентність з надання першої долікарської допомоги у майбутнього провізора.

1.4. Сучасний стан підготовки майбутніх провізорів до надання першої долікарської допомоги

На сучасному етапі розвитку країни, що характеризується активними розбудовчими, реформаторськими процесами в суспільно-економічних відносинах, спрямованими на підвищення рівня та тривалості життя населення, посиленням конкуренції на ринку праці, спрямуванням національного господарства у напрямку євроінтеграції, постають підвищені вимоги до кваліфікації фахівців охорони здоров'я. У цьому контексті особливої уваги потребує система професійної підготовки фахівців фармацевтичного сектору, що є одним із найбільш індустріалізованих та економічно розвинутих невід'ємних компонентів системи охорони здоров'я [73, с. 7]. Адже, як свідчать результати соціологічного дослідження, проведеного О. Ю. Лисенко (ставлення студентів фармацевтичних факультетів до обраної спеціальності), лише 12,1%, з числа опитаних майбутніх провізорів (N=386) бажають бути корисними людям та сприяти розбудові системи національного фармацевтичного забезпечення, у той час як більшість розглядає майбутню професію виключно як засіб швидкого досягнення матеріальної стабільності та не асоціює себе з працівниками охорони здоров'я [65, с. 83].

Як відомо, основними суспільними цінностями розвинутих демократичних країн є здоров'я й благополуччя, рівень та тривалість життя їх громадян. Україна прямує до спільноти європейських демократичних держав і традиційно сповідувала європейські цінності. Історично в Європі та Україні зокрема саме медики є основними носіями морально-етичних та духовних цінностей, тому суспільство покладає особливі вимоги до виконання професійних обов'язків медичними

працівниками, незалежно від рівня їх освіти та фаху. Під час трагічних подій, що відбулися в Україні восени 2014 року, медичні працівники проявили найкращі громадянські риси: патріотизм, моральність та духовність, готовність до самопожертви. Цьому підтвердженням є поява недержавних, некомерційних волонтерських рухів та об'єднань медиків з навчання пересічних громадян першій долікарській допомозі та проведення базових реанімаційних заходів, що відповідає сучасним вимогам суспільства. Особлива увага в наданні першої долікарської допомоги відводиться умінню проводити базові реанімаційні заходи. Актуальність даного питання зумовлена результатами досліджень, які проводились в Європі, де підтверджено збільшення кількості успішних реанімацій при проведенні їх випадковими свідками, що мали навички базових реанімаційних заходів (BLS), з використанням автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED) [145]. Для прикладу: в нашого найближчого сусіда – Республіки Польща курс невідкладної допомоги, включаючи базові реанімаційні заходи (BLS) та уміння користування автоматичним зовнішнім дефібрилятором (AED), є обов'язковим у всіх вищих медичних навчальних закладах, незалежно від спеціальності за якою проходять навчання студенти, також даний курс поширився на пересічних громадян (за даними статистики, понад 25% дорослого населення Республіки Польща пройшли навчання з базових реанімаційних заходів (BLS) із застосуванням автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED)) [139].

Будучи невід'ємною складовою системи охорони здоров'я в Україні, провізори повинні уміти якісно надати першу долікарську допомогу, що виходить з існуючої законодавчої бази у сфері охорони здоров'я, яка регламентує професійну діяльність медиків і провізорів зокрема, а саме статті 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2108 (зі змінами та доповненнями) щодо обов'язку фармацевтичних працівників «безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях», а також «постійно підвищувати рівень професійних знань і майстерності» (пункти б та д). В цих умовах особливої уваги потребує питання аналізу професійної компетентності

вітчизняних провізорів як безпосередніх представників медичної галузі, в тому числі з надання першої долікарської допомоги. Дане питання повстало у зв'язку з існуючою проблемою комерціалізації фармацевтичної галузі, що призвело до формування умов, коли провізори не завжди ототожнюють себе з системою охорони здоров'я та медициною загалом, розглядають свою професію лише як процес реалізації товару (ліків), а робоче місце – як магазин (заклад торгівлі). Порушення професійної етики та деонтології, усвідомлення своєї професії лише як відпуск медикаментів, подання рекомендацій по лікуванню та превалювання прагматичних цінностей, що сприяють розповсюдженню практики самолікування, призводять до погіршення стану здоров'я населення України, зокрема за рахунок збільшення кількості алергічних та хронічних захворювань [73, с. 320].

Таким чином, ми можемо стверджувати про державну пріоритетність особистісного та професійного вдосконалення медичних працівників і майбутніх провізорів зокрема як повноцінних представників сфери охорони здоров'я, метою яких є профілактика захворювань, збереження здоров'я громадян та надання якісної медичної допомоги, яка б відповідала європейським стандартам, як індикатора розвинутого демократичного суспільства.

У своєму дослідженні ми поставили за мету проведення аналізу щодо рівня підготовки з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів та способів оптимізації навчальних планів і програм підготовки під час післядипломної освіти для формування стійких навичок з надання першої долікарської допомоги, виходячи з вимог суспільства.

З цією метою розглянемо систему професійної підготовки майбутніх провізорів в Україні. Нині у нашій державі є можливість щодо професійного навчання молоді у спеціалізованих середніх загальноосвітніх закладах, зокрема – профільних ліцеях [130, с. 34]. Подальше опанування фармацевтичної професії в Україні можливе за двома алгоритмами: навчання у професійному училищі або коледжі (що є першим етапом навчання у системі неперервної фармацевтичної освіти) на здобуття освітньо-кваліфікаційних рівнів «молодший спеціаліст», «бакалавр» і відповідної кваліфікації «молодшого спеціаліста фармації» чи

«фармацевта» та вступ до інституту, університету або академії для підготовки за програмою на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «спеціаліст» і кваліфікації «провізора». Додипломна підготовка майбутніх фахівців, що здійснюється у вищих навчальних закладах, триває 5 років – очна форма навчання, та 5,5 року – заочна. Водночас надзвичайно актуальною є можливість здобуття повної вищої освіти спеціаліста на умовах заочного навчання, за скороченим терміном (близько 2,5 року за наявності освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр» фармації та близько 4,5 року – рівням «молодшого спеціаліста» фармації), що нині є доступною в більшості вищих медичних закладах освіти України. На усіх рівнях освіти майбутніх фахівців фармацевтичної галузі (ліцеї, коледжі, інститути, університети), а також на післядипломному етапі підготовки обов'язковим є навчання з надання першої долікарської допомоги як частини навчальної програми.

Післядипломний етап професійної підготовки провізорів, що має назву післядипломної спеціалізації або інтернатури, здійснюється відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19 вересня 1996 р. №291 «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III–IV рівня акредитації медичних факультетів університетів» (зі змінами та доповненнями) та спрямований на формування самостійних професійних навичок і психофізіологічну адаптацію у молодих спеціалістів у трудовому середовищі.

Підготовка провізорів в інтернатурі проходить відповідно до «Типового навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) випускників Національного фармацевтичного університету і фармацевтичних факультетів медичних університетів зі спеціальності «Загальна фармація»», розробленого з урахуванням вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України №81 від 23 лютого 2005 р. «Про затвердження переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних навчальних закладів», згідно з яким навчання провізорів-інтернів є організаційно структурованим і передбачає послідовну підготовку під час очної та заочної частини навчання, під час яких передбачено підготовку на базі профільних кафедр вищих медичних навчальних

закладів та у підрозділах виробничих аптек, відповідно. Очна частина розрахована на 4 місяці навчання, що становить 624 години та передбачає засвоєння таких тематичних розділів: «Організація, управління та економіка фармації» (182 год.), «Фармацевтична технологія» (124 год.), «Клінічна фармація» (54 год.), «Фармацевтичний аналіз лікарських засобів» (118 год.), «Фармакогнозія» (36 год.), «Елементи практичної психології» (24 год.) та 68 год. спеціальної підготовки, зміст і сутність якої детально не конкретизовані.

У розділі «Клінічна фармація» («Типового начального плану і програми спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності «Загальна фармація»») для опанування провізорами навичок з надання невідкладної допомоги передбачено підрозділ «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях», що розрахований на 4 академічні години практичних занять і передбачає вивчення таких питань, як:

- симптоми анафілактичного шоку, невідкладна допомога;
- приступ бронхіальної астми, клінічні прояви та невідкладна допомога;
- транзиторний ішемічний напад, симптоми, невідкладна допомога;
- артеріальна гіпотензія, симптоми, невідкладна допомога;
- термічні опіки, обмороження, утоплення, отруєння чадним газом, клінічні прояви та невідкладна допомога;
- закриті та відкриті переломи верхніх і нижніх кінцівок, симптоми, невідкладна допомога;
- запаморочення, перегрів на сонці, синдром захитування, симптоми, невідкладна допомога.

При цьому в означеному чотиригодинному курсі відсутній такий важливий розділ, як опанування навичок базових реанімаційних заходів та користування AED (Automated External Defibrillator – автоматичний зовнішній дефібрилятор), які, на нашу думку, є надзвичайно важливими, такими, що достовірно впливають на прогноз та виживання пацієнтів у разі зупинки кровообігу.

Означене питання є надзвичайно актуальним з огляду на те, що основною причиною смерті в Європі, та й нашій країні зокрема, є раптова зупинка кровообігу, що часто є проявом ішемічної хвороби серця та інших захворювань системи

кровообігу, у 25-50% первинним механізмом зупинки кровообігу є дефібриляційні ритми (фібриляція шлуночків) [143, с. 81-99].

У декількох європейських дослідженнях, присвячених аналізу реанімаційних заходів, було доведено збільшення випадків успішної реанімації при застосуванні AED випадковими свідками зупинки кровообігу (не професійними рятувальниками) на догоспітальному етапі. Так, у залежності від умов, ефективність дефібриляції в перші 3-5 хв. варіює від 50 до 70%. Що стосується зволікань з початком проведення реанімаційних заходів та власне дефібриляції, то слід зазначити, що означена бездіяльність достовірно погіршує прогноз та ефективність реанімації [145].

З метою аналізу навчального плану професійної підготовки майбутніх провізорів під час навчання в інтернатурі, а також визначення дійсного рівня підготовки майбутніх провізорів щодо надання першої допомоги при невідкладних станах нами було проведене соціологічне дослідження методом анкетування [84, с. 119-123].

Типи та методи соціологічних досліджень описані в роботах різних фахівців в галузі соціології. Так Г. В. Дворецька [29, с. 359-360], М. К. Горшков і Ф. Е. Шерега [25, с. 13-15], в залежності від цілі проблеми, виділяють такі типи соціологічних досліджень: розвідувальні (пошукові), описові, аналітичні, експериментальні, разове і панельне дослідження та методи досліджень: контент-аналіз, спостереження, соціометрія, лінгвосоціологічні процедури, соціальний експеримент, опитування [61, с. 48]. Тип соціологічного дослідження визначається метою дослідження, яке проводиться, актуальністю проблеми та можливістю (способів) отримання інформації. Описові дослідження проводять тоді, коли визначено проблему дослідження, зібрані відомості (дані) щодо об'єкта дослідження, а дослідник знає характеристику (кваліфікацію) об'єкта дослідження та очікує на результат, в залежності від характеристики соціального об'єкта. Мета такого дослідження «полягає в одержанні емпіричних відомостей, які б давали відносно цілісне уявлення про досліджуване явище, його структурні елементи і за допомогою яких можна було б перевірити описову гіпотезу, а в разі її підтвердження зробити повний кількісний і якісний опис об'єкта». Для якісно проведеного соціологічного

дослідження повинна бути чітко визначена структуризація та класифікація об'єктів дослідження. Для проведення аналізу та формулювання висновків дослідження інформація збирається з допомогою анкетного чи монографічного обстеження, кореляційного аналізу (аналіз залежності між випадковими величинами) [29].

Для правильного та якісного проведення соціологічного дослідження мають бути виконані такі процедури: обов'язкова класифікація досліджуваного суб'єкта, збір та систематизація даних про предмет дослідження на основі вибіркового чи монографічного обстеження, анкетування, кореляційний аналіз. Основою соціологічного дослідження є методи збирання, обробки та аналізу отриманої соціальної інформації. Власне процедурою соціологічного дослідження є послідовність всіх дій з планування та структуризації дослідження і способів отримання та обробки інформації соціологічного дослідження (типів і методів соціологічного дослідження) [29, с. 360]. Найпоширенішим методом збору інформації від об'єкта дослідження є соціологічне опитування, що базується на основі комплексу заданих питань респондентові, а на практиці реалізується у вигляді проведеного анкетування. Поширеність цього методу пояснюється різноманітністю і якістю соціологічної інформації, яку можна отримати за його допомогою. Метод анкетування базується на поглядах окремих осіб і проводиться з метою виявлення найтонших особливостей у думках респондентів [66, с. 2].

Анкетування – «метод масового збору матеріалу за допомогою спеціально розроблених опитувальників, що називаються анкетами. Це різновид опитування, який передбачає заповнення респондентом власноруч спеціального бланку із запитаннями анкети, яка також містить інформацію соціально-демографічного характеру про респондента» [66, с. 2].

Анкета (від французького *enquete*): спеціально розроблений дослідниками (спеціалістами) опитувальний лист (картка) для отримання інформації шляхом опитування респондентів [24, с. 26]. Анкетування використовується при проведенні соціологічних, політичних, маркетингових досліджень для оцінки поточної ситуації (стану справ) або визначення перспектив (прогнозу) розвитку досліджуваних

процесів. Виділяють такі види анкетування: індивідуальне або групове (в залежності від кількості опитуваних), очне та заочне (поштове, пресове) [89].

Складаючи анкету, опитувач повинен пояснити мету і умови анкетування та врахувати морально-етичні норми поведінки, оскільки відповідь респондента є добровільною та з власним розумінням морально-етичних понять. Кожна анкета повинна складатись із трьох частин: вступна, основна частина та «паспортичка» і мати питання різних видів і різного рівня складності [81, с. 103].

Вчені мають різні думки з приводу класифікації питань анкет. С. С. Новикова подає таку класифікацію [81, с. 103]:

- за формою (закриті, відкриті, напіввідкриті, прямі, опосередковані);
- за конструкцією відповідей (дихотомічні («так», «ні»), поліваріантні, шкальні, питання-діалоги, питання ілюстрації);
- за цілями (змістові, функціональні, функціонально-психологічні, питання-фільтри, контрольні питання);
- та за змістом (питання про факти, питання про знання, питання про внутрішній стан (думки, ставлення)).

Закриті питання – це такі питання в анкеті, які мають декілька варіантів відповіді. Напівзакрите – містить перелік питань, які доповнюється відповіддю «інше». Відкрите питання – респондент самостійно формулює відповідь, в анкеті не передбачено жодних варіантів. Пряме запитання ставиться з метою отримати від респондента пряму відповідь на питання, опосередковане – дає можливість опитуваному висловити власну думку, дихотомічні питання мають взаємовиключний характер та передбачають відповіді «так – ні» [81, с. 103].

Анкетування передбачає включення питань для визначення мети та змісту, а також ставлення респондентів до проблеми дослідження, питання мають відповідати виключно цілям дослідження та формулюватися просто й зрозуміло для респондента.

Виходячи з ключових понять у педагогіці, проведене нами дослідження стосовно перевірки рівня теоретичних знань щодо надання першої долікарської допомоги серед майбутніх провізорів за своїм характером є аналітичним та

описовим і реалізувалось методом анкетування. Метод анкетування, на нашу думку, є простим, показовим, таким, що дає змогу оптимально розкрити цілі та проблематику дослідження й охопити велику кількість респондентів для більшої достовірності результатів.

З метою вивчення сучасного стану підготовки провізорів до надання першої долікарської допомоги нами було розроблено анкету, що містить 20 запитань, із них 14 питань закритого типу, 6 – напівзакритого, 6 питань мали характер контрольних та питань – фільтрів. Всі питання являлися прямими. Анкетування було анонімним. За допомогою даної анкети було опитано 386 респонденти (158 провізорів-інтернів фармацевтичного факультету НМУ імені О. О. Богомольця, 105 провізори-інтерни фармацевтичного факультету Івано-Франківського національного медичного університету, 123 провізорів-інтернів Національного фармацевтичного університету (102 з них мали попередню середню медичну освіту)), які успішно засвоїли матеріал, передбачений до опанування під час вивчення розділу навчального плану інтернатури за спеціальністю «Загальна фармація» «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях», що передбачає вивчення таких питань як: симптоми анафілактичного шоку, невідкладна допомога; напад бронхіальної астми, клінічні прояви та невідкладна допомога; транзиторний ішемічний напад, симптоми, невідкладна допомога; артеріальна гіпотензія, симптоми, невідкладна допомога; термічні опіки, обмороження, утоплення, отруєння чадним газом, клінічні прояви та невідкладна допомога; закриті та відкриті переломи верхніх та нижніх кінцівок, симптоми, невідкладна допомога; запаморочення, перегрів на сонці, синдром закачування, симптоми, невідкладна допомога. Для конкретизації цілей анкети було поділено на три блоки.

Перший блок із 7 питань був сформований таким чином, щоб оцінити ставлення до навчання з надання першої долікарської допомоги, виявити ступінь розуміння інтернами важливості вивчення дисципліни та актуальності проблеми в контексті професійної діяльності та у відповідності до вимог суспільства, оцінки якості подання матеріалу під час навчання в університеті. Другий блок питань передбачав безпосереднє визначення знань і компетентності інтернів щодо

проведення базових реанімаційних заходів під час серцево-легеневої реанімації у відповідності до міжнародних стандартів надання медичної допомоги. Третій блок питань був сформований з метою перевірки обізнаності інтернів-провізорів щодо надання першої долікарської та медичної допомоги, а також медикаментозного забезпечення (вибір оптимального лікарського засобу) при травмах та особливих ситуаціях, а також включав у себе три ситуаційних задачі.

За результатами анкетування, проведеного серед 386 провізорів-інтернів, які успішно засвоїли курс «Невідкладна медична допомога», передбачений навчальним планом інтернатури, було виявлено: 95,9% не в повній мірі володіють знаннями та навичками проведення базових реанімаційних заходів (час на пошуки ознак життя у пацієнтів із зупинкою кровообігу, співвідношення компресій та вентиляції, частота натискань грудної клітки за хвилину, глибина натискання грудної клітки). Варто зазначити, що виявлений рівень знань є абсолютно недопустимим, оскільки якість проведення базових реанімаційних заходів та якнайшвидша дефібриляція (у випадку провізорів вміння користуватись AED) є одними з небагатьох факторів, які сприятливо впливають на виживання пацієнтів із зупинкою кровообігу та збільшують відсоток пацієнтів, які вижили, що доведено клінічними дослідженнями. Зокрема на виживання пацієнтів впливає швидке підтвердження зупинки кровообігу (до 10 с – 22,9% вірних відповідей), якнайшвидший початок реанімації, високої якості натискання грудної клітки (100-120 за хвилину – 37,5% правильних відповідей), глибина натискання (5 – 6 сантиметрів – 22,9% вірних відповідей) та вентиляція (співвідношення 30:2, – 47,9% правильних відповідей), використання AED (39,6% правильних відповідей). А правильну відповідь щодо часу на підтвердження зупинки кровообігу, співвідношення натискань та вентиляції, частоти та глибини натискань грудної клітки дали лише 4,1% опитаних респондентів, що дало б можливість правильно та в повному обсязі провести базові реанімаційні заходи.

60,4% опитуваних невірно обирає тактику дій у випадку раптової зупинки кровообігу: оскільки найшвидша доставка AED та швидке проведення дефібриляції є являється ключовим кільцем «ланцюга виживання». Адже основною причиною

смертності в розвинутих країнах і в Україні є хвороби серцево-судинної системи, а раптова зупинка кровообігу часто є проявом ішемічної хвороби серця та інших захворювань системи кровообігу, приблизно в 50% первинним механізмом зупинки кровообігу є дефібриляційні ритми (фібриляція шлуночків) [145]. У декількох європейських дослідженнях, присвячених аналізу реанімаційних заходів було доведено збільшення випадків успішної реанімації при застосуванні AED випадковими свідками зупинки кровообігу (не професійними рятувальниками) на догоспітальному етапі. Так, у залежності від умов, ефективність дефібриляції в перші 3–5 хв. варіює від 50 до 70%. Що стосується зволікань з початком проведення реанімаційних заходів та власне дефібриляції, то слід зазначити, що означена бездіяльність достовірно погіршує прогноз та ефективність реанімації [145, с. 372].

95,9% опитаних неправильно вибрали заходи щодо надання невідкладної допомоги при травмах (розпізнавання видів кровотеч, ефективних способів зупинки кровотеч) та тактики у випадку травми. Це є недопустимим, адже травми посідають друге місце серед причин смертності в Україні, хоча варто відзначити, що 77,1% респондентів вірно обрали тактику надання допомоги при артеріальній кровотечі, адже гіповолемія (крововтрата) є основним патогенетичним чинником травматичного шоку, і невірно обрана тактика та недостатній контроль зовнішньої масивної кровотечі достовірно призводить до зменшення виживання у травмованих [134].

Лише 11,8% анкетованих змогли визначитись із причиною критичного стану пацієнта та надати коректне й правильне медикаментозне лікування, що свідчить про недостатню як професійну (клінічна фармакологія) компетентність, так і про те, що анкетовані майбутні провізори не володіють достатніми знаннями й уміннями з надання першої долікарської допомоги. Адже неправильно обране медикаментозне лікування при невідкладних станах може нашкодити та погіршити стан пацієнта.

Аналіз першого блоку питань, що спрямовувалися на визначення мотивації та розуміння потреби в наданні першої долікарської допомоги та реанімаційних заходів, виявив високу вмотивованість майбутніх провізорів, розуміння проблеми та

незадоволеність якістю, методами, а також формами навчання невідкладній допомозі.

Результати анкетування щодо рівня теоретичних знань та практичних навичок з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів представлені у додатку А та рисунку 1.2.

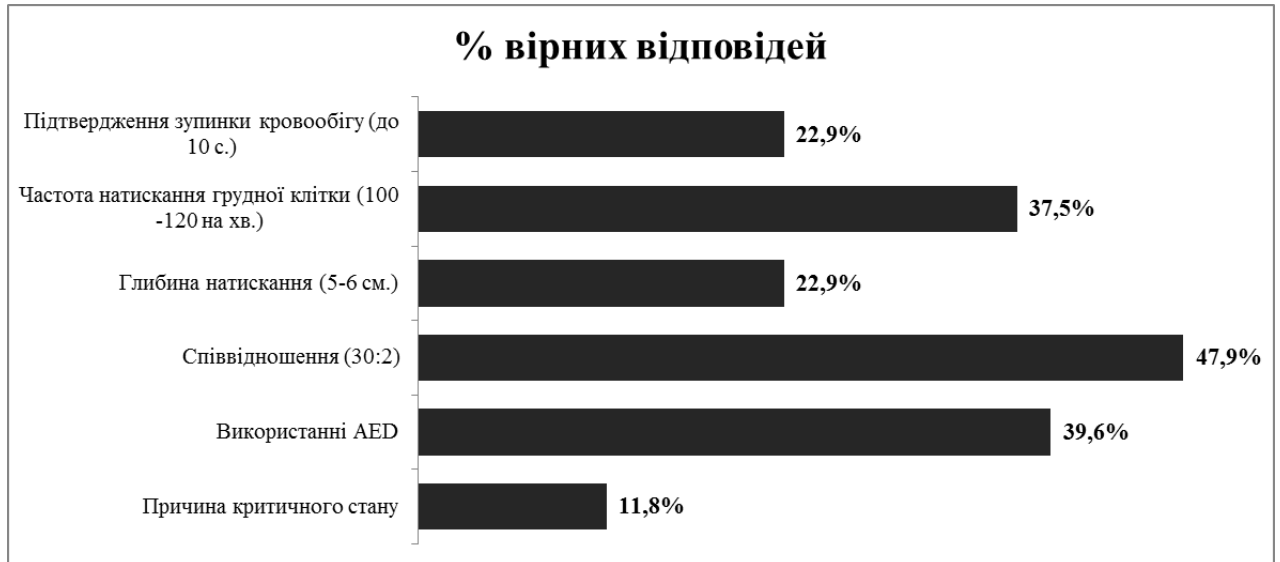


Рис. 1.2. Сучасний стан підготовки провізорів до надання першої долікарської допомоги

На основі результатів анкетування нами було прийняте рішення про більш глибоке дослідження проблеми формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. Зокрема на основному етапі (реалізація) роботи нами було проведене дослідження щодо визначення мотивації до навчання, рівня знань та умінь провізорів-інтернів до надання першої долікарської допомоги. Для цього було проведено анкетування двох груп провізорів-інтернів у кількості 199 осіб, які проходили навчання у 2015 – 2017 рр. на базі Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця. Провізори-інтерни були розділені на дві групи. В одній групі (у кількості 95 осіб) навчання з надання першої долікарської допомоги проводилось за типовим навчальним планом і програмою зі спеціальності «Загальна фармація». В іншій групі (у кількості 104 осіб) проведення навчання планувалось за розробленою нами програмою та методикою.

Порівняння результатів анкетування обох груп провізорів-інтернів перед початком вивчення курсу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» «Типового навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності «Загальна фармація» не показала істотних відмінностей щодо рівня знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів в обох групах.

Варто відзначити, що результати оцінювання мотивації свідчать про достатній рівень вмотивованості майбутніх провізорів до навчання з надання першої долікарської допомоги та надання її у випадку необхідності. Так, 91,6% провізорів-інтернів першої та 93,4% другої групи вважають курс з надання невідкладної допомоги обов'язковим для опанування, а надання першої долікарської допомоги провізором вважають обов'язком 92,6% опитаних у першій групі та 92,3% респондентів другої групи.

Оцінка рівня знань та умінь з надання першої долікарської допомоги показала низький рівень, про що свідчать такі дані: 82,4% провізорів-інтернів першої групи та 82,7% другої не знали ознак зупинки кровообігу; 78,9% першої та 77,9% другої групи не знали часу на підтвердження зупинки кровообігу; 63,2% у першій групі та 61,5% у другій не орієнтувались у тактиці, а 72,6% провізорів-інтернів першої та 71,2% другої групи не знали алгоритму проведення базових реанімаційних заходів; 94,7% інтернів у першій та 95,2% у другій групі не орієнтувались у тактиці та способах надання допомоги у випадку дії зовнішніх факторів (травми, отруєння), лише 53,7% у першій групі та 54,8% провізорів-інтернів у другій могли правильно вибрати методи зупинки кровотеч. 89,5% провізорів-інтернів першої групи та 88,5% інтернів другої не змогли визначитись із причиною критичного стану у пацієнта, лише 5,3% інтернів у першій та 3,8% у другій групі змогли визначитись з коректним та доступним для даного фахівця медикаментозним лікуванням у випадку невідкладного стану, тільки 6,3% провізорів-інтернів першої та 6,7% другої групи знають тактику та уміють працювати з AED у випадку зупинки кровообігу. Отримані результати вказують на незадовільний рівень знань, отриманих на

додипломному етапі освіти, що не дає можливості якісно надати першу долікарську допомогу.

Про недостатній рівень особистісно-психологічних якостей провізорів-інтернів, які би дали можливість якісно надати першу долікарську допомогу, говорить те, що за даними анкетування лише 52,6% респондентів першої групи та 51,9% другої вважали себе здатними прийняти швидке й нестандартне рішення, зорієнтуватись в ситуації, що дасть можливість надати першу долікарську допомогу, а 8,4% майбутніх провізорів із першої та 9,6% другої групи вважають, що курс з невідкладної допомоги під час навчання в інтернатурі зайвим та непотрібним, а надання невідкладної допомоги провізором не вважають за обов'язок.

Оцінюючи організаторські та комунікаційні якості майбутніх провізорів, можемо констатувати про їх недостатній рівень, про що свідчать дані анкетування. Так, здатними організувати роботу в команді у випадку надання допомоги хворим та потерпілим виявились 69,5% респондентів першої групи інтернів та 69,2% у другій групі, а ефективно комунікувати (збір, систематизація, передача інформації) з хворим/потерпілим, оточенням, представниками рятувальних служб – 21,1% провізорів-інтернів першої групи та 22,1% другої відповідно.

Окрім того, за результатами проведеного анкетування, задоволеними структурою занять та методологією подачі інформації з навчання першої долікарської допомоги на додипломному етапі навчання були лише 50,5% провізорів-інтернів у першій групі та 50,0% респондентів у другій. Результати дослідження сформованості компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів представлені у таблицях 3.3 – 3.6 розділу додатків.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можемо констатувати незадовільний стан підготовки з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. За результатами роботи нами з'ясовано, що майбутні провізори мають достатню мотивацію та розуміння потреби щодо навчання з надання першої долікарської допомоги та проведення реанімаційних заходів хворим і потерпілим при виникненні такої потреби, проте мають незадовільний рівень знань, умінь та

практичних навичок, низьку готовність до надання допомоги, а у випадку необхідності її надати більшість майбутніх провізорів виявились не здатними до організації ефективної роботи в команді та показали незадовільні комунікативні якості. Низький рівень знань із надання першої долікарської допомоги, після засвоєння курсу «Невідкладна медична допомога», очевидно, може бути поясненим неналежним рівнем подачі інформації та недосконалими формами і методами проведення занять, про що свідчать дані анкетування. Це потребує не лише роботи з інтернами по формуванню морально-етичних якостей та мотивації до набуття знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, а й розробки й оптимізації форм і методів навчального процесу, створення нового плану та структури занять.

Висновки до першого розділу

У розділі розкрито сучасні вимоги до організації підготовки фахівців з фармації; визначено сутність та зміст базових понять дослідження; розкрито роль компетентнісного підходу як основи сучасної підготовки майбутнього провізора; з'ясовано сучасний стан підготовки майбутніх провізорів до надання першої долікарської допомоги.

Сучасним напрямом медичної та фармацевтичної освіти в країнах Європи і в Україні є перехід від інформаційно-накопичувальної до компетентнісної, особистісно-орієнтованої моделі, яка відображає систему професійних знань, умінь та навичок, особистісно-поведінкових якостей, об'єднаних гуманним ставленням до пацієнта.

Аналізуючи сучасні напрями розвитку та вимоги до фармацевтичної післядипломної освіти, можна зробити висновок про віддаленість післядипломної підготовки майбутніх провізорів від практичної фахової діяльності, недостатню спрямованість навчання на формування професійної компетентності та її складових, зокрема компетентності з надання першої долікарської допомоги, недостатнє впровадження компетентнісної та особистісно-спрямованої моделі сучасної освіти,

що формує систему професійних знань, умінь та навичок, особистісно-поведінкові якості, об'єднані гуманним ставленням до людини.

Проблемою професійної підготовки фахівців фармацевтичної галузі присвячені роботи вітчизняних науковців, зокрема: О. П. Волосовця [20], Л. Г. Кайдалової [46], І. Д. Бойчука [11], В. П. Черних [133], В. Л. Сліпчук [110]. На думку вітчизняних вчених, фармацевтична освіта України потребує модернізації, удосконалення змісту освіти у контексті Болонського процесу; широкого впровадження нових технологій і форм освіти; забезпечення інтеграції фармацевтичної науки і практики; удосконалення післядипломної освіти [109, с. 63]. Процеси модернізації вищої фармацевтичної освіти, відповідно до європейських стандартів, прискорюють створення належних умов для якісної підготовки фахівців: професійної компетентності, загальної освіченості і культури, комунікабельності, самостійності у прийнятті рішень та відповідальності за свої дії [109, с. 64]. Ці моделі освіти вимагають оновлення методичних підходів, впровадження нових методів навчання, широкого застосування інтерактивних методів, що спонукало би до творчої діяльності інтернів, розвитку креативності, нестандартного мислення у вирішенні складних та надзвичайних ситуацій. Сучасна фармацевтична освіта спрямована не лише на оновлення програми, змісту, форм та методів навчання, а й на розуміння професійної підготовки майбутнього провізора як неперервної, спрямованої на розвиток творчої особистості, здатної до саморозвитку та навчання впродовж життя [104, с. 344], тобто неперервної професійної підготовки, основними принципами якої є: науковість змісту та методів навчання, доступність, систематичність й послідовність, ступеневість, гуманізація та гуманітаризація, орієнтація змісту на майбутню спеціальність, практична спрямованість навчання, індивідуалізація, диференціація, гнучкість і партнерство, випереджальне навчання [48, с. 42].

Теоретичний аналіз таких понять як «компетентність», «професійна компетентність», «компетентнісний напрям» сучасної освіти показав, що компетентність науковцями розглядається як ступінь кваліфікації працівника, яка дозволяє успішно вирішувати завдання, що стоять перед ним, та визначає здатність

його якісно і безпомилково виконувати свої функції як у звичайних, так і в екстремальних умовах, успішно освоювати нове і швидко адаптуватися до умов, що змінюються (Л. В. Балабанова); особливий тип організації предметно-специфічних знань, що мають бути різноманітними, структурованими та гнучкими, оперативними і доступними, конструктивними та можуть бути застосовані в нових ситуаціях, що дозволило б приймати рішення у відповідній галузі діяльності (М. О. Холодна), «особистісна інтегрована якість людини (її капітал), що формується на етапі навчання, остаточно оформлюється і розвивається у процесі практичної діяльності та забезпечує компетентнісний підхід до вирішення професійних завдань» (С. О. Сисоева). Професійна компетентність визначається дослідниками як інтегративна якість, здатність, що базується не лише на певному обсягу знань, умінь і навичок, а й передбачає особисті якості індивіда, що забезпечують знаходження необхідних знань та способу дії у певній ситуації (З. Н. Курлянд); «найвищий рівень професійної майстерності, що поєднує знання, уміння, рівень розвитку здібностей, результатів і способів діяльності, норми поведінки, а також внутрішні мотиви людини та дозволяє досягти високих результатів професійної діяльності» (Н. Х. Баловсяк).

Професійна компетентність провізора розглядається як інтегральна якість фахівця, яка відображає його професійні знання, вміння й навички, особистісні якості, цінності та поведінкові характеристики, що зумовлюють можливість ефективної та кваліфікованої професійної діяльності й ефективного фармацевтичного забезпечення населення, спрямованого на збереження й зміцнення здоров'я громадян (О. Ю. Лисенко). Компетентність провізора з надання першої долікарської допомоги нами визначається як інтегральна сукупність особистісних і професійних якостей провізора, набутих у результаті навчання, що відображають рівень його теоретичних знань і практичних навичок, морально-етичних якостей, особистісних рис, спрямованих на надання адекватної та якісної першої долікарської допомоги хворим та потерпілим, у разі необхідності, до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги.

Компетентнісний напрям сучасної освіти є методологічним підходом у педагогіці, ціллю якого є формування на базі освітніх, вищих рівнів компетентності суб'єктів навчання, «де орієнтована наукова основа дії визначає логіку її практичного виконання, яка полягає в інтелектуально-моральній саморегуляції, спрямованій на ефективне вирішення суб'єктом певних життєвих дій» (І. Д. Бех).

У розділі визначено, що впровадження компетентнісного підходу як основи сучасної освіти з визначеною метою і змістом навчання, створеними умовами для реалізації навчальних цілей, ефективною організацією навчання із застосуванням інтерактивних технологій та активних методів навчання, особистісно орієнтованим підходом у навчанні дає можливість ефективно сформувати компетентність з надання першої долікарської допомоги у майбутнього провізора.

Проведено аналіз сучасного стану підготовки провізорів до надання першої долікарської допомоги. З'ясовано, що майбутні провізори мають достатню мотивацію та розуміння потреби щодо навчання з надання першої долікарської допомоги та проведення реанімаційних заходів хворим і потерпілим при виникненні такої потреби, проте мають незадовільний рівень знань, умінь та практичних навичок, низьку готовність до надання допомоги, а у випадку необхідності її надати більшість майбутніх провізорів виявились нездатними до організації ефективної роботи в команді та показали незадовільні комунікативні якості. Це потребує не лише роботи з інтернами по формуванню морально-етичних якостей та мотивації до набуття знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, а й розробки і оптимізації форм та методів навчального процесу, створення нового плану й структури занять.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аболіна Т. Г., Нападиста В. Г., Рихліцька О. Д. та ін. Прикладна етика : навч. посіб.; за наук. ред. В. І. Панченко. Київ : «Центр учбової літератури», 2012. 392 с.
2. Акимов С. С. Готовность бакалавров технологического образования к научно-исследовательской деятельности. *Информационные технологии в образовании: VIII открытая научно-практическая конференция студентов и аспирантов.* Санкт-Петербург : издательство СПбГУИТМО. 2005. С. 15-17.
3. Арыстанов Ж. М. Модернизация фармацевтического образования в рамках Болонского процесса. *Фармация Казахстана: интеграция науки, образования и производства:* матер. междунауч.-практ. конф. Шымкент, Казахстан, 2009. С. 12–14.
4. Астахова В. Система освіти України в пошуках відповідей на глобальні виклики епохи. *Харківський гуманітарний університет «Народна українська академія».* URL: <http://library.uipa.kharkov.ua>.
5. Балабанова Л. В., Сардак О. В. Управління персоналом: навч. посіб. К: ВД «Професіонал», 2006. 512 с.
6. Баловсяк Н. Інформаційна компетентність у системі ключових компетенцій особистості // Н. Баловсяк. // Професійна підготовка та інноваційні процеси у навчально–виховних закладах. – Харків. – 2004. – С. 6–15.
7. Банчук М. В., Волосовець О. П., Фещенко І. І. та ін. Безперервний професійний розвиток лікарів та провізорів та якість підготовки фахівців у сфері охорони здоров'я. *Проблема безперервного професійного розвитку лікарів і провізорів :* матеріали наук.-метод. конф. з міжнародною участю. Київ, 2007. С. 3–9.
8. Бех І. Д. Компетентнісний підхід як освітня стратегія. *Компетентнісний вимір особистісного зростання учнівської молоді: теорія, практика, досвід:* матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 10-11 квітня 2012, С. 6-13.
9. Бібік Н. М. Компетентність і компетенції у результатах початкової освіти. *Початкова школа.* 2010. № 9. С. 1–4.

10. Бібік Н. М. Компетентнісний підхід: рефлексивний аналіз застосування. *Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи: Бібліотека з освітньої політики / за ред. О. В. Овчарук. Київ: К.І.С., 2004. 112 с.*
11. Бойчук І. Д. Передумови виникнення та становлення системи підготовки фармацевтів в Україні. *Педагогіка і психологія професійної освіти. Львів, 2007. № 4. С. 186–196.*
12. Бондарчук І. Фармацевтичне образование в странах ЕС и США. *Еженедельник Аптека. 2016. №12 (1033). URL: <https://www.apteka.ua/article/363997>.*
13. Булах І. Є., Волосовець О. П., Казаков В. М., Москаленко В. Ф. Система забезпечення якості підготовки медичних кадрів в Україні. Київ : Книга Плюс, 2007. 40 с.
14. Булах І. Є., Вороненко Ю. В., Волосовець О. П. та ін. Система управління якістю медичної освіти в Україні. Дніпропетровськ : Арт-Прес, 2003. 211 с.
15. Буянов В. М. Перша медична допомога. Москва: Медицина, 1987. 213 с.
16. Великий тлумачний словник сучасної української мови / за ред. В. Т. Бусел. К: Ірпінь: Перун, 2005. 1728 с.
17. Вікіпедія. – Режим доступу <https://uk.wikipedia.org>. – Назва з екрану.
18. Волосовець О. П., Майданник В. Г., Крамарев С. О. та ін. Нові державні стандарти вищої медичної освіти у підготовці лікаря-педіатра. // У матеріалах науково-методичної конференції *Актуальні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичному навчальних закладах України* : матеріали наук.-метод. конф., м. Чернівці, 20-22 листоп. 2002 р. Чернівці, 2002. С. 199–200.
19. Волосовець О. П., Кривоустов С. П., Черній О. Ф. та ін. Сучасні підходи до післядипломної освіти лікарів-педіатрів. *Таврический медико-биологический вестник. 2010. Т. 13. № 2. С. 4–7.*

20. Волосовець О. П., Хоменко В. Є. Шляхи вдосконалення професійної підготовки лікарів-інтернів з фаху «педіатрія». *Проблеми медичної науки та освіти*. 2005. № 2. С. 5–7.
21. Вороненко Ю. В., Бойченко Т. Є. Стратегії та методи навчання в післядипломній медичній освіті: навч.-метод. посіб. для викл. систем післядиплом. мед. освіти. МОЗ України, Київ. мед. акад. післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Київ : Вересень, 2004. 160 с.
22. Голік О. В. Формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології засобами кооперативного навчання : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.02. Київ, 2015. 20 с.
23. Голопихо Л. І. Досвід міжкафедральної інтеграції в післядипломній освіті лікарів та провізорів. *Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця*. 2006. № 4. С. 291.
24. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ : Либідь, 1997. 375 с.
25. Горшков М. К., Шерега Ф. Э. Как провести социологическое исследование: в помощь идеологическому активу. Москва : Политиздат, 1985. 224 с.
26. Горюнова Л. В. Составляющие профессиональной мобильности специалиста. *Естествознание и гуманизм : сб. науч. трудов.; под ред. проф. д. б. н. Н. Н. Ильинских*. Томск : Томский государственный университет, 2005. Т 2. Вып. 5. С. 8-11.
27. Громовик Б. П., Горілик А. В. Неперервна фармацевтична освіта в Україні: науково-методичні аспекти управлінсько-економічної підготовки : монографія. Львів : РАСТР-7, 2012. 166 с.
28. Даниленко Л. І., Карамушка Л. М. Освітній менеджмент : навчальний посібник. Київ : Шкільний світ, 2003. 400 с.
29. Дворецька Г. В. Соціологія : навч. посібник. 2-ге вид., Київ : КНЕУ, 2002. 473 с.
30. Девлетов Р. Р., Топчук Э. З. Комплекс лингводидактических материалов по методике преподавания русского языка (компетентностный подход в обучении). Симферополь : ДИАЙПИ, 2012. 72 с.

31. Деркач А. А. Акмеологические основы развития профессионала. Воронеж : «МОДЭК», 2004. 752 с.
32. Директива Європейського парламенту та Ради Європейського Союзу 2005/36/ЄС від 7 вересня 2005 р. «Про визнання професійних кваліфікацій» *Офіційний журнал Європейського Союзу*. 2005. L 255. С. 22-52. URL: <http://data.europa.eu/eli/dir/2005/36/oj>.
33. Драч І. І. Компетентнісний підхід як засіб модернізації змісту вищої освіти. *Проблеми освіти*. Київ, 2008. № 57. С. 44–47.
34. Дурай-Новакова К. М. Основы и закономерности процесса формирования профессиональной готовности к педагогической деятельности : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. пед. наук. : 13.00.08. Москва, 1983. 41 с.
35. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А. Психологические проблемы готовности к деятельности. Минск : Изд-во Бел. Ун-та, 1976. 175 с.
36. Енциклопедія освіти. гол. ред. В. Г. Кремень. Київ : Юрінком Інтер, 2008. 1036 с.
37. Етичний кодекс лікаря України. *Аптека*. 3 2 (723), 18 січня 2010 р. № 11. URL: <https://www.apteka.ua/article/17132>.
38. Етичний кодекс фармацевтичного працівника України. *Аптека*. 2012. URL: <https://www.apteka.ua/article/126803>.
39. Запорожан В. М., Кресюн В. Й., Рогачевський О. П., Чернецька О. В. Перспективи впровадження сучасних інновацій в освітню діяльність університету. *Медична освіта*. 2016. № 2. С. 73–77.
40. Запорожан В. М., Каштальян М. М., Чернецька О. В. Сучасні підходи до освітнього процесу з підготовки високопрофесійних фахівців. *Медична освіта*: матеріали XIV Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнар. уч., присвяченої 60 річчю ТДМУ, м. Тернопіль, 18-19 травня 2017 р. Тернопіль, 2017. С. 27–31.
41. Зеер Э. Ф. Компетентностный подход к модернизации профессионального образования. *Высшее образование в России*. Москва, 2005. № 4. С. 23–29.

42. Зимняя И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования. *Высшее образование*. 2003. № 5. С. 34–42. URL: <http://aspirant.rggu.ru/article.html?id=50758>.
43. Зимняя И. А. Социально-профессиональная компетентность как целостный результат профессионального образования (идеализированная модель). *Проблемы качества образования. Компетентностный подход в профессиональном образовании и проектировании образовательных стандартов. Книга 2* : материалы XV Всероссийской научно-методической конференции «Актуальные проблемы качества образования и пути их решения в контексте европейских и мировых тенденций». Уфа, 2005. С. 10–20.
44. Иванова С. В. Функціональний підхід до визначення професійної компетентності вчителя біології та організація її вдосконалення в закладі післядипломної освіти. *Вісник Житомирського державного університету м. І. Франка*. 2008. №42. С. 106–110.
45. Кайдалова Л. Г. Професійна діяльність як основа підготовки майбутніх фахівців у вищих навчальних закладах. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*. 2011. № 30-31. С. 152–158.
46. Кайдалова Л. Г. Професійна підготовка майбутніх фахівців фармацевтичного профілю у вищих навчальних закладах : монографія. Харків : НФаУ, 2010. 364 с.
47. Кайдалова Л. Г., Альохіна Н. В. Психологічний портрет сучасного провізора-першостольника. *Современная фармация*. 2015. Вересень. С. 18–19.
48. Кайдалова Л. Г. Теоретичні та методичні засади неперервної професійної підготовки майбутніх фахівців фармацевтичного профілю : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. пед. наук : 13.00.04. Запоріжжя, 2011. 42 с.
49. Климов Е. А. Психология профессионала. М : Издательство «Институт практической психологии», Воронеж : НПО «МОДЭК», 1996. 400 с.
50. Колісник-Гуменюк Ю. І. Особистісна характеристика медичного працівника. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2015. №1. С. 72–77.

51. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах : монографія. Львів : Край, 2013. 296 с.
52. Концепція розвитку вищої медичної освіти в Україні : наказ МОЗ України № 522/51 від 12. 09. 2008 р. Нормативний документ Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0522282-08>.
53. Кричевский В. Ю. Профессиограмма директора школы. Проблемы повышения квалификации руководителей школ. Москва : Педагогика, 1987. 212 с.
54. Кубенко І. М. Що таке компетентність і як її розуміють в освіті. *Теорія та методика управління освітою*. 2010. № 1. С. 1–13.
55. Кузьмінський А. І., Омеляненко С. В. Технологія і техніка шкільного уроку: навч. посіб. Київ : Знання, 2010. 335 с.
56. Кульбашна Я. А. Теоретичні й методичні основи формування професійної компетентності майбутніх фахівців із стоматології : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2015. 40 с.
57. Кульбашна Я. А. Формування загальних компетентностей майбутніх лікарів. *Педагогічний процес: теорія і практика (Серія: Педагогіка)*. 2016. № 4 (55). С. 113–118.
58. Курлянд З. Н., Бартенєва І. О., Богданова І. М. та ін. Теорія і методика професійної освіти : навчальний посібник. Київ : Знання, 2012. 390 с.
59. Кутішенко В. П. Вікова та педагогічна психологія (курс лекцій). Київ : Центр учбової літератури, 2010. 128 с.
60. Кучумова Н. В. Порівняльний аналіз реформування системи вищої медичної освіти в німецькомовних країнах Європи та в Україні. *Збірник наукових праць : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Проблеми та перспективи розвитку української науки»*, Переяслав-Хмельницький, 2011. С. 84–86.
61. Кушерець В. І., Полторак В. А. Вибори до Рад: громадська думка. Київ : Політвидав України, 1989. 123 с.

62. Лазоришинець В. В., Банчук М. В., Волосовець О. П. та ін. Вища медична та фармацевтична освіта України на сучасному етапі. *АПТЕКА-2008 Осінь* : матеріали III Всеукраїнської фармацевтичної конференції. URL: <https://www.apteka.ua/article/7411>
63. Левчук Л. В. Тенденції світового розвитку вищої освіти. *Publish journal RHPU*. URL: <http://rspu.edu.ru/university>. (ст 61)
64. Лінчевський О. В., Черненко В. М., П'ятницький Ю. С., Булах І. Є. Шляхи реформування системи вищої медичної освіти в Україні в сучасних умовах. *Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні* : матеріали XIV Всеукраїнської наук.-практ. конф. з між нар. участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ. *Медична освіта*. 2017. №3. С. 6–9.
65. Лисенко О. Ю. Формування професійної компетентності майбутніх провізорів у вищих медичних навчальних закладах : монографія. Київ : ВП «Едельвейс», 2015. 176 с.
66. Лукіна Т. О. Технологія розробки анкет для моніторингових досліджень освітніх проблем: методичні рекомендації. Миколаїв : ОППО, 2012. 34 с.
67. Малафійк І. В. Дидактика новітньої школи: навчальний посібник. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2015. 632 с.
68. Маркова А. К. Психологія професіоналізму. Москва : Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996. 308 с.
69. Медична та фармацевтична освіта в умовах Болонського процесу, *журнал «Внутрішня медицина»*. 2007. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/486>.
70. Мизинцева М. Ф., Сардарян. А. Р. Оценка персонала : учебник и практикум для бакалавров. Москва : Издательство Юрайт, 2005. 378 с.
71. Митина Л. М. Профессиональная деятельность и здоровье педагога : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Москва : Издательский центр «Академия», 2005. 368 с.
72. Мороз В. М., Гумінський Ю. Й., Фоміна Л.В., Полесья Т.Л. 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 р. р.: зб. тез. доп. навчально-метод. конф., м. Вінниця, 25 березня 2015 р. Вінниця, 2015. С 3–6.

73. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : монографія. Київ : Книга плюс, 2008. 320 с.
74. Москаленко В. Ф., Ніженковська В. Ф., Вельчинська О.В. Формування професійної компетентності майбутнього фармацевта в умовах кредитно-модульної системи освіти. *Медична освіта*. 2011. № 2. С. 85–87.
75. Нагорна Н., Васюк С., Нагорний В. Сучасний стан, проблеми та перспективи розвитку вищої медичної та фармацевтичної освіти. *Сучасний стан та перспективи розвитку освітнього простору: глобальний вимір: матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції*, м. Запоріжжя, 25 лист. 2016 р. Запоріжжя, 2016. С 49–51.
76. Нахаєва Я. М. Термінологічний аналіз основних понять у реалізації компетентнісного підходу в підготовці майбутніх лікарів. *Науковий вісний Ужгородського національного університету, серія «Педагогіка, соціальна робота»*. 2014. Випуск 30. С. 106–108.
77. Національний освітній глосарій: вища освіта / 2-е вид., перероб. і доп. / авт.-уклад. : В. М. Захарченко, С. А. Калашнікова, В. І. Луговий, А. В. Ставицький, Ю. М. Рашкевич, Ж. В. Таланова / За ред. В.Г.Кременя. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2014. 100 с.
78. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки. URL: <https://dniokh.gov.ua/wp-content/uploads/2014/12/4455.pdf>.
79. Ничкало Н. Г. Неперервна професійна освіта як філософська і педагогічна категорія. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2001. Вип. 1. С. 9–19.
80. Новий тлумачний словник української мови : в 3-х т.; уклад.: В. В. Яременко, О.М. Сліпущко. Київ : Вид-во «АКОНІТ», 2007. Т 1. 926 с.
81. Новикова С. С. Введение в прикладную социологию. Анкетирование. Москва : Спорт Академ Пресс, 2000. 103 с.

82. Новиков А. М. Методология образования 2-е изд. Москва : Эгвес, 2006. 488 с.
83. Ожегов С. И. Словарь русского языка 23-е изд., испр. : 70000 слов ; под ред. Н. Ю. Шведовой. Москва : Русский язык, 1990. 917 с.
84. Омельчук М. А. Вивчення сучасного стану сформованості компетентності провізорів з надання першої долікарської допомоги. *Педагогічний часопис Волині: науковий журнал*. 2016. № 2 (3). С. 119–123.
85. Первутинский В. Г. Современные подходы к развитию профессиональной компетентности студентов : монографія. Санкт-Петербург : Изд-во СПбГУ, 2002. 384 с.
86. Передерій В. Г. Стратегія євроінтеграційного реформування вищої медичної та фармацевтичної освіти України. *Медична освіта*. 2005. №2. С. 9–11.
87. Пімінов О. Ф. Післядипломна фармацевтична освіта в Україні: проблеми та перспективи розвитку. *Аптека-2008 Осінь* : матеріали III Всеукраїнської фармацевтичної конференції, 17 листоп. 2008 р. *Аптека*. 2008. № 45 (666). URL: <https://www.apteka.ua/article/7411>.
88. Плахотнік А. М. Формування моральної культури засобами мистецтва в процесі підготовки лікарів. *Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих навчальних медичних та фармацевтичних закладах України* : матеріали доповідей науково-методичної конференції. Луганськ, 2000. С. 279.
89. Полторак В. А., Тараненко І. В., Красовська О. Ю. Маркетингові дослідження: навч. посіб. 3-тє вид. перероб. та доп. Київ : Центр учбової літератури, 2014. 342 с.
90. Поляченко Ю. В., Передерій В. Г., Волосовец А. П. Медицинское образование в мире и в Украине. Харьков : ИПП «Контраст», 2005. 464 с.
91. Пометун О. І. Теорія та практика послідовної реалізації компетентнісного підходу в досвіді зарубіжних країн. *Компетентнісний підхід у сучасній освіті : світовий досвід та українські перспективи* : Бібліотека з освітньої політики ; під заг. ред. О. В. Овчарук. Київ : К.І.С., 2004. 112 с.

92. Про вищу освіту : Закон України № 1556-VII від 1 липня 2014 р. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2014. № 37–38, ст. 2004. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (дата звернення: 13.05.2018).
93. Проект Тьюнінг – гармонізація освітніх структур у Європі URL: <http://tuning.unideusto.org/tuningeu>.
94. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій : постанова Кабінету Міністрів України від 23.11.2011 р. № 1341. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1341-2011-%D0%BF>.
95. Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів (із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ № 47 (з 0138-01) від 07.02.2001) : наказ МОЗ від 19.09.1996 р. № 291. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/ru/z0696-96>.
96. Про заходи МОЗ України щодо удосконалення підготовки лікарів : наказ МОЗ України від 03. 12. 2010 р. № 1074. URL: www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101203_1074.html.
97. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. *ГолосУкраїни*. 2017. 27 верес. (№ 178-179). С. 10-22.
98. Прохоров А. М., Гиляров М. С., Жуков Е. М. и др. Советский энциклопедический словарь. Москва : Изд-во «Советская энциклопедия», 1979. 1600 с.
99. Равен Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация. Москва : «Когито-Центр», 2002. 396 с.
100. Раздорская И. М. Вопросы выборности и оптимизации деятельности руководящих работников аптечных управлений. *Фармация*. 1990. № 4. С. 43–45.
101. Родигіна І.В. Шляхи формування основних груп компетентностей учнів. *Директор школи*. 2004. № 8-10. С. 148–153.
102. Савченко О. Я., Бібик Н. М., Ващенко Л. С., Локшина О. І., Овчарук О. В. та ін. Уміння вчитися як ключова компетентність загальної середньої освіти.

Компетентнісний підхід у сучасній освіті : світовий досвід та українські перспективи : Бібліотека з освітньої політики ; під заг. ред. О. В. Овчарук.
Київ : К.І.С., 2004. 112 с.

103. Сартакова Є. М. Соціально-особистісні компетентності та умови їх розвитку.
URL: www.jurnal.org/articles/2008/ped23.html.
104. Сисоєва С. О., Батечко Н. Г. Вища освіта України: реалії сучасного розвитку.
Київ : ВД «Екмо», 2011. 368 с.
105. Сисоєва С. О. Дискусійні аспекти наукового тезаурусу нового Закону України «Про вищу освіту». *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2015. №1. С. 7–12.
106. Сисоєва С. О. Європейські вимоги до критеріїв ефективності професійної підготовки фахівців. *Акмеологія – наука XXI століття* : матер. IV Міжнародної наук.-практ. конф., м. Київ, 30 травня 2014 р. Київ, 2014. С. 36–47.
107. Сисоєва С. О. Компетентнісно зорієнтована вища освіта: формування наукового тезаурусу. *Компетентнісно зорієнтована освіта: якісні виміри* : моногр. / редкол. : Огнев'юк В. О., Хоружа Л. Л., Сисоєва С. О., Чернуха Н. М., Терентьєва Н. О. Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. С. 18–44.
108. Сисоєва С. О. Педагогічна компетентність викладача вищого навчального закладу непедагогічного профілю. *Компетентнісний підхід у сучасній університетській освіті: Збірник наукових праць*. Рівне : НУВГП. 2011. С. 165.
109. Сліпчук В. Л. Підготовка фахівців фармацевтичної галузі в Україні в умовах євроінтеграції. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2014. №3. С. 63–68.
110. Сліпчук В. Л. Професійна підготовка фахівців фармацевтичної галузі в Україні (XX – початок XXI століття) : монографія ; за ред. д-ра. пед. наук, проф., чл.-кор. НАПН України Я. В. Цехмістера. Київ : Едельвейс, 2017. 520 с.
111. Совет Европы: Симпозиум по теме «Ключевые компетенции для Европы» Док. DECS/SC/Sec. (96) 43. Берн, 1996. 511 с.

112. Сологуб В. А. Сучасні тенденції підготовки фармацевтичних кадрів на післядипломному етапі. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22. Вип. 3. С. 174–185.
113. Спенсер Л. М., Сайн М. С. Компетенції на роботі. Москва : Ніппо, 2003. 384 с.
114. Столярук Х. С. Критерії формування набору компетенцій фахівця у сфері управління персоналом. *Соціально-трудова відносина: теорія та практика : зб. наук. Праць*. 2012. № 1(3). С. 153–159.
115. Стратегія реформування освіти в Україні: Рекомендації з освітньої політики. Київ : К.І.С, 2003. 296 с.
116. Третьяков О. В., Зацарний В. В., Безсонний В. Л. Охорона праці / за ред. К. Н. Ткачука. Київ : Знання, 2010. 167 с.
117. Уйсімбаєв Н. Розвиток професійної компетентності – шлях до підготовки висококваліфікованих фахівців. *Рідна школа*. 2006. №9. С. 17–19.
118. Ушаков Д. Н. Толковый словарь современного русского языка / под ред. Н.Ф. Татьянченко. Москва : Альта-Пресс, 2005. 1216 с.
119. Фармацевтична енциклопедія / за ред. В. П. Черниха. Київ : МОРІОН, 2010. 1632 с.
120. Фармацевтична освіта та право : Збірник правових документів і матеріалів про освітні засади діяльності та управління вищими фармацевтичними закладами освіти / уклад. Ю. В. Вороненко, М. А. Вороніна, С. Б. Гавриш та ін. Харків : Прапор, 1999. 336 с.
121. Філософський словник 2 вид. і доп. / за ред. В. І. Шинкарука. Київ : Голов. ред. УРЕ, 1986. 800 с.
122. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. Київ : Академвидав, 2014. 456 с.
123. Фурсова Л. Від літературної компетенції – до життєвої компетентності. *Українська мова й література в середніх школах, гімназіях, ліцеях та колежіумах*. 2005. № 5. С. 12–21.
124. Холодная М. А. Психология интеллекта. Парадоксы исследования. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 272 с.

125. Хуторской А. В. Доклад «Определение общепредметного содержания и ключевых компетенций как характеристика нового подхода к конструированию образовательных стандартов» 2002. URL: <http://www.eidos.ru/journal/index.htm>.
126. Хуторський А. В. Ключові компетенції та освітні стандарти. Доповідь на відділенні філософії освіти і теоретичної педагогіки РАО 23 квітня 2002 року на тему: «Визначення общепредметних змісту і ключових компетенцій як характеристика нового підходу до конструювання освітніх». *Интернет-журнал «Ейдос»*. 2002. URL: eidos.ru/journal/2002/0423.htm.
127. Хуторской А. В. Ключевые компетенции: технология конструирования. *Народное образование*. 2003. №5. С. 55–61.
128. Цехмістер Я. В. Гуманістичні засади допрофесійної підготовки учнів. *Виховання технічне: збірник наукових праць*. Ченстохова : ВПШ. 1999. № 3. С. 281–287.
129. Цехмістер Я. В. Допрофесійна підготовка учнів у ліцеї медичного профілю: теорія і практика : монографія. Київ : Наукова думка, 2002. 621 с.
130. Цехмістер Я. В. Теорія і практика допрофесійної підготовки учнів у ліцеях медичного профілю при вищих навчальних закладах : дис. докт. пед. наук: 13.00.04. Київ, 2002. 450 с.
131. Цехмістер Я. В. Формування соціальної відповідальності та ставлення до майбутньої професії у контексті неперервної медичної освіти. *Теоретико-методичні проблеми виховання соціальної зрілості учнів шкіл-інтернатів : науково-методичний збірник Інституту проблем виховання АПН України*. Київ : Іфодрук. 2000. С. 226–241.
132. Черних В. П., Котвіцька А. А., Огарь С. В. Компетентнісний підхід у створенні стандарту вищої освіти спеціальності «Фармація». *Актуальні питання якості медичної освіти* : матеріали XIII Всеукраїнської наук.-практ. конф. з між нар. участю. *Медична освіта*. 2016. №2. С. 107–109.
133. Черных В. П., Толочко В. М., Зайченко А. В. и др. Фармацевтическое образование в мире : учеб.-метод. пособ. Харьков : Изд-во НФаУ, 2004. 92 с.

134. Швед М. І., Гудима А. А., Геряк С. М. Екстрена медична допомога : посібник. Тернопіль : ТДМУ, 2015. 420 с.
135. Шемет О. В. Дидактические основы компетентного подхода в высшем профессиональном образовании. *Педагогика*. 2009. № 10. С. 16–22.
136. Шінкарук-Диковицька М.М., Побережна Г. М., Федик Т. В., Ковальчук Л. О. Компетентнісний підхід та формування ключових компетентностей у студентів вищих медичних навчальних закладів. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. Вінниця, 2017. №1. С. 319–323.
137. Щербатюк Л. Б. Професійна компетентність майбутніх інженерів- механіків – складна динамічна система. *Вісник Черкаського університету. Серія Педагогічні науки*. 2009. Вип. 165. С. 45–49.
138. Шишов С. Понятие компетенции в контексте качества образования. *Дайджест педагогічних ідей та технологій. Школа-парк*. 2002. № 3. С. 20–21.
139. Andres J. Edukacja jako podstawowy cel działania Polskiej Rady Resuscytacji. 2004. URL: www.czytelniamedyczna.pl/153.
140. Bollinger H., Hohl J. Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes. In: *Soziale Welt* 1981, S. 440-463.
141. Definition and Selection of Competencies. Theoretical and Conceptual Foundations (DESECO). Strategy Paper on Key Competencies. An Overarching Frame of Reference for an Assessment and Research Program OECD. 2001. 12 p.
142. International pharmacy. Official journal of FIP/ The Hague, the Netherlands. 2001. 32 p.
143. Perkins G. D, Handley A J, Koster R W, Castrén M, Smyth M A. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*. 2015 Oct;95:81-99. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.015.
144. Quality education and competencies for life. / Background Paper. 2004. №3. P. 6.
145. Ringh M., Rosenqvist M., Hollenberg J. Mobile phonedispatch of laypersons for CPR in out of hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2015. Jun 11. 372:2316–25. DOI: 10.1056/NEJMoa1406038.

146. Tsekhmister Ya., Lysenko O. The Process of the Future Pharmacists' Professional Competence Formation at the Higher Medical Educational Establishments. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. 2018. Vol 25. № 1. P. 70–76. URL: <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/275>.
147. World Federation for Medical Education. Global standards for quality improvement. Postgraduate Medical Education. WFME. 2003. URL: <http://www.wfme.org>.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОЛІКАРСЬКОЇ ДОПОМОГИ У МАЙБУТНІХ ПРОВІЗОРІВ НА ЗАСАДАХ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

У розділі обґрунтовано структуру професійної компетентності провізора з надання першої долікарської допомоги та критерії її сформованості; методику формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги провізорів в умовах інтернатури; розкрито зміст формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги; представлено форми та методи формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

2.1. Структура професійної компетентності провізорів з надання першої долікарської допомоги та критеріїв її сформованості

З огляду на сучасний стан соціальних перетворень, що відбуваються у державі, та з урахуванням положень Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. №2108 щодо обов'язку фармацевтичних працівників безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях очевидною постає необхідність формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, що має державний пріоритет та пріоритет особистісного й професійного вдосконалення лікарів і провізорів як індикатора соціально-економічного розвитку суспільства з метою надання кваліфікованої медичної допомоги, в тому числі невідкладної, яка б відповідала європейським стандартам.

З цією метою вважаємо за доцільне розглянути поняття структури професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги серед майбутніх провізорів. Структура від (лат. *structūra*) – це «взаєморозміщення та певний взаємозв'язок складових частин цілого, внутрішня будова» [8, с. 1413].

Компетентність як володіння відповідними компетенціями має завжди певну структуру та характеристику. Розглянемо різні підходи до визначення структури компетентності. Компетенція є інтегральним результатом взаємодії компонентів [42]:

- мотиваційного, що виражає зацікавленість у даному виді діяльності та наявність стимулів і смислової мотивації до розв'язання поставленого завдання;
- цільового, що передбачає визначення особистих цілей, планування проектів, дій та вчинків, які забезпечать досягнення результату поставлених завдань;
- орієнтаційного, що передбачає урахування зовнішніх умов діяльності (знання щодо стану реальних об'єктів, знання, уміння та навички, які стосуються цього стану) і внутрішніх (індивідуальний досвід, набуті знання, предметні та міжпредметні вміння, навички, способи діяльності, психологічні особливості), обізнаність суб'єкта діяльності щодо сильних та слабких своїх сторін;
- функціонального, що передбачає використовувати знання, уміння, способи діяльності, та інформаційну обізнаність як основу для своїх дій, прийняття рішень тощо;
- контрольного, який передбачає наявність чітких критеріїв вимірювання процесу та результату діяльності;
- оцінного, що передбачає здатність особистості до самоаналізу, оцінювання своєї позиції, наявності знань, потрібних чи не потрібних для застосування, а також методи та способи здобування чи використання знань, необхідних для досягнення результату діяльності.

Ці компоненти в структурі загальної компетенції взаємопов'язані та можуть впливати на інші компоненти.

В. В. Краєвський виділяє чотири компоненти як складові будь-якої компетентності [29, с 133-134]:

- мотиваційно-цільовий (мотиви, способи досягнення мети, усвідомлення цілей професійної діяльності та готовності виконувати її фахово);
- когнітивний (наявність знань, умінь, практичних навичок, необхідних для виконання професійних обов'язків, готовність і здатність їх застосувати);
- операційно-діяльнісний (уміння практично застосувати набуті знання, уміння та практичні навички);
- рефлексивний (готовність фахівця до пошуку та способу вирішення професійних проблем на основі налізу своєї діяльності).

Професійна компетентність є складовою ключових компетентностей, а також має свою структуру та складові (компоненти). Займаючись вивченням даного питання, знаходимо багато праць щодо формування професійної компетентності фахівців і компетентнісного підходу формування компетентностей (М. С. Головань [10, с. 66-74], Е. Ф. Зеєр [17], С. Г. Молчанов [43], В. В. Ягупов [69, с. 79]).

Професійна компетентність визначається як особистісні можливості індивіда, які дають йому можливість самостійно й ефективно реалізовувати свою професійну діяльність [34]. Формування професійної компетентності майбутнього фахівця має будуватись з урахуванням якості (рівень) освіти в даному вищому закладі освіти, для аналізу якої мають бути чітко визначені компоненти та критерії оцінки професійної компетентності, яка формується. [6, с. 3].

За результатами досліджень, проведених Г. В. Безюлевою, структуру професійної компетентності було визначено як сукупність діяльнісних (об'єктивних) та особистісних (суб'єктивних) складових, що взаємопов'язані між собою. Об'єктивна складова визначається як власне трудова діяльність, що потребує від працівника певних загальних та спеціальних знань, умінь та навичок, суб'єктивна – характеризується індивідуально-психологічними якостями та функціональними можливостями індивіда [2].

На думку В. О. Сластьоніна, в структуру професійної компетентності фахівця, незалежно від галузі, мають входити такі компетентності [59, с. 34-35]: практична

(спеціальнісна), яка відображає рівень знань, технік і технологій у своїй галузі; соціальна – здатність брати на себе відповідальність, уміння кооперуватись та співпрацювати для спільного прийняття рішень; психологічна – рівень рефлексії, емоційного сприйняття у професійній реалізації; інформаційна – володіння сучасними інформаційними технологіями; комунікативна (уміння комунікувати, здатність ефективної роботи в колективі); екологічна – екологічна відповідальність за професійну діяльність; валеологічна компетентність, що визначається рівнем знань і умінь в питанні збереження здоров'я та здорового способу життя.

І. Б. Коротяєва визначає п'ять компонентів професійної компетентності, що мають такий зміст [28]:

- когнітивний (наявність теоретичних знань у певній предметній галузі);
- діяльнісний (уміння та практичних навичок, що дозволяють виконувати професійну діяльність);
- мотиваційний (сукупність якостей особистості, що визначають мотиви до подальшого саморозвитку та самовдосконалення впродовж всього професійного життя);
- особистісний (здатність до рефлексії, усвідомлення своєї суспільної ролі як фахівця у даній галузі);
- комунікативно-операційний (уміння спілкування, здатності вислухати та сприйняти думку іншого, уміння працювати в колективі).

С. Я. Білявець у структурі професійної компетентності виділяє когнітивний (професійні знання), діяльнісний (професійні уміння та навички), ціннісно-мотиваційний (особистісні та професійні ціннісні орієнтації, мотиви професійної діяльності) та професійно-особистісний (професійно важливі якості майбутнього фахівця) [6, с. 7].

У структурі професійної компетентності А. І. Крижановський виділяє мотиваційно-ціннісний компонент (усвідомлення особистісної та суспільної цінності майбутньої професії, необхідності самовдосконалення і самонавчання, мотивації до набуття обраної професії, самодіагностики, саморозвитку, самореалізації); когнітивно-діяльнісний (характеризується рівнем професійно-

значущих знань, умінь і навичок та умінням застосувати їх у практичній діяльності); проектуально-технологічний (соціальні установки та рівень ціннісних орієнтацій, потреб, інтересів, що спонукають до обраної фахової професійної діяльності, уміння проектувати, аналізувати, коригувати результати для покращення та вдосконалення професійної діяльності) [32, с. 48-50].

Питання підготовки медичних кадрів та формування професійної компетентності медичних працівників висвітлені у працях І. Є. Булах, О. П. Волосовця, М. Р. Мруги, Ю. І. Колісник-Гуменюк, М. М. Філоненко.

Досліджуючи проблему формування професійної компетентності майбутнього лікаря, М. Р. Мруга дає визначення поняття «професійна компетентність лікаря» як «здатність фахівця від моменту початку своєї професійної діяльності успішно (на рівні певного стандарту) відповідати суспільним вимогам медичної професії шляхом ефективного і належного виконання завдань лікарської діяльності та демонструючи належні особисті якості, мобілізуючи для цього релевантні знання, вміння, навички, емоції, спираючись на свою внутрішню мотивацію, ставлення, моральні й етичні цінності та досвід, усвідомлюючи обмеження своїх знань і умінь та акумулюючи інші ресурси для їхньої компенсації» [44, с. 5], і виділяє структурні компоненти професійної компетентності: концептуальний, процедурний, діяльнісний, мотиваційний.

М. М. Філоненко подає такі компоненти професійної компетентності майбутнього лікаря: когнітивний (володіння рівнем знань, умінь та практичних навичок, необхідних для виконання професійних завдань), операційний (здатність на практиці реалізувати набуті знання, уміння та практичні навички), аксіологічний (здатність реалізувати професійну діяльність через інтеграцію набутих знань та навичок з особистісними якостями майбутнього лікаря), та з поданих компонентів виділяє ключові: інформаційні (способи отримання, зберігання і передачі інформації), проектувальні (уміння визначити цілі, ресурси для реалізації професійних дій), аналітичні (уміння аналізувати та систематизувати факти), комунікативні (спосіб передачі інформації, спілкування, взаємодія з колегами, персоналом, пацієнтом), креативні (творчий та нестандартний підхід у вирішенні

професійних завдань), соціальні (соціально-особистісна і соціально-професійна позиція, розуміння своєї ролі як фахівця галузі охорони здоров'я) [65].

М. А. Соснова визначає такі ключові компетентності майбутнього медичного працівника [61]:

- загальнокультурна компетентність – формування і розвиток майбутнього медичного працівника на основі кращих надбань вітчизняної та світової культури, на основі цього формування загальнолюдських цінностей;
- предметна (галузева) компетентність – набуті знання, уміння та професійні навички, і на основі цього набуття професійного досвіду;
- інформаційна (інформаційно-комунікативна) компетентність – здатність використовувати сучасні інформаційно-комунікативні технології для навчання та вирішення професійних завдань;
- комунікативна компетентність – знання мов, здатність до ефективної комунікації та взаємодії з людьми, колегами, пацієнтами;
- соціальна компетентність – здатність до співпраці в групі, команді, виконувати різні ролі в команді, колективі.

У роботі, присвяченій дослідженню формування професійно-етичної культури майбутніх медичних фахівців, Ю. І. Колісник-Гуменюк (посилаючись на О. В. Пономаренка) визначає чотири компоненти: аксіологічний (розкриває професійно-етичну культуру як комплекс певних цінностей), технологічний (відображає сукупність способів і засобів діяльності медичного персоналу), творчий (відображає рівень креативності працівника), та особистісний (відображення професійно-етичної культури як морально-етичної сутності медичного працівника) [26, с. 91].

Дослідженню професійної компетентності фармацевтів присвячені праці Л. Г. Кайдалової [21], Н. В. Альохіної [20], І. Д. Бойчук [7], О. Ю. Лисенко [91], В. Л. Сліпчук [60].

І. Д. Бойчук визначає такі компоненти професійної компетентності фармацевта: особистісний (розкриває цілі, мотиви, інтерес до вивчення та поглиблення знань із фахових і суміжних дисциплін, креативність у виконанні професійних обов'язків, самооцінку та самокритику рівня досягнутої професійної

компетентності); когнітивний компонент (визначає рівень знань з фундаментальних та професійних (фармацевтичних) дисциплін, необхідних для виконання професійної діяльності); практичний (визначає систему професійних умінь та практичних навичок, необхідних для виконання професійних завдань, регламентованих галузевим стандартом підготовки фармацевта; до даного компоненту дослідник відносить і комунікативні якості, адаптивність, толерантність та доброзичливість по відношенню до колег та пацієнтів); оцінно-рефлексивний (здатність і готовність застосувати професійні знання та навички, творчий підхід до виконання професійної діяльності, креативність у вирішенні професійних завдань, ініціативність, здатність до саморозвитку та самовдосконалення впродовж всього професійного життя) [7, с. 188-190]. Досліджуючи психологічну компетентність як складову професійної підготовки майбутніх фахівців фармації, Л. Г. Кайдалова виокремлює когнітивний, комунікативний, соціальний та аутопсихологічний компоненти компетентності [21].

Однак варто зазначити, що більшість праць присвячені формуванню окремих її компонентів. Комплексний підхід до формування професійної компетентності майбутніх провізорів як абстрактне поняття, що об'єднує у своїй структурі основні професійні характеристики майбутнього фахівця, знаходимо у роботі О. Ю. Лисенко [35, с. 69-70]. У зазначеній роботі, розглядаючи структуру професійної компетентності майбутніх провізорів, автор визначає такі основні компоненти, як: мотиваційно-аксіологічний, когнітивний, професійно-діяльнісний, соціально-особистісний. Проте, що стосується компонентів компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, то у даній роботі лише коротко згадується про необхідність їх формування як обов'язкової складової професійно-діяльнісного компонента професійної компетентності. На нашу думку, означене питання потребує подальшого вивчення та може бути предметом окремого наукового пошуку.

На основі аналізу праць, які розглядають проблему формування професійної компетентності фахівців фармацевтичної галузі, ми дійшли висновку щодо необхідності визначення компонентів компетентності з надання першої долікарської

допомоги у провізорів як складової професійної компетентності, а також критеріїв сформованості кожного з компонентів такої компетентності.

Нами визначено компоненти професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги, а саме: мотиваційно-ціннісний; знаннево-практичний; особистісно-психологічний; організаційно-комунікаційний та розкрито зміст кожного з компонентів з урахуванням особливостей формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги.

Розкриємо зміст компонентів.

Мотиваційно-ціннісний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів відображає систему особистісних цінностей, рівень усвідомлення та мотиви щодо необхідності опанування знаннями та практичними навичками, що дасть можливість якісно надати першу долікарську допомогу в разі необхідності.

На наш погляд, мотиваційно-ціннісний компонент професійної компетенції є базовим, таким, що становить основу для формування компонентів не лише професійних знань, а й компетентності в наданні невідкладної допомоги, адже ефективність засвоєння матеріалу при навчанні майбутніх провізорів у першу чергу залежить від вмотивованості, розуміння потреби та цілей навчання. Від мотивації залежить активність майбутнього провізора щодо опанування необхідним рівнем знань та практичних навичок з надання першої долікарської допомоги. Адже якість наданої першої медичної допомоги залежить не лише від здібності до навчання, а й від бажання отримати такий рівень знань і практичних навичок та удосконалювати його у подальшому, що дасть можливість надати її якісно та в об'ємі, що дозволить зберегти здоров'я, а, можливо, і життя людини. Означена теза підтверджується результатами досліджень, присвячених вивченню особливостей навчання дорослих базовим реанімаційним заходам. Так, серед ключових чинників, що сприяють кращому засвоєнню матеріалу при навчанні, визначають [82, с. 15-16]:

- стійка мотивація до навчання (розуміння значення і важливості навчального матеріалу та цінності набутих знань);

- важливість теми, що розглядається (усвідомлення цінності інформації, що висвітлюється);
- усвідомлення інтенції та цілей навчання (наявність певного досвіду, пов'язаного з цими знаннями);
- активна участь у процесі навчання (інтерактивізація навчання).

Варто зазначити, що за результатами анкетування 386 респондентів (провізорів-інтернів) 91,7% (354 особи) опитаних респондентів вважають важливим та необхідним вивчення курсу з невідкладної допомоги як обов'язкового розділу програми післядипломного навчання, що говорить про усвідомлення важливості питання, однак не доводить достатню вмотивованість та усвідомлення важливості навчання щодо опанування практичними навичками з надання невідкладної допомоги. Разом з тим, 29,7% респондентів мали середню медичну освіту та досвід в наданні медичної допомоги й рятуванні життя. У той же час 52% анкетованих відзначили брак впевненості при її наданні. Отримані результати, на нашу думку, пов'язані з недоліками структури навчального плану курсу «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях», а також його недостатньою тривалістю курсу під час навчання в інтернатурі (4 академічні години).

Мотиваційно-ціннісний компонент визначає систему особистісних якостей майбутнього провізора, його ціннісних орієнтацій, громадянської позиції, морально-етичних принципів (розуміння важливості збереження здоров'я та життя людини як найвищої суспільної цінності, своєї суспільної ролі, як представника сфери охорони здоров'я у збереженні життя та здоров'я громадян).

У процесі підготовки майбутніх провізорів перед викладачем стоїть надзвичайно важливе завдання, а саме: створення середовища, яке максимально сприятиме інтеракції як між викладачем та інтерном, так і між інтернами, що сприятиме формуванню стійких мотивів до навчання з надання першої долікарської допомоги.

Таким чином, мотиваційно-ціннісний компонент відображає сформованість мотивів, цілей і потреб щодо навчання та поглиблення знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, здатності майбутніх провізорів до

самонавчання, самовдосконалення, саморозвитку, що додатково стає мотивуючим фактором до навчання, формування інтелектуальних, особистісних та морально-етичних якостей, розуміння своєї професійної ролі як повноцінного представника сфери охорони здоров'я у збереженні життя та здоров'я громадян.

Знаннєво-практичний компонент компетентності з надання першої долікарської допомоги відображає сукупність теоретичних знань не тільки з вузькопрофільних (фахових) дисциплін, а й з базових (знання анатомії, фізіології та патологічної фізіології основних систем організму (дихальної, серцево-судинної, центральної нервової системи), розуміння основних патогенетичних механізмів критичних станів, фармакодинаміки та фармакокінетики) та практичних навичок (забезпечення прохідності дихальних шляхів й основи вентиляції, зупинки кровотеч, основи десмургії, техніки проведення базових реанімаційних заходів та уміння користуватись автоматичним зовнішнім дефібрилятором (AED) тощо, що дасть можливість надати якісну першу долікарську допомогу у випадку необхідності. Формування знаннєво-практичного компонента передбачає застосування інтерактивних методик і активних методів навчання та базується на особистісно орієнтованому спрямуванні навчання. Організація навчального процесу з надання першої долікарської допомоги шляхом інтерактивної взаємодії провізорів-інтернів, крім набуття теоретичних знань та практичних навичок, сприяє формуванню навичок вербальної та невербальної комунікації.

Знаннєво-практичний компонент професійної компетентності майбутніх провізорів щодо навчання з надання першої долікарської допомоги пацієнтам, можливо забезпечити шляхом чіткої структуризації навчального процесу з урахуванням потреб та очікувань інтернів, завдяки чому процес навчання буде «запланованим, позитивним досвідом, що спричинить відносно тривалу зміну в поведінці» [82, с. 3], що є основною ціллю у формуванні професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги.

Навчальний процес має бути побудований таким чином, щоб спрямуватися на систематизацію та доповнення до отриманих раніше знань з базових дисциплін і теоретичної підготовки набутих під час додипломного навчання у вищому

медичному закладі освіти. Адже ефективне навчання можливе лише тоді, коли новий матеріал, пов'язаний з уже наявними знаннями, включається в існуючу когнітивну структуру [12, с. 168]. Зокрема, спираючись на отримані знання з базових та суміжних клінічних дисциплін, майбутні провізори мають зрозуміти та засвоїти важливість вчасного розпізнавання стану загрози для життя, важливість правильного обстеження пацієнта при невідкладному стані для ефективної та вчасної допомоги, необхідність швидкого розпізнавання зупинки кровообігу, важливості проведення якісних базових реанімаційних заходів із використанням автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED), особливостей надання першої долікарської допомоги в залежності від невідкладного стану (травма, анафілаксія, гострі отруєння, гострий коронарний синдром). Становлення знаннево-практичного компонента професійної компетентності з першої долікарської допомоги базується не лише на засвоєнні та відпрацюванні навичок, а й на ознайомленні із складовими системи надання невідкладної медичної допомоги, особливостями професійної діяльності майбутнього провізора, потребою у постійному вдосконаленні професійних знань та знань з надання невідкладної допомоги.

Таким чином, знаннево-практичний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги відображає знання, уміння та практичні навички майбутнього провізора, які дадуть можливість якісно надати першу долікарську допомогу хворим та потерпілим до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги.

Особистісно-психологічний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги відображає сукупність особистісних якостей і психологічних характеристик (психо- та стресостійкості) майбутнього провізора, які дають можливість надати та впливатимуть на якість надання долікарської допомоги. Важливою складовою цього компонента є розуміння необхідності опанування знаннями та навичками з надання першої долікарської допомоги на основі ціннісних орієнтирів майбутнього провізора. Умовою реалізації особистісно-психологічного компонента є формування самосвідомості майбутнього провізора, здатності до організації надання першої долікарської допомоги, самоконтролю та контролю і

керування (лідерські якості) рятувальниками у випадку командної роботи. Формуванню особистісно-психологічного компонента професійної компетентності з надання невідкладної допомоги сприяє мотивування майбутніх провізорів до навчання, формування у них лідерських якостей, психологічної стійкості, здатності до керування процесом надання долікарської допомоги, прийняття швидких та нестандартних рішень у непередбачуваних ситуаціях, ефективної роботи в команді рятувальників, подальшого саморозвитку, розуміння своєї ролі як фахівця галузі охорони здоров'я, цінності життя та здоров'я громадян як головного критерію розвинутого та цивілізованого суспільства, наголошенні викладачем на необхідності надання долікарської допомоги та наведення позитивних прикладів з власної професійної діяльності та діяльності колег.

Таким чином, особистісно-психологічний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги визначає особистісні якості та психологічні характеристики майбутнього провізора, рівень його самосвідомості, вміння орієнтуватись у нестандартних та непередбачуваних ситуаціях, рівень психологічної стресостійкості, здатність до прийняття рішень, лідерських якостей, що дадуть можливість якісно надати першу долікарську допомогу самому та ефективно керувати командою рятувальників.

Організаційно-комунікаційний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги характеризує здатність майбутнього провізора організувати надання якісної першої долікарської допомоги як командою, так і з можливим залученням свідків події, здатність до ефективного спілкування, комунікації, збору (від свідків подій) та чіткої й ефективною передачі інформації про хворого та потерпілого медичним працівникам (спадкоємність).

Ефективному формуванню організаційно-комунікаційного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги майбутніх провізорів сприяє інтерактивізація навчання, побудова занять на основі симуляційних сценаріїв, максимально наближених до реальних умов та умов праці майбутніх провізорів, з використанням манекенів для відпрацювання практичних навичок, а також з урахуванням рівня теоретичної підготовки слухачів. Такий

навчальний процес сприяє розвитку та формуванню організаторських, лідерських якостей майбутнього провізора та ефективній комунікації в команді при наданні допомоги хворому та потерпілому.

Таким чином, організаційно-комунікаційний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги визначає здатність майбутнього провізора не лише надати допомогу самому, а й уміння організувати надання допомоги як свідками подій, рятувальними службами, командою рятувальників, забезпечивши при цьому збір та передачу необхідної інформації про пацієнта та обставини та ефективну комунікацію, що покращить якість надання допомоги й кількість інвалідизації і смертей хворих та потерпілих.

Відповідно, реалізація сукупності вищезгаданих компонентів спрямована на досягнення основної мети – формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів-інтернів під час навчання в інтернатурі і визначається: сформованістю мотивів, цілей і потреб щодо навчання та поглиблення знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, здатності майбутніх провізорів до самонавчання, самовдосконалення, саморозвитку; сукупністю теоретичних знань і практичних навичок; особистісних якостей та психологічних характеристик майбутнього провізора, які дають можливість надати та впливатимуть на якість надання долікарської допомоги; здатністю майбутнього провізора надати самому та організувати роботу з надання якісної першої долікарської допомоги командою рятувальників.

Структура професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів представлена на рисунку 2.1.

З метою оцінювання ефективності формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів виникає питання щодо визначення критеріїв сформованості даної компетентності.

Критерії – це об’єктивні показники для оцінки знань, умінь, навичок, на основі яких визначається рух особистості до поставленої мети, а саме – сформованої компетентності як результату взаємодії учасників навчального процесу.

Критерій (від лат. *Critērium* – розділяю, розрізняю) є підставою для оцінки, визначення або класифікації чогось, мірило [8, с. 588]. Критерії повинні відповідати таким вимогам: давати цілісну картину сформованої професійної компетентності майбутніх провізорів з надання першої долікарської допомоги; відобразити динаміку формування кожного компонента компетентності; відобразити певне співвідношення кількісних і якісних показників; забезпечуватися доступними для широкого використання методиками оцінювання. Критерії поділяють на кількісні та якісні. Кількісний критерій – оцінка зовнішніх умов, у тому числі організаційних, для успішного формування професійної компетентності. Якісні критерії – дозволяють оцінити рівень сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. Критерії оцінювання реалізуються в нормах оцінок, які встановлюють чітке співвідношення між вимогами до знань, умінь і навичок, які оцінюються, та показниками оцінки в балах.



Рис. 2.1 Структура професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів

Сформованість професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів буде оцінюватись за такими критеріями (табл.2.1): мотивація до набуття та поглиблення знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, рівень особистісних якостей, ціннісних орієнтацій, громадянської позиції, морально-етичних принципів, рівень знань, умінь та практичних навичок, особистісні якості та психологічні характеристики, рівень психо- та стресостійкості, організаторські та комунікативні якості.

На основі попередньо визначеної структури професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів нами було визначено критерії до кожного з компонентів компетентності. Сформованість професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів оцінювалась нами за такими критеріями (табл. 2.1): мотивація майбутніх провізорів до навчання та надання першої долікарської допомоги, дотримання принципів моралі, деонтологічних та суспільних цінностей, знання, уміння та практичні навички з надання першої долікарської допомоги, усвідомлення провізором важливості надання першої долікарської допомоги, психо-стресостійкість, здатність надати та організувати надання першої долікарської допомоги, здатність до встановлення ефективної комунікації. Як рівні оцінювання нами було обрано такі показники: високий, середній, низький. Розглянемо їх більш детально.

Нами визначено три рівні сформованості компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги: високий, середній, низький.

Розглянемо рівні сформованості мотиваційно-ціннісного компонента.

Якісним відображенням мотиваційно-ціннісного критерію є:

високий рівень – характеризується високою мотивацією до навчання, впевненості щодо необхідності опанування знаннями та навичками з надання першої долікарської допомоги, готовності до її надання, прагнення до постійного розширення знань та самовдосконалення;

середній рівень характеризується нестійкою мотивацією до навчання, незначним інтересом до засвоєння та здобуття знань і вмінь щодо надання першої долікарської допомоги, потребує стимулювання викладачем;

низький рівень характеризується байдужим ставленням до освоєння знань і навичок з надання першої долікарської допомоги, небажанням до саморозвитку, індиферентним ставленням до моральних переконань та принципів.

Таблиця 2.1

Критерії сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутнього провізора

№ з/п	Критерії сформованості	Показники	Методики перевірки
1	Мотиваційно-ціннісний	- мотивація провізорів до навчання та надання першої долікарської допомоги; - дотримання принципів моралі, деонтологічних та суспільних цінностей	Оцінка ступеня сформованості стійких мотивів (Л. Ф. Спіріна) Методика «Ціннісні орієнтації» (М. Рокіч)
2	Знаннево-практичний	- рівень знань з надання першої долікарської допомоги; - володіння навичками обстеження, проведення реанімаційних заходів; - знання та практичні навички з надання першої долікарської допомоги в особливих ситуаціях	Оцінка тестуванням за ЧЕК-листом (практичні навички)
3	Особистісно-психологічний	- усвідомлення важливості надання першої долікарської допомоги; - психо-стресостійкість	Опитувальник «Психологічна компетентність провізора з надання ПДД» (Л. М. Карамушка) Метод незалежного оцінювання
4	Організаційно-комунікаційний	- здатність надати та організувати надання першої долікарської допомоги; - здатність до встановлення ефективної комунікації	Метод експертної оцінки Опитувальник (Т. І. Пашукова)

Розглянемо рівні сформованості знаннєво-практичного компонента.

Високий рівень характеризується наявністю системних знань з базових та суміжних клінічних дисциплін щодо невідкладних станів та зупинки кровообігу, добре орієнтується у наданні першої долікарської допомоги в залежності від ситуації та набирає більше 85% вірних відповідей за результатами тестування. Високий рівень практичного компоненту характеризується добрим володінням навичок при обстеженні пацієнта в стані загрози для життя, швидкому підтвердженні зупинки кровообігу, якісним проведенням базових реанімаційних заходів (співвідношення натискання грудної клітки та вентиляції, частота натискання за хв., глибина натискання, мінімізація перерв у натисканні), вмінням обслуговувати AED, забезпеченням прохідності дихальних шляхів та вентиляції (правильне виконання прийому Сафара, вентиляція із застосуванням кишенькової маски, мішка Амбу), добре орієнтується в обсязі першої допомоги та виборі оптимального лікарського засобу в залежності від невідкладного стану. Не допускає помилок.

Середній рівень характеризується володінням задовільних знань з базових та суміжних клінічних дисциплін щодо невідкладних станів та надання допомоги у випадку раптової зупинки кровообігу, недостатньо орієнтується в наданні першої долікарської допомоги в залежності від ситуації, та набирає менше 85%, але більше 70% вірних відповідей за результатами тестування. Середній рівень знаннєво-практичного компонента характеризується задовільним володінням навичок, допускає несуттєві помилки при обстеженні пацієнта в стані загрози для життя, підтвердженні зупинки кровообігу, проте якісно проводить базові реанімаційні заходи, обслуговує AED, забезпечує прохідність дихальних шляхів, орієнтується в невідкладних станах, має проблеми при виборі оптимального об'єму першої допомоги та виборі лікарського засобу в залежності від невідкладного стану. Не допускає критичних помилок.

Низький рівень менше – 70% за результатами тестування, перша долікарська допомога не може бути наданою внаслідок браку знань. Низький рівень знаннєво-практичного компонента: незадовільний рівень набутих навичок, погано

орієнтується у невідкладних станах і виборі першої допомоги, не може обстежити пацієнта із ризиком зупинки кровообігу на рівні порушень вітальних функцій, не здатен провести базові реанімаційні заходи. Допускає критичні помилки.

Ми вважаємо, що в оцінці сформованості знаннево-практичного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги низький рівень є недопустимим та є таким, що не дозволить якісно надавати першу долікарську допомогу майбутнім провізором.

Розглянемо рівні сформованості особистісно-психологічного компонента.

Високий рівень: характеризується усвідомленням провізором обов'язку надати першу долікарську допомогу як представником сфери охорони здоров'я та проявом громадянської позиції, високим рівнем психо- та стресостійкості, що дасть можливість якісно надати долікарську допомогу.

Середній рівень: надання першої долікарської допомоги вважає проявом громадянської позиції, а не обов'язком, не ототожнює свою професію зі сферою охорони здоров'я, психо- та стресонестійкий.

Низький рівень: не усвідомлює потреби в наданні першої долікарської допомоги, не вважає це обов'язком провізора, психо- та стресонестійкий.

На нашу думку, для надання якісної першої долікарської допомоги майбутнім провізором особистісно-психологічний компонент має бути сформований не менш ніж на середньому рівні.

Розглянемо рівні сформованості організаційно-комунікаційного компонента.

Високий рівень: характеризується наявністю високої організації, лідерських якостей, ефективної комунікації при роботі в складі команди рятувальників, здатністю приймати нестандартні рішення, високою психо- та стресостійкістю.

Середній рівень: має проблеми в комунікації з іншими членами команди, недостатні лідерські якості, шаблонне мислення в особливих ситуаціях, не відходить від алгоритму.

Низький рівень: не усвідомлює потреби в наданні першої долікарської допомоги, психо- та стресонестійкий, не має ефективної комунікації при роботі в команді, не здатен приймати рішення в нестандартній ситуації.

На основі аналізу змісту та структури ключових компетентностей, професійної компетентності медичних працівників та провізорів, представлених у науковій літературі, нами було визначено компоненти компетентності з надання першої долікарської допомоги, а саме: мотиваційно-ціннісний; знаннево-практичний; особистісно-психологічний; організаційно-комунікаційний та розкрито зміст кожного з компонентів з урахуванням особливостей формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги.

Таким чином, структура професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів складається з чотирьох компонентів: мотиваційно-ціннісного, знаннево-практичного, особистісно-психологічного та організаційно-комунікаційного. Критеріями сформованості компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги визначено високий, середній та низький рівні. Таким чином, на нашу думку, для надання якісної першої долікарської допомоги рівень сформованості знаннево-практичного та особистісно-психологічного компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів має бути не нижче середнього. Формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, як обов'язкового компонента професійної, під час опанування курсу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» на післядипломному етапі навчання, має бути спрямовано на становлення кожного з її структурних компонентів.

2.2. Обґрунтування методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання

Всесвітня федерація медичної освіти (World Federation for Medical Education [WFMA]) була заснована у 1972 році в м. Копенгаген, Данія. Метою федерації визначено сприяння комунікації серед медичних викладачів та розвитку національних асоціацій із питань медичної освіти по всій Європі. У 2001 р.

виконавчим комітетом Всесвітньої федерації медичної освіти був прийнятий перелік стандартів медичної освіти [90]. У 2005 році уряд України офіційно підтримав та зобов'язався «робити кроки по внесенню змін у національну політику з тим, щоб система вищої освіти та інші суспільні інститути забезпечували можливість розвитку неперервної освіти», медичної зокрема [42]. Один із рекомендованих стандартів неперервної освіти присвячений забезпеченню вдосконалення професійної компетентності шляхом створення умов для її ефективного функціонування у відповідних вищих медичних закладах освіти. В стандартах були сформовані вимоги до компетентностей медичних працівників, які також, з певними адаптаціями, можуть бути застосовані до провізорів як представників сфери охорони здоров'я. Ці вимоги спонукали до подальшого розвитку професійної педагогіки та медичної і фармацевтичної освіти зокрема, що створювало б умови для підготовки компетентного фахівця в Україні.

З урахуванням сучасних реалій, що полягають у стрімкому розвитку науки, широкому впровадженні новітніх технологій, виході України на європейський ринок та зарубіжних компаній на український, появі спільних підприємств та проектів, потреб ринку праці, постають нові вимоги до підготовки освіченої, конкурентоспроможної, творчої особистості, готової забезпечувати потреби суспільства як на національному, так і на міжнародному ринку. Цьому сприяє впровадження компетентнісного підходу у сучасну вищу освіту і формування професійної компетентності майбутніх фахівців як показника якості отриманої освіти [36, с. 13-25]. Реалізація компетентнісного підходу як основи формування професійної компетентності сучасного фахівця вимагає оновлення, розроблення та впровадження сучасних інноваційних педагогічних технологій та методик, що є одним із найважливіших завдань сучасної освіти [16, с.11-17, 34, с. 69-79].

Технологічний підхід ґрунтується на проектуванні способу організації процесу з орієнтацією на чітко визначені цілі, моделювання процесу, кінцевого результату (сформовані компетентності), засобів його досягнення. Головна ідея технологізації освітнього процесу полягає у перетворенні педагогічного процесу в освітній установі на цілеспрямований процес діяльності всіх його суб'єктів [57, с.

127-131]. На думку С. О. Сисоєвої, педагогічна технологія є педагогічною системою, яка об'єднує три взаємопов'язані компоненти: науковий (вивчення і розробка мети, змісту і методів навчання та проектування педагогічних процесів); процесуально-описовий (опис процедури, комплекс цілей, змісту, методів і засобів для досягнення планованих результатів навчання); процесуально-діючий (здійснення технологічного процесу, функціонування всіх особистісних, інструментальних і методологічних педагогічних засобів). Науковець подає структуру педагогічної технології, яка включає: концептуальну основу; змістовну частину навчання (цілі, зміст навчального матеріалу); процесуальну частину (організація навчального процесу, методи і форми навчання учнів, методи і форми роботи педагога, управління та діагностика робочого процесу) [57, с. 129-130].

Для ефективного функціонування педагогічної технології мають бути дотримані методологічні вимоги. М. В. Гриньова визначає такі методологічні вимоги педагогічної технології [48]:

- Концептуальність – опора на наукову концепцію, яка обґрунтовує досягнення освітніх цілей.
- Системність – підтвердження ознак системи: логіки процесу, взаємозв'язку усіх складових, цілісності.
- Ефективність – гарантування досягнення запланованого результату навчання.

С. О. Сисоєва подає такі методологічні вимоги до педагогічної технології: концептуальність (опора на наукову доктрину, що включає філософське, психологічне, дидактичне і соціально-педагогічне аргументування досягнення освітніх цілей); системність (логіка процесу, взаємозв'язок усіх її частин, цілісність); керованість (можливість управління навчальним процесом, діагностика його етапів, корекція результатів); ефективність (гарантія досягнення визначеного стандарту навчання); відтворюваність (можливість застосування педагогічної технології в інших однотипних освітніх установах) [57, с. 130]. Б. І. Корольов визначає такі вимоги до технології навчання: постановка пізнавального завдання; забезпечення подання змісту навчального матеріалу; оцінка навчальних досягнень у результаті використання технології; інтеграція використання уже отриманих

первинних знань з метою формування вищого рівня наукових знань; забезпечення засад для подальшого прогресивного розвитку [27, с. 88-105].

У педагогічній літературі термін «технологія» використовують у таких значеннях: 1) синонім понять «методика» чи «форми організації заняття» (технологія спілкування, взаємодії, організації індивідуальної діяльності); 2) як сукупність усіх використаних у конкретній педагогічній системі методів, засобів і форм навчання; 3) як сукупність і послідовність методів і процесів, спланованих на одержання запланованого результату [67]. На думку С. О. Сисоєвої, є відмінність у поняттях технологія та методика. На думку науковця, у технологіях більш представлені процесуальний, кількісний і розрахунковий компоненти, у методиках – цільова, змістовна, якісна і варіативно-орієнтована сторони [57, с. 130]. Подібної думки дотримується і Б. І. Корольов, який вважає, що технологія, на відміну від методики, є сталою і не допускає змін [27, с. 88-105]. У порівнянні з технологією методика вирішує тактичні проблеми навчання та є сукупністю методів, системи прийомів і засобів, що застосовуються для досягнення навчальних цілей [70, с. 128]. Технологія навчання включає в себе методику навчання, яка є сукупністю форм та методів, засобів, прийомів навчання, що, у відповідності до цілей, дозволяють отримання запланованих результатів навчального процесу [56, с. 40]. На думку С. У. Гончаренка, поняття «методика» є значно вужчим у порівнянні з поняттям «технологія» та розуміється як учіння про методи навчання [11, с. 11]. Науковець визначає методику як «галузь педагогічної науки, що досліджує зміст навчального предмета й характер навчального процесу, який сприяє засвоєнню необхідного рівня знань, умінь та навичок, розвитку мислення, формуванню світогляду і вихованню якостей громадянина своєї країни» [11, с. 9], й «відображає особливість відповідної науки, її змісту й методів дослідження» [11, с. 9]. У нашій роботі, розглядаючи цільову, змістовну і якісну сторони навчального процесу, приймаючи формулювання «технологія» та «методика» як синоніми та з ціллю узгодженості термінів, будемо застосовувати визначення «методика».

Ми поставили за мету обґрунтувати методику формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах

симуляційного навчання (симуляційний тренінг) як одного із методів інтерактивного навчання з метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів під час опанування циклу «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях» частини навчального плану післядипломної освіти провізорів-інтернів.

Під методикою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання ми розуміємо методику, що визначає зміст, педагогічні умови, сукупність форм і методів навчання, засобів навчання, педагогічних підходів, метою яких є формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

Симуляційне навчання є інноваційною освітньою технологією, одним із методів інтерактивного навчання, яке широко впроваджене в навчання медичних працівників у зарубіжних країнах та впроваджується в Україні. Інноваційне навчання є процесом та результатом навчальної освітньої діяльності, що стимулює новаторські зміни в культурі, соціальному середовищі. Ціллю інноваційного навчання є формування здатності особистості змінюватись й адаптуватись відповідно до змін, що відбуваються в суспільстві, за рахунок розвитку здібностей до різноманітних форм мислення, творчості, здатності до співпраці та співробітництва з іншими людьми. Інноваційне навчання – «зорієнтована на динамічні зміни в навколишньому світі навчальна та освітня діяльність, яка ґрунтується на розвитку різноманітних форм мислення, творчих здібностей, високих соціально-адаптаційних можливостей особистості» [14, с. 3-5].

Т. І. Туркот розглядає інноваційне навчання як форму педагогічної діяльності і мислення, спрямовану на організацію нововведень в освітньому просторі, процес впровадження інновацій в освіті та комплекс методичних і послідовних кроків, скерованих на її оновлення, трансформацію мети, змісту, організації, форм і методів навчання та виховання, адаптацію навчального процесу до нових суспільно-історичних умов. Науковець акцентує увагу на домінуючій та вирішальній ролі

педагога його творчого потенціалу в реалізації методик і технологій інноваційного навчання [64].

Перспективними та ефективними методами інноваційного навчання, що сприяють високій ефективності засвоєння знань та формуванню практичних навичок фахівців, є методи інтерактивного навчання. Інтерактивне навчання є навчанням, яке здійснюється за умови постійної, активної взаємодії всіх учасників навчального процесу. Інтерактивне навчання – це посилена педагогічна взаємодія, міжсуб'єктна комунікація з урахуванням власної індивідуальності, що характеризується інтенсивним спілкуванням всіх учасників навчального процесу, активним обміном діяльністю та зміною її різновидів, форм і прийомів, спрямованістю на самоаналіз власних дій, високим рівнем комунікації [53, с. 17]. Характерною особливістю інтерактивного навчання є процес взаємодії як безпосередньої міжособистісної комунікації, найважливішою особливістю якої визнається здатність людини «приймати роль іншого», уявляти, як її усвідомлює партнер по спілкуванню або група і відповідно інтерпретувати ситуацію і конструювати власні дії [15, с. 8].

На відміну від традиційних методів навчання, в основу інтерактивних методів покладена активна участь всіх суб'єктів навчального процесу – як інтернів, так і викладача, що дає можливість активізувати навчальний процес, мотивувати інтернів до навчання, зробити його більш цікавим, пізнавальним та результативним. Ціль інтерактивного навчання – зацікавити, вмотивувати інтернів, цим самим зробити процес пізнання та навчання більш результативним. Важливим при цьому є розуміння інтернів, що знання, досвід, світогляд кожного з них є надзвичайно цінними та будуть враховані викладачем. Навчання базується на спільному досвіді всіх учасників вишколу, є різностороннім та різнобарвним [19, с. 25-30].

Г. О. Сиротенко визначає інтерактивні методи навчання процесами спільної діяльності суб'єктів навчального процесу, характерними ознаками якого є: присутність учасників у часі та просторі, що створює можливість міжособистісної взаємодії; спільна мета й очікуваний результат діяльності, який відповідає інтересам всіх і сприяє досягненню цілей кожного; планування, контроль, внесення коректив і

координація дій; спільна всіх учасників; виникнення міжособистісних відносин. Метою ж інтерактивного навчання, на думку вченого, є реалізація особистісно-орієнтованого навчання шляхом створення такої атмосфери в процесі навчання, яка б найліпшим чином сприяла співпраці, порозумінню та доброзичливості між педагогом та учнями [53, с. 16]. Завдання інтерактивного навчання – забезпечення спільного процесу пізнання, формування необхідних компетенцій на основі отриманих знань, умінь та навичок, що реалізується взаємною партнерською взаємодією як між учнями, так і педагогом з урахуванням інтересів, запитів, життєвого та професійного досвіду кожного учасника навчального процесу. При цьому відбувається активна взаємодія всіх учасників навчального процесу, обмін думками, досвідом, спільне вирішення проблем, створюється атмосфера ділового співробітництва.

М. В. Кларін визначає інтерактивне навчання як спеціальну форму організації пізнавальної діяльності учнів, що має конкретні цілі, а саме створення конкретних умов навчання, за допомогою яких учень відчуває свою успішність, свою інтелектуальну спроможність, що робить продуктивним сам процес навчання [23].

На думку О. І. Пометун, «сутність інтерактивного навчання полягає в тому, що навчальний процес відбувається за умов постійної, активної взаємодії всіх учнів. Це співнавчання, взаємонавчання (колективне, групове, навчання у співпраці), де учень і вчитель є рівноправними, рівнозначними суб'єктами навчання. Педагог виступає у ролі організатора процесу навчання, лідера групи. Організація інтерактивного навчання передбачає моделювання життєвих ситуацій, використання рольових ігор, спільне розв'язання проблем. Такий вид навчання ефективно сприяє формуванню цінностей, навичок і вмінь, створенню атмосфери співпраці, взаємодії, дає змогу педагогу стати справжнім лідером» [50, с. 7-9].

С. О. Сисоева визначає основні принципи інтерактивного навчання дорослих (принцип діалогічної взаємодії; принцип кооперації та співробітництва; принцип активної рольової (ігрової) і тренінгової організації навчання) та виділяє позитивні результати навчання дорослих: 1) інтенсифікація процесу розуміння, засвоєння й творчого застосування знань при вирішенні практичних завдань; 2) підвищує

мотивацію й залученість дорослих учнів до вирішення навчальних проблем, формує здатність мислити неординарно; 3) дає досвід встановлення контакту, досвід діалогічної пізнавальної діяльності, соціально-моральних комунікативних відносин і самопізнання; 4) забезпечує не тільки зростання знань, умінь, навичок, способів діяльності й комунікації, а й є необхідною умовою для формування професійної компетентності; 5) за рахунок комунікації між викладачем і партнерами по навчанню співробітництво в навчанні та система контролю за засвоєнням знань можуть будуватись на основі оперативного зворотного зв'язку, що робить контроль більш гнучким і гуманним; 6) змінюється не лише установки та досвід учасників, але й навколишня дійсність, тому що найчастіше інтерактивні методи навчання є імітацією інтерактивних видів діяльності, що мають місце в суспільній і державній практиці демократичного суспільства [55, с. 36-39].

Симуляційне навчання є одним із різновидів інтерактивного навчання. Особливістю такого навчання є рівноправність учня та викладача з роллю викладача як координатора, який своїми діями мотивує та активізує пізнавальну діяльність слухача. Симуляційне навчання є активним методом навчання, де ролі слухача і викладача є рівноправними та відбувається постійний зворотний зв'язок з кожним слухачем. Перевага інтерактивного навчання, в порівнянні з традиційним, полягає у високій продуктивності та ефективності. Результати досліджень, проведених Національним тренінговим центром Сполучених Штатів Америки у 80-ті рр., (штат Меріленд), підтвердили тезис Едгара Дейла щодо ефективності активного (тренінг) навчання, яке дозволяє збільшити ефективність запам'ятовування та відсоток засвоєного матеріалу до 50-90%, оскільки впливає не лише на свідомість учня, а й на його почуття, волю, дії, практику [73]. Результати цих досліджень відображені в рис. 2.2, що отримав назву «Піраміда навчання».

З піраміди видно, що найменші результати отримуються за умов пасивного навчання (лекція – 5%, читання – 10%), а найбільші – інтерактивного (дискусійні групи – 50%, практики через дію – 75%, навчання інших чи негайне застосування – 90%) [73].



Рис. 2.2. Піраміда навчання Едгара Дейла

Основними методами інтерактивного навчання є: інтерактивна лекція, обговорення проблеми в командах і парах, мозковий штурм, карусель, практичні завдання, ігрові вправи, рольові та ділові ігри, тренінг тощо [62, с. 8]. З метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання, ми обрали такі форми та методи інтерактивного навчання: інтерактивна лекція, семінар, дискусія, тренінг, симуляційний сценарій, реалізованими підходами «чотирьох кроків Пейтона» [87, 89], «позитивної критики», «позитивного мотивування» [83, 84] та «постійного оцінювання».

Історія сучасного симуляційного навчання починається з початку ХХ століття і пов'язана з розвитком авіації. У 1909 році для відпрацювання навичок пілотування літаком «Антуанета» було вперше застосовано симуляційний тренажер, а у 1929 році американським інженером Едвіном Лінком був запатентований тренажер для навчання пілотів польотам по радіопеленгу [74]. Симуляційне навчання в медицині іде з глибокої давнини і пов'язане з розвитком медичної науки. Першими фантомами в медицині, що дійшли до наших днів, є фантоми для пологів ХVIII століття Анжеліки де Кюдре [71, 79], яка придумала власну методику стимуляційного навчання для повітух. Поштовхом до створення першого манекена для проведення СЛР, відомого як Resusci Anne (повернена до життя Анна) норвезьким лікарем

Бьорном Ліндом та підприємцем Асмундом Лаердалом, стало знайомство Бьорна Лінда з книгою «ABC resuscitation», опублікованою у 1957 році завідуючим відділенням реанімації м. Балтімор (США) Пітером Сафаром. В книзі були представлені основи СЛР (серцево-легеневої реанімації), що стали революційними в принципах надання невідкладної допомоги. Перший комп'ютерний манекен був спроектований інженером Стефаном Абрахамсоном і лікарем Джадсоном Денсоном в університеті Південної Каліфорнії в середині 60-х. років [72, с. 11-18]. Саме з цього часу починається історія сучасного симуляційного навчання у медицині. Завдяки розвитку комп'ютерної техніки та мікроелектроніки з'явилися складні високотехнологічні манекени, які дозволяють розкрити справжній потенціал симуляційного навчання, а у 1994 році створено SESAM – Європейську асоціацію з симуляційної медицини, яка щорічно проводить великі міжнародні конференції з симуляційного навчання [90].

Теоретичні основи симуляційного навчання в медицині були закладені професором Гарвардської Школи Медицини Девідом Габа [77, с. 2-10]. Засновники методу симуляційного навчання симуляцію визначають як: набуття досвіду через створення умов без ризику для пацієнта [86, с. 66-69]; заміна чи поглиблення реального досвіду з керованим досвідом, який відтворює аспекти реального світу через інтерактивність [77]; штучне представлення реального процесу для досягнення навчальних цілей, основане на отриманому досвіді [76, с. 56-66].

Симуляційне навчання є одним із головних методів навчання у медицині, особливо коли мова йде про навчання реанімаційним заходам. Для оптимізації допомоги пацієнтам із зупинкою кровообігу та покращення виживання Європейською радою реанімації (ERC – European Resuscitation Council) та Американською асоціацією серця (AHA – American Heart Association) було розроблено програму та методологію навчання курсу з реанімаційних заходів, який включає навчання базовим реанімаційним заходам (BLS – Basic Life Support) та спеціалізованим реанімаційним заходам (ALS – Advanced Life Support) [221, с. 81-99]. Викладання означених курсів здійснюється шляхом моделювання симуляційних

сценаріїв викладачем на манекенах в умовах, максимально наближених до реальних, що досягається за допомогою підходів [83]:

- позитивної критики (фідбек) [84, 88];
- чотирьох кроків Пейтона [87, 89, с. 171-180];
- постійного оцінювання.

Підхід позитивної критики (фідбек) передбачає психологічне стимулювання інтернів до подальшого опанування представленого матеріалу шляхом обов'язкового відзначення двох позитивних дій у роботі інтерна, а також двох дій, які було б бажано удосконалити або змінити наступного разу (пряма негативна критика недопустима у даному випадку). Опанування практичними навичками слухачами реалізується підходом чотирьох кроків Пейтона [87, 89, с. 171-180], що передбачає чітко визначену послідовність взаємодії викладача з інтернами (для прикладу: 1 крок – демонстрація викладачем реанімаційних заходів у реальному часі; 2 крок – та ж сама демонстрація з роз'ясненням власних дій викладачем; 3 крок – повторна демонстрація реанімаційних дій викладачем, що супроводжується коментарем інтерна; 4 крок – самостійне відтворення реанімаційних заходів інтерном). Для кращого розуміння сутності підходу «чотирьох кроків», вважаємо за необхідне розглянути кожен крок даного підходу більш детально [83, с. 24-25, 87]:

- Сутність першого кроку (Demonstration) полягає в презентації маніпуляції викладачем в реальному часі без коментаря, оскільки це може відвернути увагу інтерна. Метою кроку є демонстрація кінцевих цілей заняття. Важливим моментом даного етапу є правильне виконання втручання (маніпуляції) викладачем.
- Другим кроком (Deconstruction) викладач демонструє ту ж процедуру, коментуючи кожну дію. Метою даного етапу є обмін інформацією між викладачем та інтернами. Пояснення допоможе інтернам впорядкувати нові поняття та зрозуміти як на основі набутого раніше досвіду рухатись до знань і навичок, які повинні бути засвоєні. Важливим моментом даного кроку є повторення викладачем вказівок та рекомендацій інтернам, що полегшить їм засвоєння нових навичок. Цей крок дає можливість закріпити здобуті знання

шляхом виконання практичних вправ. Залучення інтернів до активної діяльності збільшує їх мотивацію та бажання вчитися.

- Третій крок (Comprehension) полягає в коментуванні інтерном процедури, яку виконує викладач. Даний етап є вирішальним в опануванні навички, оскільки слухачі беруть відповідальність за виконувані дії. Правильний коментар вказує, що інтерн зрозумів ціль заняття. Коментуючи логічну та впорядковану послідовність дій викладача при виконанні втручання, інтерн має можливість ще раз спостерігати її правильне виконання. Мета цього етапу – зібрати та впорядкувати всю отриману інформацію. Важливим моментом даного етапу є можливість ставити запитання. Відповідь викладача повинна розвіяти будь-які сумніви інтерна, а також у позитивний спосіб підбити підсумок виконаної вправи, що збільшить мотивацію у процесі наступних практичних занять.
- Четвертий крок (Performance) є завершальним та полягає у самостійному виконанні інтерном засвоєної процедури (маніпуляції). Інтерни демонструють правильність виконання процедури, включаючи всі етапи, закріплюючи отриманий матеріал. Цей крок завершує процес навчання та закріплює навички з виконання процедури.

Після виконання усіх етапів (кроків) провізор-інтерн переходить від поняття «свідомо некомпетентного» (усвідомлює, що він не може це виконати) до «свідомо грамотного» (уміння виконувати осмислено), і лише після багаторазового виконання у реальних умовах він буде прогресувати до поняття «несвідомо компетентний» [87, 89, с. 171-180].

Оцінювання викладачем проводиться не лише під час іспиту, а постійно, впродовж всього курсу, що дає можливість вчасно виявити брак знань та навичок у деяких інтернів та своєчасно їх скоригувати. Навчання з надання базових та спеціалізованих реанімаційних заходів вимагає особливої структуризації занять, що висвітлює основні цілі та завдання заняття, передбачає обов'язкову дискусію з питань, що розглядаються, та потребує формулювання висновків за результатами проведеної роботи (дана структура має бути притаманна всім формам педагогічної роботи) [83, с. 24]. Європейська рада реанімації, яка є основною організацією в

Європі щодо створення рекомендацій та проведення навчання з реанімаційних заходів, у структуру якої входять провідні європейські фахівці, рекомендує проводити навчання лише на основі симуляційних сценаріїв. Дана стратегія реалізується шляхом проведення курсів ALS (спеціалізовані реанімаційні заходи) та BLS (базові реанімаційні заходи). Навчання на даних курсах проводиться інструкторами, які пройшли підготовку на сертифікованому курсі з навчання дорослих. Програма курсу основана на використанні різних методів і методик навчання та їх поєднанні. Заняття проводяться у формі закритої дискусії, семінару, практичних занять із застосуванням симуляційного сценарію, зрозумілого та доступного для сприйняття слухачем. Симуляція включає заходи, спрямовані на формування практичних навичок, алгоритмів та комунікацій [83, с. 40-44].

Розробка методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання мала такі етапи:

- підготовчий етап;
- етап реалізації;
- корекційний етап;
- аналіз результатів.

На підготовчому етапі розробки методики, що базувалась на засадах симуляційного навчання (планування і прогнозування результатів), нами було визначено педагогічні принципи, доцільність та мета навчання – сформувати професійну компетентність з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів. При плануванні розробки даної методики, за результатами проведеного анкетування щодо стану підготовки провізорів-інтернів з надання першої долікарської допомоги, враховувались очікування інтернів від навчання на курсі, їх попередній досвід (попередньо отримана середня/вища медична освіта). Також був визначений термін навчання циклу «Практичний курс невідкладної допомоги» – 30 академічних годин.

Плануючи розробку методики, нами було визначено зміст формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання, що включав сукупність педагогічних умов, форми та

методи навчання, засоби навчання та заплановані результати навчання. Після закінчення циклу «Практичний курс невідкладної допомоги» провізор-інтерн повинен розуміти основи патологічної фізіології (з урахуванням особливостей фармацевтичної освіти) вітальних систем організму (дихальної системи, системи кровообігу, центральної нервової системи), що супроводжують кожен критичний стан незалежно від причини. Окрім набутих теоретичних знань, по закінченні циклу провізор-інтерн повинен володіти такими уміннями та практичними навичками: уміння обстежити пацієнта в стані загрози для життя (з урахуванням реальних знань і практичних навичок провізора); розпізнати порушення прохідності дихальних шляхів та розлади дихання; уміти відновити прохідність дихальних шляхів та проводити штучну вентиляцію легень; зупинити кровотечу; знати основи десмургії; уміти надати першу долікарську допомогу при гострому коронарному синдромі, анафілаксії, астмі; підтвердити зупинку кровообігу та якісно проводити базові реанімаційні заходи (натискання грудної клітки та вентиляція); уміння користуватись автоматичним зовнішнім дефібрилятором (AED). Метою навчання, за розробленою нами методикою, було не лише отримання теоретичних знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, а й формування та подальший розвиток морально-ціннісних орієнтирів, розуміння необхідності та збільшення мотивації до навчання, розвиток комунікативних, організаторських, лідерських якостей у провізора.

На підготовчому етапі розробки методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання нами була розроблена програма навчання та навчальний план циклу з надання першої долікарської допомоги для провізорів в умовах інтернатури. Програма навчання циклу «Практичний курс невідкладної допомоги» включала визначення мети навчання – сформувати професійну компетентність з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів як важливу складову їх професійної компетентності, завдання програми, структуру навчального плану, визначала форми та методи навчальних занять та систему оцінювання підсумкового заліку. Для теоретичної підготовки провізорів-інтернів з першої

долікарської допомоги нами були розроблені методичні рекомендації «Практичний курс невідкладної допомоги» до розділу «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях» Типового навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності «Загальна фармація».

Навчальний план програми складався з 9 тематичних розділів, на засвоєння яких було відведено 30 академічних годин, з яких 24 години аудиторних та 6 годин самостійної навчальної роботи провізорів-інтернів. Навчальний план програми був розрахований на 3 лекції тривалістю до 45 хвилин для ознайомлення з такими поняттями як: основні причини зупинки кровообігу у дорослих, обстеження пацієнта у критичному стані; алгоритм базових реанімаційних заходів; надання допомоги пацієнтам в особливих ситуаціях (травми та отруєння, гострий коронарний синдром, анафілаксія, напад бронхіальної астми, гостре порушення мозкового кровообігу. 6 академічних годин у програмі було виділено на семінарські заняття, на яких провізорами-інтернами розглядались питання важливості розпізнавання порушень і забезпечення прохідності дихальних шляхів, роль гіпоксії як причини зупинки кровообігу; роль швидкої дефібриляції автоматичним зовнішнім дефібрилятором свідками зупинки кровообігу як важливого фактора, що впливає на виживання у випадку раптової зупинки кровообігу; надання першої долікарської допомоги в особливих ситуаціях; морально-етичні питання надання першої долікарської допомоги. Натомість на практичну частину занять циклу програми виділено найбільшу кількість часу (15 академічних годин). На нашу думку, збільшення кількості академічних годин саме на практичну частину, що базувалась на засадах симуляційного навчання (практично-орієнтований курс), максимально сприяє формуванню у інтернів умінь і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги та означеної компетентності відповідно.

На підготовчому етапі розробки методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання нами були визначені та сформульовані очікувані результати навчання для кожного розділу занять. Так, по закінченні розділу

«Обстеження пацієнта в стані загрози для життя» провізор-інтерн повинен уміти оцінити власну безпеку, вчасно викликати допомогу, елементарно обстежити пацієнта: визначити стан свідомості, оцінити ознаки життя – прохідність дихальних шляхів, оцінка дихання (частота, глибина, екскурсія грудної клітки) та кровообіг (наявність пульсу на периферійній та магістральній артеріях), оцінка периферійної перфузії (частота, характеристики пульсу, колір, температура шкірних покривів, час капілярного наповнення), обстежити пацієнта на наявність можливих ушкоджень, кровотеч, зібрати необхідну інформацію від пацієнта, оточення, свідків, знати тактику до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги (підтримка прохідності дихальних шляхів і моніторинг життєвих показників частота дихання, частота пульсу, артеріальний тиск (по можливості) кожних 5 хвилин, передача зібраної інформації про пацієнта та про обсяг наданої допомоги).

Засвоївши розділ «Забезпечення прохідності дихальних шляхів і способи вентиляції», провізор-інтерн повинен уміти розпізнати порушення прохідності дихальних шляхів і дихання та володіти навичками з відновлення прохідності дихальних шляхів (ревізія ротової порожнини, відновлення прохідності дихальних шляхів потрійним прийомом Сафара, постановкою ротогорлової трубки) і безпечної вентиляції методом рот до рота із використанням засобів захисту (захисна плівка з клапаном, кишенькова маска) та мішком Амбу.

Результатом засвоєння провізором-інтерном розділу програми «Алгоритм базових реанімаційних заходів» мають бути такі навички: швидке підтвердження зупинки кровообігу (одночасно оцінюючи наявність самостійного дихання та пульсу на магістральній артерії); виклик про допомогу, запит автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED); якісне проведення натискання грудної клітки та вентиляції (місце прикладання рук на грудній клітці, глибина, частота натискання, співвідношення натискання та вентиляції 30:2, мінімізація перерв у натисканні грудної клітки, своєчасність змін рятувальників); тривалість проведення базових реанімаційних заходів і тактика рятувальника при прибутті спеціалізованої медичної допомоги.

Засвоївши розділи програми «Роль швидкої дефібриляції як фактора, що впливає на виживання в раптовій зупинці кровообігу» та «Обслуговування автоматичного зовнішнього дефібрилятора», провізор-інтерн повинен уміти швидко та безпечно провести дефібриляцію автоматичним зовнішнім дефібрилятором (AED), та в подальшому керуватись командами AED. Враховуючи рівень підготовки провізорів-інтернів та складність розуміння ними електрофізіологічних процесів у міокарді, на семінарському занятті ми використовуємо засоби візуалізації, зокрема демонстрація відео з операційної на відкритій грудній клітці з неефективною роботою серця (фібриляція шлуночків та шлуночкова тахікардія) у ритмах, що потребують дефібриляції як єдиного дієвого методу відновлення кровообігу.

Після засвоєння розділу програми «Особливі ситуації: травми та отруєння, анафілаксія, бронхіальна астма, гострий коронарний синдром, гостре порушення мозкового кровообігу» провізор-інтерн повинен уміти надати мінімально доцільну й раціональну допомогу хворим і потерпілим (аспірин при підозрі на гострий коронарний синдром, сальбутамол у вигляді спрею при нападі бронхіальної астми, адреналін внутрішньом'язово при анафілаксії, укласти в безпечну позицію пацієнта та моніторування вітальних показників при гострому порушенні мозкового кровообігу) до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги. Ми виходимо з позиції, що фармацевт має обмежені знання з клінічних дисциплін, може мати труднощі у розпізнаванні патології, а давання деяких ліків може лише нашкодити пацієнту (напр., дача нітрогліцерину пацієнту з гострим коронарним синдромом у стані шоку), тому рекомендуємо максимально обмежити введення фармацевтом ліків.

Відповідно до змісту навчальної програми «Практичний курс невідкладної допомоги», на підготовчому етапі формування методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги нами були відібрані найбільш доцільні на циклі, на нашу думку, форми, методи інтерактивного навчання та педагогічні підходи у навчанні. Основними формами навчання на курсі були: інтерактивна лекція, семінарські заняття (дискусії), практичні заняття. В

основу методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів нами було закладено методи активного навчання, а саме метод симуляційного навчання (симуляційного тренінгу). Практичні заняття, метою яких було набуття практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, реалізовувались підходами чотирьох кроків, позитивної критики та позитивного мотивування (feedback). Відпрацювання набутих практичних навичок провізорами-інтернами проводилось на основі симуляційного навчання (симуляційних сценаріїв) з урахуванням особливостей освіти фармацевтів, попереднього досвіду інтерна та максимально реалістичних сценаріїв (легенд) зі створенням реалістичного оточення та атмосфери (аптечний заклад, вулиця, побут).

На етапі реалізації методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів послідовно здійснювалась запланована кількість занять, що проводились на засадах симуляційного навчання. На початку навчання провізори-інтерни були ознайомлені з програмою занять, структурою, тривалістю курсу, вимогами та умовами зарахування підсумкового заліку. Також наголошувалось на актуальності й доцільності, реальності набуття знань та практичних навичок з надання першої долікарської допомоги. На даному етапі реалізації методики ми вважали за необхідне врахувати попередній досвід, підготовку й побажання інтернів щодо їх потреб та актуальності окремих тем програми. На початку навчання викладачами проводився показ (демонстрація) симуляційного сценарію у реальному часі без коментарів, де були продемонстровані усі навички, які мають бути засвоєні провізором-інтерном по закінченні курсу. Враховуючи різні індивідуальні когнітивні можливості, різний рівень підготовки інтернів, незалежно від форми занять, застосовувались інтерактивні методи навчання з максимальним залученням інтернів до діалогу та пояснення матеріалу. З цією метою кожне заняття проводилось із використанням засобів візуалізації: показ (демонстрація), лекція-візуалізація, семінар із застосуванням інтерактивної дошки, фліп-чарту, манекенів та муляжів на практичних заняттях.

Відповідно до мети заняття застосовувались відповідні активні форми (лекція, семінар, практичне заняття) та методи симуляційного навчання (дискусія, симуляційний тренінг, реалізовані підходом чотирьох кроків). Під час заняття обов'язковим був постійний зворотний зв'язок з інтерном, розгляд усіх ключових моментів заняття та застосування підходу позитивної критики (feedback) як викладачем, так і з залученням інтернів групи. Обов'язковою умовою фідбеку був аналіз викладачем та самоаналіз інтерна, виконаних інтерном дій і втручань, що покращувало процес сприйняття інформації, розуміння та засвоєння практичних навичок.

На корекційному етапі методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання проводилось постійне оцінювання та аналіз якості набутих компетенцій провізором-інтерном, отриманих по кожній темі програми, у порівнянні з бажаним (запланованим) рівнем компетенцій з метою внесення коректив для отримання запланованого результату. При цьому оцінювались як активні дії викладачів та інтернів (інтерація), так і ефективність засобів, форм та методів активного навчання.

На етапі аналізу проводився розгляд досягнень цілей навчання (рівень набутої професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги) та підбиття підсумків навчання. По закінченні циклу, з ціллю подальшої оптимізації форм та методів навчання, ми пропонували інтернам анонімно, у письмовій формі, оцінити якість проведення курсу в цілому та по кожній темі програми, вказати актуальну тему програми, яка, на їх погляд, потребує більш детального розгляду та вивчення.

У запропонованій нами методиці, що базується на засадах симуляційного навчання, відображається цілісний педагогічний процес формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, якість надання якої відповідала б європейським стандартам.

Методика формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання складається з таких

блоків, які є взаємопов'язаними та доповнюють один одного, а саме: нормативно-цільового, змістового та результативно-аналітичного (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Методика формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання.

Нормативно-цільовий блок – визначає цілі, принципи (гуманізація, гуманітаризація та демократизація) та підходи (методи) формування досліджуваної компетентності.

Змістовий блок – визначає зміст, відбір форм, методів навчання, що базуються на основі симуляційного тренінгу, підбір способів і педагогічних підходів, засобів навчання в їх реалізації; обґрунтовує сукупність педагогічних умов, що забезпечують активну взаємодію суб'єктів навчального процесу; відображає зміст мотиваційно-ціннісного, знаннево-практичного, особистісно-психологічного та

організаційно-комунікаційного компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги.

Результативно-аналітичний – оцінка рівня сформованості компонентів компетентності, аналіз та корекція й оптимізація педагогічних умов, методик, форм та методів навчання.

Нормативно-цільовий блок: складається з мети, підходів та принципів формування досліджуваної компетентності на засадах симуляційного навчання. Метою навчання є формування високого рівня сформованості компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, що дало б можливість надати першу медичну допомогу (у разі необхідності), рівень якої відповідає європейським стандартам та базується на сучасних рекомендаціях Європейської ради реанімації. Виходячи з мети навчання – формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги – нами визначено його цілі:

- а) досягнення високого та середнього рівня знаннево-практичного та особистісно-психологічного компонентів сформованості (низький рівень є неприпустимим, перша долікарська допомога не може бути надана внаслідок браку знань та навичок);
- б) орієнтація на останні рекомендації медичної науки та сучасні протоколи з надання першої медичної допомоги, що базуються на позиціях доказової медицини;
- в) забезпечення відповідних форм та методів навчання, які сприяли б максимальному результату;
- г) формування та подальший розвиток мотиваційно-ціннісного компонента як бази для покращення мотивації до навчання з надання першої долікарської допомоги, розуміння високих вимог суспільства до провізора як представника сфери охорони здоров'я, саморозвитку та самовдосконалення впродовж всього професійного життя.

Формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів базується на таких принципах, як [4, с. 22-29]:

- науковість – навчальний процес повинен базуватись на новітніх даних медицини та сучасних рекомендаціях Європейської ради реанімації;
- системність і послідовність – знання мають бути впорядкованими та ґрунтуватись на базових і суміжних клінічних дисциплінах;

- гуманізм – розвиток морально-етичних якостей у майбутнього провізора, ангажованість до медичного середовища та розуміння своєї ролі як представника медичної професії та вимог суспільства до нього;
- свідомість та активність – свідоме та активне засвоєння знань та навичок щодо надання першої долікарської допомоги, що активно мотивується викладачем;
- зв'язок теорії з практикою – поєднання теоретичної підготовки інтернів з освоєнням практичних навичок та відпрацюванням їх на манекенах і муляжах;
- індивідуалізація навчання – персональний підхід до слухача, виходячи з його індивідуальних можливостей, застосування методу «позитивної критики» з ціллю підвищення мотивації до навчання;
- доступність – подання доступного матеріалу у відповідній формі, враховуючи специфіку спеціальності, рівень базових знань та знань із суміжних клінічних дисциплін;
- професійна спрямованість.

Реалізація розробленої методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання вимагає застосування наступних педагогічних підходів: компетентнісного, особистісно-орієнтованого, проблемно-діяльнісного, інтерактивного.

Змістовий блок методики відображає процес формування компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, а саме: мотиваційно-ціннісного, знаннево-практичного, особистісно-психологічного, організаційно-комунікаційного. Формування означеної компетентності вимагає розвитку та взаємодії усіх її компонентів. Провідна роль мотиваційно-ціннісного компонента полягає у глибокому розумінні майбутнім фахівцем цінності освіти, знань, навчання, розвитку й розуміння цілі навчання та мотивації до навчання як способу досягнення мети. Мотивація є ключовим фактором, що стимулює та розвиває потребу в самореалізації на основі розвитку та всіх її здібностей, знань, практичних навичок та особистісно-психологічних рис. Мотивація визначає потребу в здобутті знань, їх реалізації на практиці та усвідомленні результатів своєї діяльності [52, с. 173]. Сутність мотиваційно-

ціннісного компонента полягає у визначенні цілей навчання, потреб, мотивів, соціальних установок та ціннісних орієнтирів, що спонукають до здобуття знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги провізорами.

Знаннєво-практичний компонент відображає систему професійних, міждисциплінарних знань і практичних навичок фахівця, необхідних для виконання професійних завдань. Формування знаннєво-практичного компонента реалізується застосуванням у навчанні принципів навчання дорослих, а саме: пріоритет самостійного навчання; дистанційні форми навчання; інтерактивність навчання (спільна взаємодія викладача з інтерном, інтерна з інтерном); врахування попереднього професійного та життєвого досвіду інтерна; індивідуального підходу до навчання, з урахуванням «важких» інтернів; системність; актуалізація результатів навчання; свідомого навчання [54, с. 41].

Особистісно-психологічний компонент відображає рівень творчих якостей особистості [54, ст. 40], «характеристики та здібності людини, які уможливають досягнення особистісно значущої мети» [51, с. 280] та психологічної готовності до виконання професійних завдань. О. С. Тарновська визначає спорідненість понять психологічної готовності та психологічної компетентності, розглядаючи психологічну готовність як: 1) складне утворення, що включає у себе когнітивний, мотиваційний, емоційно-вольовий компоненти (знання, вміння та навички, професійно важливі якості особистості, які повинен мати фахівець для успішної адаптації до вимог професійної діяльності); 2) певний функціональний стан, що сприяє успішній професійній діяльності та забезпечує її високий рівень; 3) складне особистісне утворення, що включає професійно важливі якості особистості та психологічні стани [63, с. 20]. За визначенням О. В. Полуніної, психологічна компетентність є підструктурою професійної самосвідомості особистості, що складається із взаємопов'язаного комплексу утворень, який забезпечує оптимальне здійснення фахових завдань. Науковець розглядає психологічну компетентність як: 1) готовність до психологічних вирішень професійних завдань; 2) готовність до інновацій; 3) емпатія; 4) рефлексивність; 5) рівень суб'єктивного контролю; 6) мотивація; 7) стиль професійної діяльності; 8) мотивація до оволодіння

психологічними знаннями; 9) уміння створити психологічний мікроклімат у групі [49, с. 16].

Організаційно-комунікаційний компонент відображає рівень організації власного часу та самостійної позааудиторної роботи, контролю своєї поведінки (дій, емоцій, висловлювань); визначення проміжних та кінцевих цілей навчання з урахуванням вимог та індивідуальних потреб і можливості консультації з викладачем; самостійної реалізації поставлених завдань; самоконтролю, самокорекції, оцінки власних результатів та формулювання висновків; внутрішнього самоконтролю [5, с. 16]; здатності встановлювати і підтримувати необхідні контакти з оточуючими людьми, сукупності знань, умінь та навичок, що забезпечують ефективне спілкування, розуміння й бути зрозумілим для партнера в процесі спілкування.

Комунікаційна складова організаційно-комунікаційного компоненту включає в себе [1]:

- орієнтованість у різноманітних ситуаціях спілкування, заснована на знаннях і життєвому досвіді;
- спроможність ефективно взаємодіяти з оточенням;
- адекватна орієнтація в самому собі – власному психологічному потенціалі, потенціалі партнера, ситуації;
- готовність й уміння налагоджувати контакти з людьми;
- внутрішні прийоми регуляції щодо комунікативних дій;
- знання, уміння і навички ефективного і плідного спілкування.

Організаційно-комунікаційний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги провізора визначає рівень організації інтерна, який сприятиме ефективному засвоєнню знань й оволодінню практичними навичками, враховуючи цілі, попередній досвід та індивідуальні потреби, ефективної комунікації (з хворим/потерпілим, його оточенням, командою рятувальників, медиками), що забезпечить високу якість надання долікарської допомоги до прибуття спеціалізованої медичної допомоги.

Змістовий блок методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання представлений комплексом педагогічних умов, форм і методів, засобів навчання, педагогічних підходів, що визначають характер взаємодії суб'єктів навчального процесу (викладач – слухач) з метою досягнення запланованого результату. Зміст навчання базується на чітко визначених цілях та доцільності, на основі базових знань провізора-інтерна та знань з міждисциплінарних блоків і здійснюється застосуванням методів інтерактивного навчання (тренінг, ділова гра, дискусія, проблемна інтерактивна лекція) [37, с. 72-80]. Умовами належного навчання і ефективності засвоєння теоретичного матеріалу та моторних навичок є мотивація інтерна (майбутнього провізора). Цьому сприяє постійна підтримка інтерна викладачем впродовж всього курсу навчання, поставлення чітких, реальних та досяжних цілей, ангажування та активне залучення інтерна в навчання. Важливим є застосування підходів «позитивного мотивування» (реакція викладача на правильну відповідь словами, жестами, мімікою) та «позитивної критики» (спонування викладачем до розпізнавання та самостійного виправлення власної помилки).

З метою ефективного формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів ми вважаємо за доцільне застосування форм та методів, що базуються на засадах симуляційного навчання, які впроваджені у навчання з базових (BLS) та спеціалізованих реанімаційних заходів (ALS) Європейської ради реанімації, а саме: лекція-презентація, закрита дискусія, семінари (відкрита дискусія), практичні заняття, що проводяться на засадах симуляційного навчання із використанням симуляційних сценаріїв.

У процесі формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги важливе значення мають стосунки суб'єктів навчального процесу (викладач – учень). Запропоновані методи навчання базуються на основних принципах андрагогіки. Це означає, що у взаємодії викладач – учень роль учня рівноправна, активна, він сам визначає об'єм навчання, шляхи пошуку інформації, готовність до навчання визначається потребою засвоєння матеріалу, важливого для

вирішення життєвих проблем, та є мотивованим, знаючи цілі навчання. Викладач же мотивує, підтримує, спрямовує та створює умови для ефективного навчання.

Змістовий блок методики формування компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання визначає зміст навчальної програми і представлений формами інтерактивного навчання (лекція-презентація, закрита дискусія, семінари (відкрита дискусія), практичні заняття), методами активного навчання (симуляційні тренінги, проведені на основі симуляційних сценаріїв, підходи «чотирьох кроків», «позитивної критики», «позитивного мотивування», «постійного оцінювання») та засобами навчання (дидактичні засоби, мультимедійне забезпечення, муляжі та манекени, тренувальні дефібрилятори).

Результативно-аналітичний блок методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання у майбутніх провізорів відображає рівні сформованості компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги. Результативно-аналітичний блок передбачає оцінку та аналіз ефективності методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання, що визначається за науково обґрунтованими критеріями, показниками та рівнями сформованості компетентності й формулювання висновків, внесення коректив до сутнісно-сислового і змістового блоків щодо покращення та удосконалення форм і методів навчання. Інструментами оцінки сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів були анкетування, тестування, оцінювання і аналіз результатів діяльності та метод постійного оцінювання викладачем впродовж всього періоду навчання. Оцінювальні тести представлені в додатку Г.

Розглянувши три блоки методики, підходи, принципи, педагогічні умови, форми та методи навчання, можемо сформулювати критерії сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги провізора. Виходячи зі специфіки розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» як частини навчального плану післядипломної освіти провізорів-

інтернів, вважаємо недопустимим низький рівень сформованості знаннєво-практичного та особистісно-психологічного компонентів, що унеможливить надання якісної першої долікарської допомоги через брак знань і навичок.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що реалізувати належне формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах можливо при умовах: чітко поставленої мети; належної мотивації слухача; застосовуючи компетентнісний та особистісно-орієнтований підходи навчання; базуючись на принципах науковості, системності, гуманізму, зв'язку теорії із практикою; використовуючи як традиційні форми та методи навчання, так і методи навчання дорослих; впливаючи на всі чотири компоненти компетентності.

Таким чином, нами обгрунтовано методика формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання. Основними принципами функціонування представленої методики визначено: 1) цілісність (забезпечує структурно-функціональну відповідність, ієрархічну взаємообумовленість й узгодженість компонентів методики); 2) технологічність (полягає у практичній реалізації методики через впровадження освітніх технологій, спрямованих на формування компетентності); 3) варіативність (дозволяє зміну та доповнення компонентів методики новими структурами); 4) спрямованість на запити особистості та індивідуалізацію її навчання (передбачає адаптацію методики до індивідуального розвитку конкретної особистості) [31, с. 98]. Методика є відкритою та динамічною, передбачає єдність нормативно-цільового, змістового та результативно-аналітичного блоків, які є взаємообумовлені та взаємозалежні. Має чіткі цілі, базується на педагогічних підходах і принципах науковості, системності, доступності, професійній спрямованості, зв'язку теорії та практики. Методика побудована на основних принципах, формах і методах педагогічної науки та має відповідні критерії сформованості компетентності. На нашу думку, запропонована нами методика формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання,

за рахунок розширення програми, може бути застосована з метою формування професійної компетентності з надання першої медичної та спеціалізованої медичної допомоги в інтернів-медиків в інтернатурі медичного університету.

2.3. Зміст формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги

Важливою складовою формування професійної компетентності майбутніх провізорів є формування навичок із надання першої долікарської допомоги. З огляду на сучасні умови, що склалися в суспільстві, це набуває особливого значення. Означений пріоритет визначений на державному рівні, що відображено у статті 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. №2108 (зі змінами та доповненнями) щодо обов'язку фармацевтичних працівників «безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях», а також «постійно підвищувати рівень професійних знань і майстерності».

Незважаючи на впровадження сучасних новітніх технологій у лікуванні хворих у вітчизняній медицині, смертність в Україні залишається високою. За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), неінфекційні захворювання (НІЗ) (в структуру яких входять і захворювання системи кровообігу) в ХХІ столітті є однією з головних проблем систем охорони здоров'я, які негативно впливають на розвиток і соціально-економічну структуру країн світу та є найбільш поширеною причиною смертності [24, с. 5]. У структурі загальної смертності в Україні хвороби системи кровообігу займають перше місце. Так, у 2016 році смертність від захворювань системи кровообігу досягла 920,3 особи на 100 тис. населення. Друге місце серед причин смерті за поширеністю займають новоутворення (переважно злоякісні). У 2016 р. смертність від новоутворень становила 184,9 померлого на 100 тис. населення України. Третє місце за

смертністю займають причини внаслідок впливу зовнішніх факторів (нещасні випадки, травми, отруєння). За даними 2016 р., смертність від зовнішніх причин склала 72,9 особи на 100 тис. населення України [68, с. 27]. Основною причиною раптової зупинки кровообігу (РЗК) у дорослих є ішемічна хвороба серця (ІХС) та найбільш грізний її прояв – гострий коронарний синдром (ГКС). Якщо ж дійде до РЗК у пацієнтів з ГКС, то 1/3 пацієнтів помирає на догоспітальному етапі, а первинними ритмами зупинки кровообігу є дефібриляційні ритми (фібриляція шлуночків (ФШ) та шлуночкова тахікардія (ШТ) без пульсу. Єдиним лікуванням РЗК у дефібриляційних ритмах є якнайшвидше проведення дефібриляції (дефібриляція, проведена на 1-й хвилині РЗК, ефективна більш як у 90%) [85, с. 372]. Зменшенню догоспітальної смертності сприяє швидке прибуття спеціалізованої медичної допомоги (реанімаційної бригади) з якнайшвидшим проведенням дефібриляції та своєчасність і якість надання першої долікарської допомоги (натискання грудної клітки у випадку РЗК) свідками подій. Доведено, що якісне проведення базових реанімаційних заходів (БРЗ) свідками до прибуття спеціалізованої медичної допомоги виживання збільшує вдвічі, а то і втричі [85, с. 372]. Інтерни медичних факультетів цикли занять з невідкладних станів освоюють на кафедрах, починаючи з вивчення клінічних дисциплін. В Інституті післядипломної освіти НМУ імені О. О. Богомольця впроваджені курси з навчання першій долікарській допомозі та базовим реанімаційним заходам для студентів молодших курсів (1-3 рік навчання). Хоча однією з тенденцій розвитку сучасної фармацевтичної освіти є спрямування на зближення фахівця фармацевтичної галузі з клінічною медициною, навчання майбутніх провізорів з надання першої долікарської допомоги бажає бути кращим. На відміну від студентів та інтернів медичних факультетів майбутні провізори під час університетського курсу та навчання в інтернатурі менш глибоко вивчають базові та клінічні дисципліни, що пов'язано зі специфікою їх майбутньої професії. Натомість фахівець фармацевтичної галузі у своїй професійній діяльності доволі часто зустрічається з людьми, які потребують надання медичної допомоги. Саме тому, на нашу думку, питанню формування професійної компетентності з надання першої долікарської

допомоги у майбутнього провізора в інтернатурі медичного університету має бути приділена особлива увага.

Метою нашої роботи є розкрити зміст формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, що дасть можливість якісно та в достатньому обсязі надати першу долікарську допомогу хворим та потерпілим у разі необхідності. Зміст навчання – це сукупність знань, умінь, практичних навичок, компетенцій, система цінностей, якими людина оволодіває під час навчання у навчальному закладі або самостійно [33].

Під змістом формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання ми розуміємо наукові підходи і принципи, форми та методи навчання, засоби навчання, спрямовані на розвиток мотиваційно-ціннісного, знаннево-практичного, особистісно-психологічного, організаційно-комунікаційного компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

Формуванню мотиваційно-ціннісного компоненту професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів сприяє визначення цілей як всього циклу «Практичний курс невідкладної допомоги», так і конкретних й досяжних цілей кожного заняття незалежно його форм та методів реалізації навчання. Мотивації до засвоєння практичних навичок з надання першої долікарської допомоги сприяє розуміння реальності та досяжності їх набуття під час проведення практичних занять, застосовуючи підхід «чотирьох кроків» у симуляційних тренінгах, проведених на основі простих та доступних симуляційних сценаріях. Важливим у побудові сценарію до симуляційного тренінгу є використання не лише власного досвіду та випадків із практики викладача у побудові сценарію до симуляційного тренінгу, а й реального досвіду та професійний інтерес майбутнього провізора (випадок на вулиці, в аптеці тощо). Стимулом до навчання з надання першої долікарської допомоги є формування та розвиток викладачем морально-етичних якостей майбутнього провізора, наголошення на цінності життя та здоров'я громадян як показника сучасного цивілізованого та розвинутого суспільства. Формування мотиваційно-ціннісного компонента

реалізується проведенням занять із майбутніми провізорами у формі відкритої дискусії («круглий стіл»), на яких обговорюються питання відповідальності, етики та деонтології при наданні першої долікарської допомоги. Для відкритої дискусії ми виносимо на розгляд теми: «Надання першої долікарської допомоги провізором: громадянська позиція чи обов'язок?» та «Морально-етичні питання в реанімації».

Формуванню мотиваційно-ціннісного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів сприяє ефективна комунікація між викладачем та інтерном, урахування вихідного рівня знань провізорів-інтернів, їх попереднього професійного досвіду, наявної кваліфікації (вища/середня медична освіта). Підвищенню мотивації до навчання може сприяти постійне наголошення на важливості та актуальності проблеми надання невідкладної допомоги, подолання страхів щодо надання першої долікарської допомоги, визначення чітких, логічних цілей навчання з урахуванням базового рівня підготовки та професійного й життєвого досвіду слухачів, проведення практичних занять на засадах симуляційного навчання, використовуючи прості та доступні для провізорів-інтернів симуляційні сценарії. Надзвичайно важливою є постійна підтримка інтерна викладачем підходом «позитивної критики». Успішному формуванню мотиваційно-ціннісного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів сприяє впровадження інтерактивних методів навчання, зокрема методу симуляційного навчання (симуляційних тренінг) (симуляційні сценарії, з відпрацювання практичних навичок на манекенах проведених на основі реалістичних ситуацій), що дає можливість інтернам зрозуміти реальність освоєння цих навичок та додатково зацікавить та вмотивує їх. Обов'язковим є врахування базового рівня знань та практичних навичок інтернів, їх попереднього професійного досвіду, наявної кваліфікації (середня медична освіта) тощо. Виходячи з цього, процес навчання провізорів в інтернатурі медичного університету з надання першої долікарської допомоги при невідкладних станах має бути побудований таким чином, щоб підвищити мотивацію до навчання, що може бути реалізовано шляхом: постійного наголошення на важливості та актуальності проблеми надання невідкладної допомоги, подолання

страхів щодо засвоєння знань та практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, окреслення чітких, логічних цілей навчання з урахуванням базового рівня підготовки та професійного і життєвого досвіду слухачів-інтернів, проведення навчання на реалістичних та зрозумілих інтернам симуляційних сценаріях, постійної підтримки викладачем при відпрацюванні практичних навичок з проведення базових реанімаційних заходів із застосуванням підходу позитивної критики (фідбек) [84, 87].

Формування знаннево-практичного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів реалізується шляхом проведення занять у формі інтерактивних лекцій за темами: «Причини та запобігання зупинки кровообігу», «Алгоритм базових реанімаційних заходів», семінарських занять, що базуються на засадах симуляційного навчання: «Обстеження пацієнта в стані загрози для життя», «Забезпечення прохідності дихальних шляхів та способи вентиляції», «Особливі ситуації: травми та отруєння, анафілаксія, бронхіальна астма, гострий коронарний синдром, гостре порушення мозкового кровообігу», практичних занять, проведених методом симуляційного тренінгу: відпрацювання обстеження пацієнта в стані загрози для життя; забезпечення прохідності дихальних шляхів; базові реанімаційні заходи, обслуговування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED), застосовуючи підхід «чотирьох кроків», «позитивної критики» та реалістичні симуляційні сценарії (тренінги). Для ефективного формування знаннево-практичного компонента компетентності важливим являється чітка структуризація навчального процесу з урахуванням потреб та очікувань інтернів, завдяки чому навчання стане позитивним досвідом, що спричинить зміну в поведінці. Навчальний процес має бути побудованим шляхом систематизації та доповнення знань з базових та суміжних клінічних дисциплін і теоретичній підготовці набутих під час навчання у вищому медичному закладі освіти. Процес навчання стане ефективним, коли слухачі [56, с. 30, 82, с. 3-50]:

- мають сильну мотивацію до навчання (розуміння значення і важливості навчального матеріалу та цінність набутих знань);

- розуміють важливість теми, що розглядається (усвідомлення цінності інформації, що висвітлюється);
- усвідомлюють інтенції та цілі навчання (наявність певного досвіду, пов'язаного з цими знаннями);
- активно беруть участь у процесі навчання (інтерактивізація навчання).

Тривалість циклу «Практичний курс невідкладної допомоги» для інтернів медичних, факультету підготовки лікарів для Збройних сил України, стоматологічного, медико-психологічного факультетів НМУ імені О. О. Богомольця складає 12 академічних годин. Це пояснюється тим, що впродовж навчання в медичному університеті студенти медичних факультетів вивчали курс з невідкладної допомоги на клінічних кафедрах (терапії, кардіології, хірургії, травматології, акушерства та гінекології, анестезіології та інтенсивної терапії) й мають вищий рівень знань з базових та клінічних дисциплін. Цикл з невідкладної допомоги в інтернатурі є підсумуванням, систематизацією знань, отриманих раніше, та має практичну спрямованість навчання (засвоєння та відпрацювання практичних навичок з надання невідкладної допомоги на основі набутих теоретичних знань). Переважна кількість провізорів-інтернів (за винятком здобутої раніше середньої та вищої медичної освіти) має значно нижчий рівень знань із клінічних дисциплін, що зумовлено специфікою фармацевтичної освіти. Тому ми вважаємо за необхідне розширити тривалість циклу для провізорів-інтернів до 30 академічних годин, з них 20 годин аудиторних, 10 годин – самостійного та дистанційного навчання. Навчальний план «Практичного курсу невідкладної допомоги» наведений у додатку В.

Варто зазначити, що суто теоретичної підготовки недостатньо для формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги. Формуванню особистісно-психологічного компоненту професійної компетентності майбутніх провізорів з надання першої долікарської допомоги сприяє інтерактивізація навчання, що є формою організації пізнавальної активності, в якій відбувається постійна активна взаємодія всіх інтернів, а також активна взаємодія інтернів і викладача. Застосування методів інтерактивного навчання сприяє реалізації

міжпредметних зв'язків і забезпечує принцип гуманізації освіти та компетентісно-орієнтованого підходу у навчанні [31, с. 93-100]. У відповідності до діяльнісного підходу, метою навчання є не лише отримання знань, а й формування вміння діяти, набуті знання при цьому стають засобом до відповідної дії [45, 67, 66]. Тому з метою формування особистісно-психологічного компонента професійної компетентності майбутніх провізорів з надання першої долікарської допомоги практичні заняття на циклі мають бути основними, базуватись на засадах симуляційного навчання, побудованими на основі реалістичних і доступних для сприйняття провізором-інтерном симуляційних сценаріях, наближених до реальних умов праці провізора, з використанням манекенів та муляжів для засвоєння практичних навичок та з урахуванням рівня теоретичної підготовки інтернів. Методики інтерактивного навчання сприяють формуванню навичок, вмінь – як предметних, так і загально-навчальних, формуванню життєвих цінностей, створенню атмосфери співробітництва, взаємодії, розвитку комунікативних якостей, інтенсивному розвитку мотивації до навчання, зацікавленості, креативних здібностей інтерна.

Формуванню особистісно-психологічного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутнього провізора сприяє особистісно-орієнтований підхід навчання, що спрямований на розвиток особистості, його індивідуальних пізнавальних здібностей, самостійності, самореалізації. Особистісно-орієнтований підхід ґрунтується на врахуванні унікальності особистісного досвіду кожного слухача, який складається з його уявлень і раніше засвоєних понять, практичних і розумових дій, особистісних смислів установок і стереотипів [3]. Реалізації особистісно-орієнтованого підходу, збільшенню зацікавленості інтернів до пізнання (що мотивує до самостійності у пошуку навчальних матеріалів та самонавчання) сприяє інтерактивізація навчання та проведення занять у вигляді проблемних діалогових лекцій, семінарів, відкритих дискусій, методу симуляційного навчання, проведеного у формі симуляційних сценаріїв. Особистісно-орієнтоване навчання забезпечує зміну ролі інтерна з пасивного слухача, який засвоює знання, на активного суб'єкта навчання,

продуктивної діяльності. Лише за умови створення умов для активної позиції суб'єкта діяльності відбуватиметься свідоме, міцне засвоєння ним певного досвіду.

Формуванню особистісно-психологічного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги сприяє мотивація до навчання майбутніх провізорів викладачем, формування в інтерна лідерських якостей, креативності, психологічної стійкості, можливості прийняття швидких та нестандартних рішень в екстремальних ситуаціях, роботі в колективі, подальшого саморозвитку, розуміння цінності життя та здоров'я громадян як основного критерію здорового суспільства та розуміння своєї ролі як представника галузі охорони здоров'я.

Формуванню організаційно-комунікаційного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутнього провізора сприяють створення доброзичливої атмосфери та відкритість викладача, що створювало б умови для ефективної комунікації в групі інтернів (фасилітаційний спосіб навчання), інтерактивізація навчання (інтерактивні лекції, семінари, відкриті дискусії, практичні заняття), постійний зворотний зв'язок з інтернами під час заняття. Проведений дебрифінг після закінчення навчального тренінгу із розглядом ключових питань для обговорення, застосування підходу «позитивної критики», де буде вказано на позитивні речі та речі, що потрібно змінити, сприятиме самоконтролю та самокорекції самим інтерном. Симуляційні тренінги як метод інтерактивного навчання, під час яких відбувається постійна ротація інтернів (лідер, рятувальник в команді, оператор AED), допомагають орієнтуватись у надзвичайних ситуаціях, опанувати стрес, сформувані лідерські та комунікативні якості (уміння спілкуватись з оточенням, в роботі в команді тощо).

Для ефективного функціонування змісту формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання необхідні відповідні педагогічні підходи, форми та методи навчання.

З метою кращого розуміння основних форм та методів навчання у вищій школі та впровадження способів оптимізації навчального процесу щодо формування

професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів пропонуємо визначення понять.

Методи навчання (від лат. *Metodos* – спосіб, шлях) – це основні шляхи, способи «впорядкованої взаємозв’язаної діяльності викладача й учнів, діяльності, спрямованої на розв’язання завдань освіти, виховання і розвитку в процесі навчання», за допомогою яких одержуються певні знання, вміння і навички [47, с. 46].

Форми організації навчання (від лат. *forma* – зовнішній вигляд) як спосіб здійснення навчального процесу, свідоме оволодіння навчальним матеріалом, певними вміннями та навичками [39, с. 46]. В. В. Ягупов визначає форму навчання як спеціальну конструкцію навчального процесу, характер якого зумовлюється змістом навчання, методами, прийомами, засобами діяльності вчителів і учнів. Ця конструкція має внутрішній зміст, що відображає процес взаємодії учня та вчителя у процесі навчання [70].

У підготовці провізорів-інтернів з надання першої долікарської допомоги на циклі «Практичний курс невідкладної допомоги» розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» як частини курсу «Клінічна фармація» ми застосовували андрагогічну модель навчання. Розглянемо сутність поняття «андрагогіка» та основні положення навчання дорослих.

Андрагогіка охоплює теоретичні і практичні проблеми освіти, навчання і виховання дорослих [40, с. 14-16]. За визначенням А. О. Деркача, андрагогіка – педагогіка дорослих, одна з педагогічних наук, яка займається дослідженням проблем освіти, самоосвіти й виховання дорослих [13, с. 25-26]. На думку С. О. Сисоевої, андрагогічна модель навчання може бути застосована не тільки для навчання дорослих (не всі дорослі проявляють необхідні якості для навчання за даною моделлю), а й може бути доцільною у певних осіб, яких за тими або іншими параметрами не можна віднести до дорослих [56, с. 45]. Визначення «андрагогіка» дав німецький історик К. Капп у 1833 р., але становлення її як науки відбулося в 50 – 70 роках минулого століття та пов’язане з іменами вчених: американців Н. Ноулза і Р. Сміта, англійця П. Джарвіса, німця Ф. Пьоггелера, голландця Т. Тен Хаве,

поляка Л. Турса та ін. М. Ш. Ноулзом у 1970 р. було опубліковану фундаментальну працю «Сучасна практика освіти дорослих. Андрагогіка проти педагогіки», в якому були сформульовані основні положення навчання дорослих [81]:

- дорослим належить провідна роль у навчанні;
- дорослий, будучи сформованим, самостійно визначає конкретні цілі навчання, прагне до самостійності, самореалізації;
- має професійний та життєвий досвід, знання, вміння, навички, які повинні бути використані в процесі навчання;
- знаходиться в пошуку якнайшвидшого застосування знань, вмінь та навичок, отриманих у процесі навчання;
- процес навчання в значній мірі визначається тимчасовими просторовими, побутовими, професійними, соціальними факторами, які обмежують, або сприяють йому;
- процес навчання організаційно протікає у вигляді спільної взаємодії учня та учителя на всіх його етапах.

Порівнюючи класичну та андрагогічну моделі навчання, С. О. Сисоєва вказує на особливість останньої, в якій [56, с. 45-46]:

- провідна роль у процесі навчання належить учню, який разом з викладачем визначає цілі, зміст, форми та методи навчання (виходячи з досвіду, сформованості учня, потреб та орієнтацій);
- викладач організовує процес навчання, виступає як консультант, експерт з технології інтерактивного навчання.

До сьогоднішнього дня між ученими відбуваються дискусії щодо спорідненості понять «педагогіка» та «андрагогіка» та найважливіших методологічних основ даної проблематики. Так, І. А. Колеснікова вважає андрагогіку новою галуззю науки, що знаходиться в процесі становлення, зберігаючи смислову спадкоємність з класичною педагогічною наукою, містить вказівки по специфіці навчання дорослих [25, с.15-18]. На думку С. Г. Вершиловського, андрагогіка є «автономною» від педагогіки, що має свої особливості та дає підстави вважати андрагогіку самостійною наукою в системі

людинознавства. Предметом андрагогіки науковець вважає «багатоаспектну неперервну формальну, неформальну та інформальну освіту, яка здійснюється у відповідності до соціокультурних умов, запитів і психологічних особливостей дорослих» [9, с. 20-22]. С. І. Змейов, підтримуючи думку М. Ш. Ноулза, запропонував власне визначення андрагогіки та вважає її наукою про навчання дорослих, що обґрунтовує діяльність суб'єктів навчального процесу (тих, хто навчається, і тих, хто навчає) у сенсі його організації [18, с. 20]. На його думку, андрагогіка є новою галуззю педагогіки. Ю. І. Калиновський розглядає андрагогіку як дисципліну, що дозволяє дорослим, які готуються до соціальної професійної творчості, виховувати здатність до самостійного і відповідального мислення, що приводить людину до вершини професійної майстерності [22]. На думку С. О. Сисоевої, андрагогіка є галуззю педагогіки, що ставить за мету навчання дорослої людини з ціллю оволодіння нею знаннями, навичками та уміннями, необхідними для досягнення відповідного рівня компетентності [56, с. 58].

У навчанні дорослих відносинах роль учня рівноправна, активна. Дорослий самостійно визначає об'єм навчання, пошуку необхідних знань, умінь і навичок, готовність до навчання визначається потребою засвоєння матеріалу, який є важливим для вирішення життєвих проблем, у процесі навчання використовує життєвий, освітній та професійний досвід. Дорослий слухач мотивований до навчання, знаючи його цілі. Викладач – заохочує, підтримує, створює сприятливі умови до навчання, допомагає виявити та застосувати власний життєвий досвід учня [56, с. 47-48].

У процесі навчання провізорів-інтернів з надання першої долікарської допомоги ми застосували методіку, що базується на засадах симуляційного навчання, розробили програму та структуру циклу «Практичний курс невідкладної допомоги», яка представлена у додатку А. Цикл складається із трьох лекцій, а саме: «Причини та запобігання зупинці кровообігу», «Алгоритм базових реанімаційних заходів», «Особливі ситуації: травми та отруєння, анафілаксія, бронхіальна астма, гострий коронарний синдром, гостре порушення мозкового кровообігу»; семінарських занять: «Обстеження пацієнта в стані загрози для життя»,

«Забезпечення прохідності дихальних шляхів та способи вентиляції», «Роль швидкої дефібриляції із застосуванням автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED) як фактора, що впливає на виживання в раптовій зупинці кровообігу (РЗК)», «Особливі ситуації: травми та отруєння, анафілаксія, бронхіальна астма, гострий коронарний синдром, гостре порушення мозкового кровообігу»; відкритих дискусій: «Надання першої долікарської допомоги провізором: громадянська позиція чи обов'язок?», «Морально-етичні питання в реанімації»; практичних занять, проведених на основі симуляційних тренінгів: обстеження пацієнта в стані загрози для життя, забезпечення прохідності дихальних шляхів, базові реанімаційні заходи, обслуговування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED).

З метою ефективного формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги майбутніми провізорами під час проходження післядипломного навчання заняття на циклі проводились у формі інтерактивних лекцій, закритих дискусій (семінар), відкритих дискусій («круглий стіл»), практичних занять на основі активних методів навчання. Незалежно від форми проведення занять, усі вони мали чітко визначену структуру: вступ, основна частина, закінчення. Розкриємо елементи структури наших занять.

У вступі з метою мотивації інтернів до навчання ми визначали чіткі цілі заняття. У цій частині ми коротко окреслювали основні завдання та чіткі цілі цієї чи іншої сесії (теми) з метою мобілізації та зацікавлення інтернів. «Розкажи учасникам, що збираєшся їм розказати» [82, с. 4]. В основній частині був представлений виклад запланованого обсягу інформації. «Скажи їм це» [82, с. 6-8]. Закінчується заняття запитаннями інтернів і коротким підсумування найважливіших моментів поданого матеріалу. «Скажи їм те, що ти сказав» [82, с. 9-49].

Для ефективною реалізації змісту формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги провізорами-інтернами як складової професійної ми застосовували активні методи навчання та методичні підходи у викладанні: симуляційний тренінг, підходи «чотирьох кроків», «позитивної критики» та «постійного оцінювання».

На нашу думку, для засвоєння моторних навичок з надання першої долікарської допомоги провізорами-інтернами під час проведення практичних занять, оптимальним є метод симуляційного навчання, реалізованим підходом «чотирьох кроків Пейтона» (Peyton's 4 steps approach) як один з методів навчання дорослих, що активно застосовується в Європейській раді реанімації на курсі BLS та ALS та сприяє кращому опануванню та засвоєнню практичних навичок [87, 89, с. 171-180]. Головною умовою успішної реалізації методу симуляційного навчання із застосуванням підходу чотирьох кроків під час проведення заняття є мала аудиторія слухачів, коли кожен з інтернів відпрацьовує та доводить до автоматизму рекомендовані до засвоєння маніпуляції. Навчання проводилось шляхом виконання вправ на манекенах.

Розкриємо зміст симуляційного навчання (симуляційного тренінгу) у формуванні професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів за представленою нами методикою. На семінарських, практичних заняттях провізори-інтерни знайомились з теоретичними аспектами та відпрацьовували конкретні практичні навички з надання першої долікарської допомоги по тій чи іншій темі (забезпечення прохідності дихальних шляхів, основи вентиляції, техніку проведення базових реанімаційних заходів, уміння обслуговувати автоматичний зовнішній дефібрилятор тощо) на основі описаних вище методологічних підходів (чотирьох/двох кроків). Симуляційний тренінг був підсумуванням набутих теоретичних знань, умінь та практичних навичок, які засвоїли інтерни як з тієї чи іншої теми курсу, так і всього циклу. При цьому симуляційні тренінги (сценарії) постійно ускладнювались, але не виходили за межі компетенцій інтерна, набутих під час занять. Так, по закінченні теми «Обстеження пацієнта у стані загрози для життя» на простому сценарії інтерн повинен був обстежити пацієнта, визначитись з причиною критичного стану, викликати допомогу. Після засвоєння теми «Порушення прохідності дихальних шляхів і дихання» інтерн повинен розпізнати порушення прохідності дихальних шляхів і дихання та забезпечити (відновити) прохідність, виходячи з доступних засобів та компетенції. По закінченні розділу програми «Базові реанімаційні заходи» та

«Обслуговування автоматичного зовнішнього дефібрилятора» інтерн повинен уміти підтвердити зупинку кровообігу, викликати допомогу (додаткові рятувальники, запит автоматичного зовнішнього дефібрилятора, виклик спеціалізованої медичної допомоги), якісно проводити натискання грудної клітки із забезпеченням прохідності дихальних шляхів, під'єднати дефібрилятор та провести дефібриляцію. Підсумковий тренінг включав у себе виконання всіх набутих маніпуляцій з надання першої долікарської допомоги, засвоєних впродовж курсу. Підсумуванням кожного симуляційного сценарію (тренінгу), незалежно від рівня складності, було проведення фідбеку, який включав у себе обговорення та розгляд усіх ключових моментів тренінгу та обговорення виконаних втручань інтерном з підходом «позитивної критики». Надзвичайно важливим моментом симуляційного тренінгу як різновиду методу активного навчання є участь, як мінімум, двох інтернів. На симуляційному сценарії відпрацьовуються не лише практичні, а й організаційно-комунікативні навички та формуються лідерські якості (зазвичай лідер не визначався викладачем, а обирався (визначався) сам інтернами під час тренінгу). Особливістю навчання на циклі «Практичний курс невідкладної допомоги» була присутність двох викладачів у кожній групі провізорів-інтернів на усіх формах занять, один з них проводив заняття, інший спостерігав як за діями інтернів, так і за якістю подачі навчального матеріалу колегою. По закінченні кожного навчального дня викладачами проводилось обговорення кожного інтерна групи (активність на занятті, оцінка рівня теоретичних знань, діалог з інтернами під час занять), якість виконання практичних навичок, комунікація, лідерські якості. Це давало можливість вчасно виявити прогалини в знаннях та у якості виконання практичних навичок інтернами та активніше залучати їх на наступних заняттях. Що стосується підходу «позитивної критики» (фідбек), то він поширювався не лише на інтернів, а й на кожного з викладачів. В кінці навчального дня кожен викладач мав відзначити дві речі, які він зробив добре, і вказати на дві речі, які потрібно було б виправити наступного разу, що, в свою чергу, додатково мотивувало викладачів і покращувало якість викладання.

Виняткове значення для ефективного функціонування змісту формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги має особистість викладача. В симуляційному навчанні як в одному із різновидів інтерактивного навчання виняткове значення відводиться педагогу. Педагог є не тільки адміністратором, носієм знань та досвіду, а й професіоналом, компетентність якого має бути більшою (ширшою), ніж компетентність педагогічна. Він має бути водночас і педагогом, і психологом, і психотерапевтом. Важливою якістю педагога є вміння слухати та вміння спілкуватися з учнями на рівних. Щоб бути готовим до діалогу, сучасному педагогу потрібна не тільки адаптація в реаліях сучасного життя, переосмислення власного життєвого досвіду, а й «усвідомити концептуальне для нього положення необхідності навчання впродовж життя, постійного самовдосконалення і саморозвитку власної особистості» [56, с. 76-79]. На нашу думку, одним із проявів майстерності і фаховості педагога є вміння утримати непомітну для учня субординаційну грань у стосунках «педагог – учень». Роль педагога домінуюча, хороший педагог повинен стати організатором навчального процесу, лідером, прикладом для наслідування як професіонал і громадянин, а не приятелем для учня, а симуляційне навчання як метод навчання повинно бути способом пізнання, а не «грою-розвагою» для учнів.

Роль викладача має провідне значення у проведенні симуляційного навчання, та на нього покладаються особливі вимоги, такі як [76, 80]:

- викладач є не тільки джерелом знань, а і організатором навчального процесу – планує та визначає чіткі цілі навчання відповідно до рівня базової підготовки слухачів, їх вимог та очікувань;
- виступає у ролі лідера;
- виступає у ролі менеджера (координатора) з метою передачі та систематизації інформації як способу засвоєння практичних моторних навичок з надання першої долікарської допомоги;
- організує інтерактивне навчання, постійно ротуючи учасників, моделюючи реальні, прості та доступні до сприйняття симуляційні сценарії, використовуючи власний професійний досвід;

- стимулює слухачів до навчання через подачу правдивої та вірної інформації, власним правильним виконанням рекомендованих до засвоєння втручань, вказуючи на реальність опанування цих навичок слухачами;
- сприяє спільному (слухач-слухач, слухач-викладач) розв'язанню проблем, що виникли шляхом проведення де-брифінгу та застосовуючи метод «позитивної критики»;
- сприяє розвитку морально-етичних, когнітивних, професійно-діяльнісних та соціально-особистісних якостей слухачів, формуючи всі чотири компоненти професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги;
- формуванню у інтернів нетехнічних навичок, таких як: ситуаційна обізнаність; прийняття рішень; лідерство; управління командою, завданнями; обмін та передача інформації про пацієнта; формування психо- та стресостійкості, на чому особливо наголошено в останніх рекомендаціях (2015 р.) Європейської ради реанімації.

Ідеальний викладач – грамотний та обізнаний, спокійний, сконцентрований, відкритий, креативний [82, с. 5-6], його майстерність базується на фундаментальних знаннях з базового предмету, високій загальній культурі і ґрунтовній дидактичній компетентності [58, с. 44].

З метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів нами визначені такі цілі симуляційного навчання:

- засвоєння теоретичної частини та оволодіння практичними навичками (забезпечення прохідності дихальних шляхів, правильне та якісне проведення базових реанімаційних заходів, застосування AED (автоматичний зовнішній дефібрилятор) тощо), рекомендованими до засвоєння на циклі «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» як частини програми післядипломного навчання провізорів, з використанням манекенів на основі реалістичного моделювання ситуації;

- формування здатності слухачів до виявлення власних недоліків у теоретичній підготовці та у відпрацюванні практичних навичок, застосовуючи підходи дебрифінгу, «позитивної критики» та «позитивного мотивування»;
- формування нетехнічних навичок: комунікації, роль лідера при роботі в команді рятувальників, розподілу ролей під час надання невідкладної допомоги, зворотного зв'язку в команді рятувальників, взаємної підтримки, правильній передачі інформації, формування психо- та стресостійкості.

Важливою умовою симуляційного навчання як методу інтерактивного є планування заняття. Добре сплановане навчання повинне складатись з кількох важливих складових: а) визначення потреб учнів (слухачів) у навчанні (ким будуть учасники, освіта, сподівання від навчання); б) визначення мети навчання (результату, якого хочемо досягнути в результаті проведених занять); в) створення концепції навчання (формування суми знань та інформації, які подаються на занятті та практичних навичок); г) підбір методів навчання, які б найкраще відповідали цілям; д) аналіз та підготовка необхідних ресурсів, за допомогою яких проходитиме заняття (викладачі, навчальне приміщення, мультимедійне забезпечення, технічне забезпечення, методичні посібники); є) створення навчальної програми (тривалість навчання, програма, тривалість перерв, графік роботи викладачів тощо); визначення критеріїв оцінювання результативності навчання [56, с. 142-144]. Для успішної реалізації симуляційного навчання необхідні такі умови [82, с. 23-24]:

- планування заняття;
- створення довірливої атмосфери, мотивація групи до навчання наголошенням на важливості і актуальності змісту заняття;
- чітке та логічне представлення мети заняття, яка повинна бути реальною та досяжною, що врахує рівень підготовки інтернів, оголошення вимог до слухачів і правил під час проведення заняття;
- перевірка знань і навичок, якими вже володіють слухачі, інформування викладачем щодо активної участі, визначення часу на питання;

- контроль правильного розуміння та сприйняття інформації, термінів і практичних навичок шляхом зворотного зв'язку (надати слухачам можливість задавати питання та висловлювати коментарі);
- просторе приміщення, комфортна температура, робоче та справне обладнання (манекени, AED);
- невеликі групи слухачів (оптимально 6-8 осіб);
- методична розробка викладача, що містить план семінарських занять, 5-6 реалістичних, зрозумілих для сприйняття (враховуючи специфіку навчання провізорів) сценаріїв, та 2-3 екзаменаційних;
- проведення занять із засвоєння та відпрацювання практичних навичок методом «чотирьох кроків»;
- підсумування заняття з акцентуацією на опановані навички та втручання, і їх важливості та актуальності;
- обізнаність викладача.

Приклад навчального симуляційного сценарію наведений у додатку Б.

Отже, використання симуляційного навчання як методу інтерактивного сприяє формуванню конкурентоздатності особистості, професіоналізму, стимулює до пошуку способів і джерел навчання, здатності до комунікації, швидкого та ефективного прийняття рішень у професійних та життєвих ситуаціях, психо- та стресостійкості.

Взявши за основу практичних занять, проведених методом симуляційного навчання, класичний підхід «чотирьох кроків Пейтона», який застосовується у практиці навчання Європейської ради реанімації на курсах з базових та спеціалізованих реанімаційних заходів, ми адаптували його до двокрокового. До цього нас спонукав обмежений час заняття (45 хвилин) та велика кількість (10) провізорів-інтернів у групах (ідеальною є група з 6 – 8 осіб). Ми об'єднали 1-й (демонстрація) та 2-й (деконструкція) в один крок. При цьому практичне заняття/тренінг трансформувалось у дискусію, у якій обговорювались актуальні питання теми (порушення прохідності дихальних шляхів та дихання як одні з основних причин раптової зупинки кровообігу; основні методи відновлення

дихальних шляхів; негативна роль гіпоксії; значення високої якості натискання грудної клітки; поняття дефібриляції них та недифібриляційних ритмів зупинки кровообігу; значення швидкої оцінки ритму та дефібриляції тощо). У другий крок нами було об'єднано 3-й (усвідомлення) та 4-й (самостійне виконання) кроки класичного підходу Пейтона. На нашу думку, підхід двох кроків цілком виправдав себе та показав ефективність як метод засвоєння практичних навичок. Підхід двох кроків застосовувався на усіх практичних заняттях (забезпечення прохідності дихальних шляхів та підтримка дихання, навчання з базових реанімаційних заходів, уміння обслуговувати автоматичний зовнішній дефібрилятор (Automated external defibrillator (AED)), способи зупинки кровотеч тощо).

Найбільш важливим методом інтерактивного навчання, застосований нами з ціллю формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, є симуляційний тренінг. Даний метод широко впроваджений у медичну освіту в усьому світі, зокрема Європейська рада реанімації (ERC), Американська асоціація серця (AHA) та інші розробили короткі курси на основі гайдлайнів з серцево-легеневої реанімації, використовуючи як основний метод стимуляційного навчання як для медиків, так і не для медиків. На початку циклу «Практичний курс невідкладної допомоги» викладачами-інструкторами у реальному часі проводився показ базових реанімаційних заходів з демонстрацією усіх втручань, необхідних для засвоєння провізорами-інтернами на даному курсі. Ми вважаємо проведення даного показу обов'язковим, що мотивує провізорів-інтернів до активного навчання та показує реальність засвоєння даних втручань по закінченні циклу.

У процесі навчання важливого значення набуває постійна мотивація інтерна під час навчання. З метою підтримки інтернів у навчальний процес нами було впроваджено підхід «позитивної критики» (feedback) [84, 88]. Постійна підтримка інтерна в процесі навчання з метою формування компетентності – це спосіб мотивування для отримання знань та навичок. Правильна відповідь і виконання втручань завжди має бути підтримана викладачем. Підхід «позитивної критики» спонукає інтерна до розпізнавання, розуміння та самостійного виправлення власних

помилки. Цей підхід більш конструктивний та ефективніший, ніж безпосередня критика, в якій буде вказано на помилку. Перелік усіх помилок може зосередити інших на особі, яка відповідає, виконує вправу, що може призвести до її «замикання» в собі та страху неправильної відповіді, хороший викладач не може сказати слухачу, що той зробив неправильно, тому що це негативно вплине на засвоєння матеріалу в цілому та знизить мотивацію до навчання.

Реалізується підхід «позитивної критики» шляхом підсумування (feedback) проведеної маніпуляції чи етапу навчання слухачем, де вказується на початку про дві речі, зроблені добре, що має додаткову мотивацію до навчання, та на дві речі, які потрібно було б виправити наступного разу, що також мотивує та програмує до запам'ятовування та засвоєння матеріалу. Також даний метод дозволяє робити помилки, а, проводячи дебрифінг, є гарна можливість їх усвідомлення та осмислення з подальшим виправленням на нових сценаріях.

Підсумуванням циклу «Допомога при невідкладних станах та отруєннях», а також оцінка сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги інтернами-провізорами є підхід «постійного оцінювання» провізора-інтерна впродовж всього циклу та підсумковий залік. Суть його полягає в оцінці інтерна (активність, заангажованість до навчання, правильність виконання практичних навичок) впродовж всього курсу та проведенні заключного тестування, здачі практичного екзамену з відпрацюванням всіх рекомендованих втручань, освоєних під час навчання. З метою вдосконалення форм і методів викладання на циклі ми пропонуємо проведення анонімного опитування інтернів з їх пропозиціями щодо покращення та оптимізації процесу викладання на циклі в подальшому. Тести та оцінювальний чек-лист підсумкового заліку наведені у додатку Г.

Таким чином, під змістом формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів ми розуміємо наукові підходи і принципи, методики, форми та методи, засоби навчання, форми взаємодії викладача та інтерна, що сформують достатній рівень теоретичних знань, умінь та практичних навичок, комунікативних, морально-етичних та особистісних якостей,

які дадуть можливість провізору якісно та в достатньому обсязі надати першу долікарську допомогу хворим та потерпілим у разі необхідності.

На нашу думку, для ефективного формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, окрім класичних педагогічних форм та методів навчання, необхідне активне впровадження форми та методів навчання дорослих, що базуються на основних принципах андрагогіки, та метод симуляційного навчання як різновид інтерактивних методів навчання.

2.4. Форми і методи формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги

Стрімкий розвиток науки, в тому числі медичної, розвиток нових високоточних технологій вимагає підготовки висококваліфікованих спеціалістів, що володіють новітніми технологіями та здатні об'єднувати в одну цілісну систему свої теоретичні знання й практичні навички. В зв'язку з цим постають нові вимоги до сучасної освіти. Адже стан, цінності, розвиток суспільства, рівень його культури, кожної її особистості у великій мірі залежить від розвитку освіти. «Освіта формує людину, озброює її знаннями, виховує громадянські якості, вміння думати й працювати, спілкуватись і відпочивати, жити суспільним чином і водночас бути індивідуально неповторною особистістю» [30, с. 11]. Класичні підходи педагогічної науки не завжди можуть у повній мірі забезпечити ці потреби, тому поряд із традиційними формами та методами педагогічної науки все частіше впроваджуються інноваційні методи навчання, які активізують пізнавальну діяльність, творчість, формують і розвивають комунікативні, лідерські якості слухача, психо- та стресостійкість, що є надзвичайно важливим під час роботи в колективі. На нашу думку, ефективне формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги, що дасть можливість якісно та в достатньому обсязі надати провізором першу долікарську допомогу, можливе лише за умови оновлення класичних та широкого впровадження інноваційних методів, зокрема активних методів навчання.

Методи активного навчання – «це такі способи навчальної взаємодії, що активізують самостійність думок тих, хто вчиться, залучають їх до процесу вироблення інформації, формують систему ставлень, створюють атмосферу порозуміння та співпереживання, роблять дорослих учнів справжніми суб'єктами навчання» [62, с. 5-8]. В. В. Ягупов визначає методи активного навчання як «сукупність прийомів і способів психолого-педагогічного впливу на учнів, що (порівняно з традиційними методами навчання) першою чергою спрямовані на розвиток у них творчого самостійного мислення, активізацію пізнавальної діяльності, формування творчих навичок і вмінь нестандартного розв'язання певних професійних проблем і вдосконалення навичок професійного спілкування» [70]. Успішній реалізації методів активного навчання сприятимуть такі фактори: професійний інтерес інтернів, нестандартний характер навчально-пізнавального процесу, проблемність навчання, ігровий характер занять, змагальний характер та конкурентність слухачів у процесі навчання, емоційність.

Виділяють такі методи активного навчання: метод аналізу конкретної ситуації (розв'язання ситуаційних задач, розбір конфліктів, метод «лабіринту дій», метод послідовних ситуацій); мозкова атака; метод «круглого столу» (відкрита дискусія); лекційний метод (лекція-бесіда, лекція-дискусія, лекція з використанням техніки зворотного зв'язку, лекція-консультація, лекція-прес-конференція, лекція із заздалегідь запланованими помилками); нетрадиційні семінарські (практичні) заняття (семінар-дискусія, семінар-дослідження, семінар-взаємонавчання); метод інсценування (ділові, рольові ігри); метод інтелектуальної розминки, сократична бесіда [70].

Сутність методу ділової (рольової) гри полягає у моделюванні реальної ситуації, що відповідає професійній діяльності, відтворюється на основі реальної імітації та відтворюється в динаміці. Ситуація змінюється в динаміці за сценарієм, який ведеться педагогом. Підсумуванням рольової гри (симуляційного сценарію) є обговорення, аналіз та підсумування результатів. Цінність методу полягає у формуванні в учнів психо- та стресостійкості, розвитку комунікативних здібностей, здатності до прийняття швидких та нестандартних рішень. З нашої точки зору,

симуляційний сценарій як один із методів інтерактивного навчання в найбільшій мірі сприяє засвоєнню практичних (моторних) навичок, набутих і сформованих на основі засвоєного теоретичного матеріалу [56, с. 127-129].

Аналіз конкретної ситуації полягає у вирішенні учнем тієї чи іншої ситуації, за умови відсутності інформації в повному обсязі, що створює добрі умови для розвитку індуктивного та дедуктивного методу розв'язання задач. На нашу думку, цей метод (розв'язання ситуаційних задач, розбір явищ, метод «лабіринту дій») може застосовуватись в поєднанні з методом ділової гри. Цінність методу полягає у набутті професійних знань та практичних навичок шляхом самостійного вирішення проблем, а не пасивно сприймаючи інформацію, що сприяє розвитку абстрактного та творчого мислення і прийнятті рішень у складних ситуаціях [38].

Метод «лабіринту дій» передбачає отримання учнем інформації великого обсягу, яка містить як важливі, так і побічні (несуттєві) дані. На основі аналізу інформації учень має скласти уявлення про ситуацію, прийняти правильне та обґрунтоване рішення в умовах обмеженого часу. Цінність методу полягає у формуванні навичок і умінь правильно оцінити обстановку та прийняти правильне рішення [62].

Метод мозкової атаки ґрунтується на груповому вирішенні завдання на основі ідей учасників, із заборонаю критики та із заохоченням будь-яких ідей та пропозицій по вирішенню проблеми. Метод включає обговорення результатів групи, та оцінюються найкращі ідеї по розв'язанню проблеми [56, с. 137-138].

Метод «круглого столу» (відкрита дискусія) застосовують для проведення міждисциплінарних занять із метою обговорення складних проблем та обміну досвідом. При цьому формулюється проблема, яка має неоднозначне тлумачення, вимагає аналізу в різноманітних наукових аспектах. Учні мають бути підготовлені (доповіді, реферати), їх думки вислуховуються, коментуються, піддаються аналізу. Вчитель виступає у ролі координатора, спрямовуючи дискусію в необхідне русло, вміло поєднуючи різні погляди на обговорювану проблему [38].

Лекція-бесіда – найбільш поширена форма подачі інформації з активним залученням слухачів. Вона передбачає безпосередній контакт педагога з аудиторією,

що дає можливість зацентувати слухачів на найбільш важливій темі. Лектор контролює аудиторію та ставить запитання, спрямовані не на контроль, а на з'ясування думок та рівня обізнаності слухачів з даної проблеми [66]. Лекція-дискусія – метод навчання, який передбачає активний обмін думок між лектором та слухачами [46].

Семінар-дискусія – процес спілкування учасників, під час якого відбувається розв'язання теоретичних проблем та набуття практичного досвіду. Необхідними умовами реалізації даного методу навчання є добра теоретична підготовка учнів та рівноправна участь кожного з учасників дискусії [56, с. 176].

Сократична бесіда – метод навчання, спрямований на формування творчого мислення та дає змогу виявити недоліки в знанні учнів. Сприяє активному набуттю знань, розвиває критичне мислення, здатність полемізувати. Умовою реалізації даного методу є ґрунтовна підготовка учнів, педагог формулює запитання таким чином, що учні аналізують певні факти і явища, висловлюють власні погляди, а не дають готові відповіді. Педагог виступає у ролі координатора, спрямовуючи бесіду в необхідне русло, та критика, оцінюючи відповіді учнів [46].

Викладання у вищих медичних закладах освіти здійснюється на основі базових принципів педагогічної науки. На нашу думку, з метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів повинні бути застосовані форми та методи інтерактивного навчання. Також ми вважаємо за доцільне використовувати досвід викладання, започаткований Європейською радою реанімації на курсі BLS (базові реанімаційні заходи) та ALS (спеціалізовані реанімаційні заходи). Організація даних курсів, форми та методи подачі інформації були розроблені на основі навчання дорослих та базуються на основних принципах андрагогіки [83, с. 3-4]. Організація базується на чіткому визначенні терміну навчання, цілей та доцільності, опираючись на базові знання та знання з міждисциплінарних блоків, і здійснюється на основі інтерактивних методів (ділова гра, дискусія, проблемна лекція) та активних методів навчання (симуляційний тренінг), що значно збільшує відсоток засвоєння інформації [37, с. 72-80].

Розглянемо форми і методи інтерактивного навчання, що застосовувались нами на циклі «Практичний курс невідкладної допомоги» у провізорів-інтернів з метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги.

Лекція – це основна форма подачі теоретичного матеріалу інтернам, у якій подається ключова інформація, пояснення та концепції. У педагогічній практиці розрізняють такі види лекцій: вступна; інформаційна; оглядова; настановна; підсумкова; проблемна лекція; лекція-візуалізація. Для вищої школи традиційною є інформаційна лекція, яка дає і пояснює слухачам наукову інформацію, яку потрібно осмислити і запам'ятати. [66]. Як правило, кожен цикл занять починається саме з лекції. На нашу думку, найбільш ефективним видом лекції з метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів є інтерактивна (лекція-дискусія), яка спрямована на розкриття концепцій, підходів, принципів, способів вирішення проблеми, із використанням засобів візуалізації (форма передачі усної інформації, перетвореної у візуальну форму технічними засобами навчання – слайди, плівки, планшети, інтерактивна дошка). Адже дослідження показали, що при використанні виключно вербальної комунікації слухачі запам'ятовують лише 10% змісту лекції, натомість додавання візуальної допомоги в поєднанні з активним залученням слухачів до дискусії збільшує відсоток засвоєного змісту до 50%. Варто зазначити, що важливою умовою для повної реалізації поставлених цілей є невелика аудиторія та обізнаність слухачів [83, с. 6-19]. Так, у вступі до лекції «Причини та запобігання зупинці кровообігу» висвітлювались актуальність теми та навчальні цілі: зрозуміти важливість раннього розпізнавання пацієнтів у стані загрози для життя, знати основні причини зупинки кровообігу у дорослих, зрозуміти важливість швидкого розпізнання стану загрози для життя (схема обстеження ABCDE) та надання першої долікарської допомоги до прибуття спеціалізованої. В основній частині лекції розкривався основний зміст – основні причини зупинки кровообігу у дорослих (порушення прохідності дихальних шляхів, порушення дихання, розлади системи кровообігу); схема обстеження ABCDE та заходи для надання першої долікарської допомоги у пацієнтів з

вітальними порушеннями, стабілізації пацієнта, виходячи з реальних можливостей провізора. У підсумуванні (висновках) ще раз наголошувалось про важливість раннього розпізнавання критичного стану пацієнта та попередження зупинки кровообігу, основні причини зупинки кровообігу, роль схеми обстеження ABCDE в розпізнаванні та лікуванні пацієнта з ризиком зупинки кровообігу. У лекції «Алгоритм базових реанімаційних заходів», висвітливши цілі (зрозуміти роль алгоритму базових реанімаційних заходів (BLS), важливість високої якості проведення BLS, важливість швидкої дефібриляції, ролі лідера та команди при проведенні реанімаційних заходів), основна частина розкривала важливість заходів, що достовірно збільшують шанси на відновлення спонтанного кровообігу та впливають на виживання в раптовій зупинці кровообігу (РЗК): швидке підтвердження зупинки кровообігу, негайний початок та висока якість натискання грудної клітки та вентиляція, мінімізація перерв у натисканні та якнайшвидше проведення дефібриляції у випадку зупинки кровообігу у дефібриляційних ритмах (ФШ/ШТ). У підсумуванні (висновках) ще раз наголошувалось на важливості втручань, що достовірно збільшують шанси пацієнта на виживання. Тривалість лекції на курсі – 40-45 хвилин, основна ціль лекції – висвітлення актуальності та ознайомлення з основними поняттями теми. Натомість на семінарських (закрита дискусія) та практичних заняттях, проведених методом симуляційного тренінгу як одного із методів активного навчання проводилось детальне обговорення ключових питань теми та відпрацювання практичних навичок.

Наступною формою інтерактивного навчання провізорами-інтернами щодо навчання першій долікарській допомозі є закрита дискусія (семінар). Закрита дискусія – форма навчання (вид дискусії), при реалізації якого головна роль належить викладачу, який проводить заняття, чітко слідуючи заданій темі та структурі, при цьому активно залучає до обговорення актуальних питань слухачів. Умовою до реалізації та набуття знань за допомогою даного методу є теоретична підготовка слухачів по запропонованій темі [56, с. 176]. Відсоток залучення аудиторії до обговорення визначалось викладачем і залежало від рівня обізнаності та підготовки інтернів. Заняття проводились за допомогою мультимедійного

забезпечення, манекенів і на засадах методу активного навчання – симуляційного тренінгу, проведеного на основі реалістичних симуляційних сценаріїв із власного досвіду викладачів [83, с. 38-50]. Заняття з провізорами-інтернами на курсі проводились викладачами – сертифікованими інструкторами Європейської ради реанімації (European Resuscitation Council (ERS)) за курсом «Спеціалізовані реанімаційні заходи (Advanced Life Support (ALS))» та компетентних в інтерактивних методах навчання. На семінарському занятті «Обстеження пацієнта в стані загрози для життя», що проводились на основі симуляційного сценарію, обговорювались питання важливості швидкого обстеження хворого (потерпілого) у критичному стані (з високим ризиком зупинки кровообігу), основні причини зупинки кровообігу та способи підтримки вітальних функцій, послідовність (пріоритет) схеми ABCDE в обстеженні та наданні першої долікарської допомоги. Семінар закінчувався підсумуванням, під час якого проводилось обговорення та наголошувалось на ключових питаннях заняття. На семінарському занятті «Забезпечення прохідності дихальних шляхів та способи вентиляції» обговорюються питання важливості розпізнавання порушення прохідності дихальних шляхів та дихання як одних з основних причин критичного стану пацієнта та зупинки кровообігу, методів відновлення прохідності та способів вентиляції. Семінар на тему «Роль швидкої дефібриляції із застосуванням автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED) як фактора, що впливає на виживання в раптовій зупинці кровообігу (РЗК)» включає обговорення питань важливості забезпечення втручань, що достовірно збільшують шанси на виживання пацієнтів у зупинці кровообігу (швидке підтвердження зупинки кровообігу, негайний початок та високої якості натискання грудної клітки та вентиляція, мінімізація перерв у натисканні та якнайшвидше проведення дефібриляції у випадку зупинки кровообігу у дефібриляційних ритмах (ФШ/ШТ), важливості раннього виклику допомоги, тривалості проведення реанімаційних заходів. Семінарське заняття «Особливі ситуації: травми та отруєння, анафілаксія, бронхіальна астма, гострий коронарний синдром, гостре порушення мозкового кровообігу» присвячене обговоренню питань впливу зовнішніх факторів (нещасні випадки, травми,

отруєння), надання долікарської допомоги (способи зупинки кровотеч, обмеження дії отрут), доступної фармакотерапії при анафілаксії (роль адреналіну), бронхіальній астмі (сальбутамол), гострому коронарному синдромі (важливість дачі аспірину), гострому порушенні мозкового кровообігу (забезпечення прохідності дихальних шляхів та попередження аспірації) і тактики до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги.

Відкрита дискусія («круглий стіл») – це метод проведення заняття, основним принципом реалізації якого є демократичність та рівноправність організації навчання. Особливістю даного методу є рівноправність слухачів і викладача під час дискусії, всі члени навчального процесу вступають в обговорення, а викладач виступає у ролі координатора, тема заняття та коло питань є більш широкими. Головною умовою до реалізації даного методу є теоретична підготовка слухачів [38]. На нашу думку, даний метод не може бути включений до системи кінцевої оцінки сформованості професійної компетентності, бо він відображає особистісні погляди кожного індивідуума щодо даної проблеми. Даний метод має обмежене значення в навчанні першій долікарській допомозі майбутніх провізорів, а його застосування може бути корисним при обговоренні питань етики і моралі в медицині та загальних питань. Тематами відкритих дискусій циклу «Практичний курс невідкладної допомоги» були: «Надання першої долікарської допомоги провізором: громадянська позиція чи обов'язок?», «Морально-етичні питання в реанімації». На даних заняттях розглядалися морально-етичні, правові питання надання першої долікарської допомоги майбутніми провізорами, дискутувалися питання щодо доцільності та тривалості проведення реанімаційних заходів хронічних хворих та хворих з онкологічною патологією.

На нашу думку, пріоритетним методом у симуляційному навчанні є симуляційний тренінг (симуляція). Під час стимуляційного тренінгу не тільки засвоюються та відпрацьовуються необхідні практичні навички, а й розвиваються здатності до прийняття швидких та нестандартних рішень в екстремальних ситуаціях, лідерських, комунікативних якостей, здатності до командної роботи, психо- та стресостійкості. Так, при розгляді теми «Порушення прохідності

дихальних шляхів та основи вентиляції» інтерн повинен розпізнати порушення прохідності дихальних шляхів, викликати допомогу, відновити прохідність простими маневрами та вентилювати пацієнта, використовуючи засоби захисту (кишенькову маску, маску з клапаном). Розглядаючи тему «Базові реанімаційні заходи та дефібриляція», інтерни повинні підтвердити зупинку кровообігу, викликати допомогу, розподілити обов'язки (ролі), розпочати якісно натискати грудну клітку та вентиляцію, залучити можливих свідків до допомоги (доставка автоматичного зовнішнього дефібрилятора) та провести дефібриляцію. Інтерни працюють у парах, при цьому хтось із них бере на себе роль лідера та керує проведенням реанімаційних заходів. Для прикладу: в аптеці чоловік літнього віку, тримаючись за груди, впав і втратив свідомість. Присутні провізор, фармацевт та молодий чоловік, який стоїть у черзі за ліками. Аптека знаходиться у приміщенні великого супермаркету, де є AED (автоматичний зовнішній дефібрилятор). На симуляційному тренінгу провізори-інтерни вчаться почути, отримати й проаналізувати інформацію, підтримувати зворотний зв'язок та прийняти рішення. Перевагами симуляційного навчання (тренінгу) є [77, с. 2-10]:

- практичний досвід, набутий у віртуальному середовищі, без ризику заподіяння шкоди пацієнту;
- об'єктивна оцінка досягнутого рівня майстерності;
- необмежена кількість повторів для відпрацювання навичок;
- відпрацювання дій при рідкісних та таких, що несуть загрозу для життя пацієнта патологічних станах;
- частину функцій викладача бере на себе віртуальний тренажер;
- зменшення стресу під час виконання перших самостійних маніпуляцій;
- тренінг відбувається незалежно від розкладу роботи клініки, та в позаклінічних закладах;
- розвиваються як індивідуальні уміння і навички, так і здатності командної взаємодії, комунікації.

Що стосується симуляційного тренінгу, інтерни високо оцінили даний метод навчання, який активізував їх інтерес та показав реальність засвоєння ними втручань з надання першої долікарської допомоги в критичних для пацієнта станах.

Симуляції можуть бути проведені на основі: аудіо та відео, на основі паперових носіїв, тривимірних статистичних моделей, спеціальних тренажерів, комп'ютерних медичних симуляторів, трупах, тваринах, стандартизованому пацієнтові, манекенах. На симуляційних тренінгах із провізорами-інтернами ми застосовували фантоми та манекени (малофункціональні, поліфункціональні та високоякісні манекени (які забезпечують сигнали та дають можливість отримувати зворотну інформацію, цим самим дають можливість максимально зануритись в атмосферу ситуації). Чому важливим є вибір відповідного обладнання та манекена для стимуляційного тренінгу? Надзвичайно важливим у симуляційному тренінгу є реалістичність. Симуляційний тренінг буде реалістичним, коли він максимально співпадає із реальною симульованою ситуацією. Яким чином ми досягали реалістичності у симуляційному тренінгу? На початку циклу провізори-інтерни під час симуляційного тренінгу працюють на фантомах та простих симуляторах (манекенах). Ціль даного тренінгу – відпрацювання вузькопрофільних маніпуляцій (виконання потрібного прийому Сафара, уміння користуватись ротогорловою трубкою, ларингеальною маскою, лицевою маскою з клапаном, техніка натискання грудної клітки). Зазвичай цей тренінг проходить в ізолюваному середовищі (навчальний клас), що не створює атмосфери реалістичності. На більш складних симуляційних тренінгах застосовувались поліфункціональні манекени, на яких всі втручання виконувались одночасно двома провізорами-інтернами (забезпечення прохідності дихальних шляхів, вентиляція та натискання грудної клітки) із замінами та можливістю комунікувати між собою. Засвоївши усі практичні навички (відповідно до цілей курсу), провізори-інтерни на заключних симуляційних тренінгах працювали в команді з трьох осіб, маючи відповідне обладнання (засоби для забезпечення прохідності дихальних шляхів та вентиляції, автоматичний зовнішній дефібрилятор (AED), засоби для зупинки кровотеч, перев'язувальний матеріал) та високоякісний манекен. Високоякісний манекен давав можливість не

лише реально демонструвати інтернам набуті практичні навички (постановка трубок, вентиляція мішком Амбу або лицевою маскою, натискання грудної клітки, проведення дефібриляції) та виконувати це одночасно усім членам команди у реальному часі, а й імітував феномени (дихання, підняття грудної клітки, наявність пульсу, кровотечі і т. п.), що давало можливість мати зворотний зв'язок як із імітованим пацієнтом, так і між членами команди. Але навіть високоякісний манекен не дає можливості повного занурення в атмосферу ситуації. Тому ми намагались створити середовище, яке б максимально представляло ситуацію. Ми намагались (виходячи з можливостей тренінгового центру) імітувати умови, максимально наближені до робочого середовища (аптеки), вулиці, залучаючи додатково до сценаріїв фігурантів (свідків події) з числа викладачів.

Для того, щоб симуляційний тренінг був успішним, мав бути відповідний рівень підготовки наших викладачів, які є компетентними в інтерактивних методах навчання. Викладачами циклу були викладачі-інструктори, сертифіковані Європейською радою реанімації та Американською асоціацією серця. Крім компетентних викладачів, для досягнення мети стимуляційного тренінгу (сформованої компетентності провізора-інтерна) обов'язковою умовою є дотримання інструктивних принципів, розробки сценаріїв (дизайн) та створення оточуючого середовища.

При підготовці до симуляційних тренінгів ми керувались такими принципами: враховувався попередній досвід провізора-інтерна; сценарії були реалістичними (використовувався власний досвід і досвід інтернів); простими, зрозумілими та доступними до сприйняття (враховувалась специфіка навчання майбутніх провізорів); постійна підтримка провізора-інтерна під час сценарію; самостійний аналіз тренінгу інтерном з обов'язковим розглядом ключових питань теми (фідбек та дебрифінг).

Щодо викладачів, ми намагались бути не джерелом інформації, а фасилітаторами, виступати у ролі лідера, наставника, максимально підтримуючи інтерна, давши йому повну свободу дій та можливість робити помилки, які він мав виправити самостійно під час фідбеку.

Щодо створення оточуючого середовища, то роль викладача полягала у створенні довірливої атмосфери, забезпеченні відповідною кількістю обладнання (не більше і не менше) для успішної реалізації тренінгу (обладнання має бути реальним і доступним).

Що стосується побудови сценарію до стимуляційного тренінгу, ми враховували цілі заняття (тему), виходячи із цілі заняття будувався власне сюжет сценарію (легенда), при цьому враховувався і можливий негативний розвиток подій (сценарію) – смерть пацієнта.

Метою заключних сценаріїв було навчитися оволодіння навичками:

- обстеження пацієнта (визначення ймовірної причини та стану загрози для життя);
- на основі цього вирішувати проблему (певний обсяг допомоги);
- комунікації;
- збирати та аналізувати інформацію (ситуаційна обізнаність);
- працювати в команді;
- бажано, щоб пацієнт залишився живим.

На симуляційних тренінгах відбувалась постійна ротація інтернів, тобто у кожному сценарію інтерн виконував відповідну роль (забезпечував дихальні шляхи, натискав грудну клітку, обслуговував дефібрилятор (AED), був у ролі лідера команди.

Незалежно від рівня складності, кожен стимуляційний тренінг закінчувався проведенням фідбеку («позитивна критика») та дебрифінгу, де наголошувалось на ключових моментах (питаннях) теми та проводився аналіз своїх дій і рішень провізором-інтерном.

Аналізуючи результати навчання із застосуванням інтерактивних методів на циклі «Практичний курс невідкладної допомоги», можемо констатувати той факт, що найбільші труднощі у провізорів-інтернів виникали не із засвоєнням теоретичного матеріалу та практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, а через брак комунікативних якостей, уміння швидко зібрати та проаналізувати необхідну інформацію, прийняття рішень та уміння працювати в

команді. На нашу думку, формуванню цих якостей якнайкраще сприяє метод стимуляційного навчання (симуляційного тренінгу).

Таким чином, застосована нами методика стимуляційного навчання (тренінгу) є пріоритетним методом у формуванні професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. Даний метод формує не лише практичні навички, а й комунікативні, соціальні, особистісні навички, здатності сприйняття та аналізу інформації, ефективної та продуктивної роботи в колективі і прийняття рішень (лідерство). Виходячи з аналізу понять форм та методів інтерактивного навчання, особливостей навчання дорослих, з метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, вважаємо за доцільне та рекомендуємо організувати процес навчання провізорів-інтернів на засадах симуляційного навчання як прикладного методу інтерактивного навчання, застосовуючи підходи «чотирьох кроків», «позитивної критики» та «постійного оцінювання».

Висновки до другого розділу

У розділі обґрунтовано структуру професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, що складається з чотирьох компонентів: мотиваційно-ціннісного, знаннево-практичного, особистісно-психологічного та організаційно-комунікативного. Розкрито зміст компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

Мотиваційно-ціннісний компонент відображає сформованість мотивів, цілей і потреб щодо навчання та поглиблення знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, здатності майбутніх провізорів до самонавчання, самовдосконалення, саморозвитку, що додатково стає мотивуючим фактором до навчання, формування інтелектуальних, особистісних та морально-етичних якостей, розуміння своєї професійної ролі у збереженні життя та здоров'я громадян як повноцінного представника сфери охорони здоров'я.

Знаннєво-практичний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги відображає рівень знань, умінь та практичних навичок провізора, які дадуть можливість якісно надати першу долікарську допомогу хворим та потерпілим до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги.

Особистісно-психологічний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги визначає особистісні якості та психологічні характеристики майбутнього провізора, рівень його самосвідомості, уміння орієнтуватись у нестандартних та непередбачуваних ситуаціях, рівень психо- та стресостійкості, прийняття рішень, лідерських якостей, що дадуть можливість якісно надати першу долікарську допомогу самому та ефективно керувати командою рятувальників.

Організаційно-комунікаційний компонент компетентності з надання першої долікарської допомоги визначає здатність майбутнього провізора не лише надати допомогу самому, а й уміння організувати надання допомоги як свідками подій, рятувальними службами, командою рятувальників, забезпечивши при цьому збір та передачу необхідної інформації про пацієнта та обставини й ефективну комунікацію, що покращить якість надання допомоги та кількість інвалідизації і смертей хворих та потерпілих.

Визначено критерії сформованості по кожному з компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги: високий, середній, низький. Визначено, що критеріями сформованості компонентів, що дають можливість якісно надати першу долікарську допомогу, будуть високий та середній. Формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів як обов'язкового компонента професійної, під час опанування курсу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» на післядипломному етапі навчання, має бути спрямовано на становлення кожного з її структурних компонентів.

У дослідженні розкриті основні поняття педагогічної науки (форми, методи навчання, педагогічна модель, методи активного навчання, інтерактивне навчання,

андрагогіка). Проведено порівняння класичної педагогічної моделі та андрагогічної моделі навчання і розглянуто особливості навчання дорослих.

У розділі представлено методику формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання. Методика формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги складається з таких блоків, які є взаємопов'язаними та доповнюють один одного: нормативно-цільовий, змістовий та результативно-аналітичний. Нормативно-цільовий блок визначає цілі, принципи (гуманізація, гуманітаризація та демократизація) та підходи (методи) формування досліджуваної компетентності.

Змістовий блок визначає зміст, відбір форм та методів навчання і способів їх реалізації, підбір засобів навчання, обґрунтовує сукупність педагогічних умов для активної взаємодії суб'єктів навчального процесу, відображає зміст мотиваційно-ціннісного, знаннево-практичного, особистісно-психологічного та організаційно-комунікаційного компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги. Результативно-аналітичний – оцінка рівня сформованості компонентів компетентності, аналіз та корекція й оптимізація педагогічних умов, технологій, форм і методів навчання.

Основними принципами функціонування представленої методики визначено такі: 1) цілісність (забезпечує структурно-функціональну відповідність, ієрархічну взаємообумовленість й узгодженість компонентів методики); 2) технологічність (полягає у практичній реалізації методики через впровадження освітніх технологій, спрямованих на формування компетентності); 3) варіативність (дозволяє зміну та доповнення компонентів методики новими структурами); 4) особистісність та індивідуалізація (передбачає адаптацію методики до індивідуального розвитку конкретної особистості).

У розділі обґрунтована та сформована методика формування компетентності на засадах симуляційного навчання як така, що максимально сприяє формуванню професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, проведених у формі інтерактивних лекцій, семінару, дискусій, тренінгу,

стимуляційного сценарію та застосовуючи підходи «чотирьох кроків», «позитивної критики», «позитивного мотивування» і «постійного оцінювання», за умови чітко визначених цілей, активної участі слухачів та особливої ролі викладача як провідника та координатора навчального процесу.

У розділі проаналізовані технології інтерактивного навчання, методи (інтерактивна лекція, мозковий штурм, карусель, ігрові вправи, практичні завдання, рольові та ділові ігри, тренінг, обговорення проблеми в командах та парах), форми інтерактивного навчання в медицині (інтерактивна лекція, семінар, дискусія, тренінг, симуляційний сценарій) та метод симуляційного навчання як різновид активного навчання, що реалізуються підходами «чотирьох кроків», «позитивної критики», «позитивного мотивування» та «постійного оцінювання», переваги інтерактивного навчання перед традиційними методами. Також висвітлені ролі викладача та слухача в процесі інтерактивного навчання, цілі та умови навчання, що забезпечили б ефективне формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

Проведено аналіз основних форм і методів навчання у вищій школі та запропоновано способи оптимізації навчального процесу з ціллю формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. У розділі представлені переваги методу стимуляційного тренінгу як пріоритетного у формуванні професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів. Даний метод формує не лише практичні навички, а й комунікативні, соціальні, особистісні навички, здатності сприйняття та аналізу інформації, ефективної та продуктивної роботи в колективі і прийняття рішень (лідерство).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балахтар В. В. Соціально-психологічний тренінг і маніпуляція : навч.-метод. посіб. Вижниця : Черемош, 2015. 432 с.
2. Безюлева Г. В. Психолого-педагогічний супровід професійної адаптації учнів та студентів : монографія. Москва : НОУ ВПО Московський психолого-соціальний інститут, 2008. 320 с.
3. Бех І. Д. Виховання особистості : у 2 кн. Кн. 1. Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. Київ : Либідь, 2003. 280 с.
4. Бех І. Д. Гуманістична педагогіка як нова інноваційна парадигма. *Науковий вісник Миколаївського державного педагогічного університету: Педагогічні науки : Збірник наукових праць*. Миколаїв : МДПУ. 2001. С. 22–28.
5. Биконя О. П. Функціональні компоненти діяльності викладача та студентів у самостійній позааудиторній роботі з англійської мови з використанням мультимедійного електронного посібника. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки*. 2016. Вип. 141. С. 15–19.
6. Білявець С. Я. Характеристика критеріїв і показників сформованості професійної компетентності майбутніх офіцерів-прикордонників. *Innovative solutions in modern science*. 2017. № 10 (19) С. 1–13.
7. Бойчук І. Д. Передумови виникнення та становлення системи підготовки фармацевтів в Україні. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. Львів, 2007. № 4. С. 186–196.
8. Великий тлумачний словник сучасної української мови / за ред. В. Т. Бусел. Київ : Ірпінь : Перун, 2005. 1728 с.
9. Вершловский С. Г. Встреча со специалистом. *Новые знания*. 2005. №2. – С. 20–24.
10. Головань М. С. Зміст та структура професійної компетентності декана факультету вищого навчального закладу III-IV рівня акредитації. *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницького державного*

- педагогічного університету імені Григорія Сковороди*. 2013. Т. III. (45).
Додаток 1 до вип. 31. С. 66–74.
11. Гончаренко С. У. *Методика як наука*. Хмельницький : ОХГПК, 2000. 30 с.
 12. Гончаренко С. У. *Український педагогічний словник*. Київ : Либідь, 1997. 168 с.
 13. Деркач А. А., Кузьміна Н. В. *Акмеологія : пути достижения вершин профессионализма*. Москва : РАУ, 1993. 280 с.
 14. Дичківська І. М. *Інноваційні педагогічні технології*. Київ : Академвидав, 2004. 302 с.
 15. Дячук В. П. *Комунікативна культура прямого телевізійного ефіру : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. культурології : 26.00.01*. Київ, 2009. 22 с.
 16. Загринчук М. С., Марцинюк В. П., Мисула. І. Р. *Підготовка фахівців у вищих навчальних закладах України в сучасних умовах на основі компетентнісного підходу*. *Медична освіта*. 2013. № 1. С. 11–17.
 17. Зеер Э. Ф., Павлова А. М., Сыманюк Э. Э. *Модернизация профессионального образования : компетентностный подход : учеб.* Москва : Моск. психол.-соц. Ин-т, 2005. 216 с.
 18. Змеев С. И. *Андрагогика: основы теории, истории и технологии обучения взрослых*. Москва : ПЕР СЭ, 2007. 272 с.
 19. *Інтерактивні методи навчання: навч. посібник ; за заг. ред. П.Шевчука і П.Фенриха*. Щецін : WSAP, 2005. 170 с.
 20. Кайдалова Л. Г., Альохіна Н. В. *Психологічний портрет сучасного провізора-першостольника*. *Современная фармация*. 2015. Вересень. С. 18–19.
 21. Кайдалова Л. Г., Альохіна Н. В., Шварп Н. В. *Формування психологічної компетентності як складової професійної підготовки майбутніх фахівців фармації*. *Національний фармацевтичний університет*. URL: <http://nuph.edu.ua/wp-content/uploads/2015/04/Farmatsiya-Ukrayiny-Tom-2>.
 22. Калиновский Ю. И. *Введение в андрагогику. Мобильность педагога в образовании взрослых : монография*. Москва, 2000. 214 с.

23. Кларин М. В. Инновации в мировой педагогике: обучение на основе исследования, игры и дискуссии. Рига : НПЦ «Эксперимент», 1995. 176 с.
24. Коваленко В. М., Дорогой А. П. Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні. *Український кардіологічний журнал*. 2016. Додаток № 3. С. 5–14.
25. Колесникова И. А., Марон А. Е., Тонконогая Е. П. и др. Основы андрагогика : учеб. пособ. Москва : Изд. центр «Академия», 2003. 240 с.
26. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах : монографія. Львів : Край, 2013. 296 с.
27. Корольов Б. І. Особливості діяльності викладача в умовах модернізації вищої освіти України. Психолого-педагогічні засади проектування інноваційних технологій викладання у вищій школі : монографія / за заг. ред. В.П. Андрущенко, В.І. Лугового. Київ : «Педагогічна думка» 2011. С. 88-105.
28. Коротяева И. Б. Деловая игра как средство развития познавательных и профессиональных интересов студентов педагогического вуза (на материале изучения иностранного языка на неязыковых факультетах) : дис. канд. пед. наук : 13.00.01. Киев, 1989. 169 с.
29. Краевский В. В., Хуторской А. В. Основы обучения. Дидактика и методика. Москва, 2007. 352 с.
30. Кремень В. Г. Освіта і наука України: шляхи модернізації (факти, роздуми, перспективи). Київ : Грамота, 2003. 216 с.
31. Кривенко І. П. Модель формування у майбутніх лікарів компетентності з опрацювання медико-біологічних даних у процесі вивчення дисципліни «Медична інформатика». *Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»: Тематичний випуск «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору»*. Київ : Гнозис. 2014. С. 93–100.

32. Крижановський А. І. Формування професійної компетентності майбутніх учителів початкової школи з використанням веб-технологій у педагогічних коледжах : дис. канд. пед. наук : 13.00.04. А. І. Вінниця, 2017. 264 с.
33. Кузьмінський А. І. Педагогіка вищої школи : навчальний посібник. Київ : Знання, 2005. 486 с.
34. Курлянд З. Н., Бартенєва І. О., Богданова І. М. та ін. Теорія і методика професійної освіти : навчальний посібник. Київ : Знання, 2012. 390 с.
35. Лисенко О. Ю. Формування професійної компетентності майбутніх провізорів у вищих медичних навчальних закладах : монографія. Київ : ВП «Едельвейс», 2015. 176 с.
36. Луговий В. І. Європейська концепція компетентнісного підходу у вищій школі та проблеми її реалізації в Україні. *Педагогіка і психологія професійної освіти : наук.-метод. журнал.* 2009. №2. С. 13–25.
37. Лук'янова Л. Провідні особливості навчання дорослих. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи.* 2009. Вип. 1. С. 72–80.
38. Малихін О. В., Павленко І. Г., Лаврентьева О. О. та ін. Методика викладання у вищій школі : навч. посіб. Київ : КНТ, 2014. 262 с.
39. Мартиненко С. М., Хоружа Л. Д. Загальна педагогіка : навчальний посібник. Київ : МАУП, 2002. 176 с.
40. Мартинець Л. А. Освіта дорослих: форми та зміст. *Освіта та розвиток обдарованої особистості.* 2015. № 3. С. 14–16.
41. Международные правовые акты и документы по развитию европейской интеграции в образовании и исследованиях : Европейское образовательное пространство : От Лиссабонской конвенции до Болонского процесса. Москва : Готика, 2004. 384 с.
42. Мойсеюк Н. Є. Педагогіка : навч. посіб. 5-те вид., перероб. та доп. Київ : Саммит Книга, 2007. 656 с.
43. Молчанов С. Г. Профессиональная компетентность и система повышения квалификации педагогических и управленческих работников. Москва, 2007. 84 с.

44. Мруга М. Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2006. 26 с.
45. Наволокова Н. П. Енциклопедія педагогічних технологій та інновацій. Харків : Вид. група «Основа», 2009. 176 с.
46. Пащенко М. І., Красноштан І. В. Педагогіка : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2014. 228 с.
47. Педагогика : уч. пос. / под ред. Ю. К. Бабанского. Москва : «Просвещение», 1983. 479 с.
48. Педагогічні технології : теорія та практика: навч. метод. посібник / за ред. проф. М.В. Гриньової. Полтава : АСМІ, 2006. 230 с.
49. Полуніна О. В. Психологічна компетентність викладача вищого педагогічного навчального закладу як чинник успішності управління процесом учіння студентів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. псих. наук : 19.00.07. Київ, 2004. 16 с.
50. Пометун О. І. Пироженко Л. В. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання. Київ : А .С. К. , 2004. 192 с.
51. Равен Дж. Компетентность в современном обществе : выявление, развитие и реализация. Москва : «Когито-Центр», 2002. 396 с.
52. Семиченко В. А. Проблемы мотивации поведения и деятельности человека: модуль «Направленность». Київ : Міленіум, 2004. 521 с.
53. Сиротенко Г. О. Сучасний урок: інтерактивні технології навчання. Харків : Основа, 2003. 80 с.
54. Сисоєва С. О. Дослідницька компетентність викладача вищої школи: програма розвитку. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016. №1. С. 40–48.
55. Сисоєва С. О. Європейські вимоги до критеріїв ефективності професійної підготовки фахівців. *Акмеологія – наука ХХІ століття* : матер. ІV Міжнародної наук.-практ. конф., м. Київ, 30 травня 2014 р. Київ, 2014. С. 36–47.

56. Сисоєва С. О. Інтерактивні технології навчання дорослих : навчально-методичний посібник /НАПН України, Ін-т педагогічної освіти і освіти дорослих. Київ : ВД «ЕКМО», 2011. 324 с.
57. Сисоєва С. О. Педагогічні технології: коротка характеристика сутнісних ознак. *Педагогічний процес: теорія та практика*. 2006. № 2. С. 127–131.
58. Сисоєва С. О., Алексюк А. М., Воловик П. М. Педагогічні технології у неперервній професійній освіті : монографія (АПН України, Ін-т педагогіки і психології проф. освіти). Київ : ВІПОЛ, 2001. 504 с.
59. Слостенин В. А. Теория и методика профессионального образования : учебно-методическое пособие. Москва : ИКЦ «МарТ» 2004. 336 с.
60. Сліпчук В. Л. Підготовка фахівців фармацевтичної галузі в Україні в умовах євроінтеграції. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2014. №3. С. 63–68.
61. Соснова М. А. Формування ключових компетентностей у майбутніх молодших медичних спеціалістів у медичних коледжах : дис. канд. пед. наук : 13.00.04. Кропивницький, 2016. 368 с.
62. Софій Н. З., Кузьменко В. У. Про сто і один метод активного навчання. Київ : Крок за кроком, 2003. 116 с.
63. Тарновская А. С. Формирование психологической готовности студентов университета к педагогической деятельности в школе : автореф. дис. на соискание науч. ступени канд. псих. наук : 19.00.07. Киев, 1991. 20 с.
64. Туркот Т. І. Педагогіка вищої школи: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : Кондор, 2011. 628 с.
65. Філоненко М. М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : монографія. Київ : Центр учбової літератури, 2015. 334 с.
66. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. 2-ге вид. Київ : Академвидав, 2014. 456 с.
67. Чайка В. М. Основи дидактики: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : Академвидав, 2011. 240 с.

68. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.
69. Ягупов В. В., Свистун В. І. Компетентнісний підхід до підготовки фахівців у системі вищої освіти. *Наукові записки Національного університету «Києво-Могилянська академія». Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота.* Київ : КМ Академ, 2007. С. 79.
70. Ягупов В. В. Педагогіка: навчальний посібник. Київ : Либідь, 2002. 560 с.
71. Autumm Stanley. Mothers and daughters of invention notes for a revised history of technology. New Brunswick, N.J. : Rutgers University Press, 1995, 708 pages. ISBN-10: 0813521971.
72. Cooper JB, Taqueti VR. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. *BMJ Quality & Safety*, 2004 11-18 pages. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2004.009886>.
73. Dale E. Audio-Visual Methods in Teaching. New York : Holt, Rinehart & Winston, 1969. 108 p.
74. Edwin Albert Link. «A Chronological Biography». Binghamton University Libraries. DOI: <https://www.binghamton.edu/libraries/specialcollections/researchandcollections/linkedwin.html>.
75. Flanagan B, Nestel D, Joseph M. Making patient safety the focus: Crisis resource management in the undergraduate curriculum. *Medical Education*. 2004 Jan. № 38 (1). P. 56–66. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14962027>.
76. Flin R, O'Connor P, Crichton M. Safety at the Sharp End: a Guide to Non-Technical Skills. Aldershot : Ashgate, 2008. DOI: <https://www.crcpress.com/Safety-at-the-Sharp-End-A-Guide-to-Non-Technical-Skills/Flin-OConnor/p/book/9780754646006>.
77. Gaba D.M D. The future vision of simulation in healthcare. *Quality and Safety in Health Care*. 2004. №13. P. 2–10. DOI: 10.1136/qshc.2004.009878.
78. Gavin D. Perkins, Anthony J. Handley, Rudolph W. Koster d, Maaret Castréne, Michael A. Smyth, f , Theresa Olasveengeng, Koenraad G. Monsieurs h,i , Violetta

- Raffayj , Jan-Thorsten Gräsner k, Volker Wenzell , Giuseppe Ristagno m, Jasmeet Soar. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation n, on behalf of the Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation* Volume 95, Pages 81–99 <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.07.015>.
79. Gelbart Nina Rattner. *The king's midwife: a history and mystery of Madame du Coudray*. Berkeley, Calif.: University of California Press, 1998. 347 pages. <https://doi.org/10.1086/ahr/104.2.655>.
80. Jasmeet Soara, Jerry P. Nolanb, Bernd W. Böttigerd, Gavin D. Perkinse, Carsten Lottg, Pierre Carlih, Tommaso Pellisi, Claudio Sandronij, Markus B. Skrifvarsk, Gary B. Smithl, Kjetil Sundem, Charles D. Deakino, on behalf of the Adult advanced life support section. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 : Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*. Oct. 2015. P. 100–147. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.016.
81. Knowles M. S. *The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development*. New York : ELSEVIER Butterworth Heinemann, 2005. 378 p.
82. Mackway-Jones K. *Pocket Guide to Teaching for Medical Instructors*. London : BMJ Books, 2006. 91 p.
83. Mackway-Jones K. *The Pocket Guide to Teaching for Medical Instructors Advanced Life Support Group*. London : BMJ Books, 2006. 102 p.
84. Mariana G. Hewson Margaret L. Little. Giving feedback in medical education. *Journal of General Internal Medicine*, February 1998. Pages 111–116. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00027.x>
85. Mattias Ringh, M.D., Mårten Rosenqvist, M.D., Ph.D., Jacob Hollenberg, M.D., Ph.D., Martin Jonsson, B.Sc., David Fredman, R.N., Per Nordberg, M.D., Hans Järnbert-Pettersson, Ph.D., Ingela Hasselqvist-Ax, R.N., Gabriel Riva, M.D., and Leif Svensson, M.D., Ph.D. Mobile phonedispatch of laypersons for CPR in out of hospital cardiac arrest. *The New England journal of medicine*. June 11, 2015. P. 2316–2325. DOI: 10.1056/NEJMoa1406038.

86. Morton P.G. Using a critical care simulation laboratory to teach students. *Critical Care Nurse*, 1997. № 17 (6), P. 66–69. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9418398>.
87. Münster, T., Stosch, C., Hindrichs, N., Franklin, J., & Matthes, J. (2016). Peyton's 4-Steps-Approach in comparison: Medium-term effects on learning external chest compression – a pilot study. *GMS Journal for Medical Education*, 33 (4), Doc 60. <http://doi.org/10.3205/zma001059>.
88. Nisha Mandhane, Sharique Ansari, Tanveer Parvez Shaikh, Sandesh Deolekar. (Aug; 3(8) 2015). Positive feedback: a tool for quality education in field of medicine. *International Journal of Research in Medical Sciences* P. 1868-1873. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20150293>.
89. Walker M, Peyton JW. Teaching in the Theatre. In: Teaching and Learning in Medical Practice. Heronsgate Rickmansworth, Herts.: Manticore Europe Ltd. 1998. P. 216.
90. World Federation for Medical Education. Global standards for quality improvement. Postgraduate Medical Education. WFME. 2003. URL: <http://www.wfme.org>.
91. Tsekhmister Ya., Lysenko O. The Process of the Future Pharmacists' Professional Competence Formation at the Higher Medical Educational Establishments. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. 2018. Vol 25. № 1. P. 70–76. URL: <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/275>.

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПЕДАГОГІЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ

У розділі представлені етапи та методика експериментальної роботи; проведений аналіз результатів педагогічного експерименту.

3.1. Етапи та методика експериментальної роботи.

Перспективним і важливим напрямом сучасної медичної та фармацевтичної освіти як у країнах Європи, так і в Україні є перехід від інформаційно-накопичувальної до компетентнісної, особистісно-спрямованої моделі, що відображає систему професійних знань, умінь та навичок, особистісно-поведінкових якостей, об'єднаних гуманним ставленням до пацієнта. Це вимагає не тільки оновлення методичних підходів, впровадження нових методів навчання, широкого застосування інтерактивних методів [3, с. 84-86], а й ґрунтовної системи оцінювання кінцевого результату навчання, тобто визначення рівнів сформованості компетентностей. Традиційні способи оцінювання набутих знань та практичних навичок не завжди дозволяють у повній мірі визначити рівні сформованості компетентностей, у зв'язку з чим виникає потреба комплексного підходу до вирішення даної проблеми. Це вимагає комплексу заходів з аналізу результатів навчання, визначення динаміки формування компетентностей як результату впровадження нових підходів і методів навчання, прогнозування, та включають контроль, перевірку, оцінювання, накопичення та обробку статистичних даних, їх аналіз і визначення подальших тенденцій [5, 1].

Дослідження ефективності методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів та її реалізація під час навчання в інтернатурі здійснювалися з 2015 до 2018 року на базі Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця. Розроблена програма дослідження передбачала три етапи, а саме: підготовчий, основний (етап реалізації) та контрольний.

На першому, *підготовчому*, етапі 2015-2016 рр. було реалізовано виконання ряду завдань:

- проведено аналіз основних форм і методів навчання у вищій школі та впровадження способів оптимізації навчального процесу з метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів під час навчання в інтернатурі, проаналізовано сучасні методи інтерактивних технологій у педагогіці;
- обґрунтовано та сформовано методику формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання з метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги під час опанування циклу «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях» як частини навчального плану післядипломної освіти провізорів-інтернів, визначено цілі, умови та методи стимуляційного навчання (цілі, умови та методи стимуляційного навчання – детально представлені в розділі 2.3);
- вивчено сучасний стан сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. Досліджено систему професійної підготовки провізорів в Україні. Проведено аналіз навчального плану професійної підготовки майбутніх провізорів під час навчання в інтернатурі.

На *основному* етапі (етап реалізації) здійснено добір методів інтерактивного навчання та педагогічних підходів з метою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів, випробувано та адаптовано експериментальну методику формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання розроблену на попередніх етапах дисертаційного дослідження, перевірено гіпотезу щодо її ефективності у формуванні професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів у порівнянні із традиційними методами навчання розділу навчального плану провізорів-інтернів «Допомога при невідкладних станах і гострих отруєннях», розроблені опитувальники та анкети.

На третьому, *контрольному*, етапі (2018 р.) проведено аналіз отриманих результатів, їх узагальнення, на основі яких зроблено висновки до дисертаційної роботи.

Для визначення ефективності запропонованої нами методики, що базується на засадах симуляційного навчання, розроблено критерії сформованості компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги, за якими в подальшому оцінювався рівень сформованості компетентності у провізорів-інтернів, що успішно засвоїли матеріал, передбачений до опанування. Детальний опис критеріїв та рівнів сформованості компетентності представлений у попередньому розділі та у таблиці (табл. 3.1). (Додаток Г, таблиці та діаграми).

Інструментами оцінки сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів були анкетування, тестування, оцінювання й аналіз результатів діяльності та метод постійного оцінювання викладачем впродовж всього періоду навчання.

Рівні сформованості мотиваційно-ціннісного компонента визначалися за допомогою анкетування та оцінки таких показників: «Бажання надати невідкладну допомогу при виникненні такої необхідності», «Досвід надавання невідкладної допомоги пацієнтам», «Відчуття браку знань при наданні невідкладної допомоги», «Впевненість при наданні невідкладної допомоги у разі виникнення необхідності по закінченні вищого медичного закладу освіти (ВМЗО)», «Задоволення структурою та методологією подання інформації під час навчання у ВМЗО», «Чи потрібен курс невідкладної допомоги майбутнім провізорам під час проходження інтернатури?».

Для оцінювання сформованості знаннево-практичного компонента використовувалося тестування рівня теоретичних знань з базових та суміжних дисциплін у контексті надання першої долікарської допомоги. Основними показниками, що використовувалися під час тестування, були: «Оцінка ознак зупинки кровообігу», «Час пошуку ознак зупинки кровообігу», «Вибір тактики при зупинці кровообігу», «Методика СЛР», «Вибір лікарських засобів під час проведення СЛР», «Вибір лікарських засобів під час проведення СЛР», «Вибір

тактики дій при наданні НД при травмі», «Оцінка та вибір методу зупинки кровотечі», «Оцінка та тактика дій при травмі грудної клітки».

Сформованість знаннєво-практичного компонента компетентності визначалась шляхом аудиторного експерименту [6, с. 250-252] під час поточного навчання та заліку з відпрацювання практичних навичок, а також тестування за такими показниками: «Визначення причини критичного стану», «Вибір медикаментозного лікування», «Вибір лікарських засобів під час проведення СЛР», «Тактика та техніка використання AED», техніка виконання СЛР та практичних навичок.

Сформованість особистісно-психологічного та організаційно-комунікаційного компонентів вивчалися шляхом проведення експертної оцінки викладачами під час практичних занять з надання першої долікарської допомоги проведених на основі симуляційних сценаріїв [6, с. 250-252]. Показниками сформованості компонентів були: ефективність комунікації, організація злагодженої роботи в команді, здатність приймати рішення в екстремальних ситуаціях, рівень стресостійкості.

Перевірку статистичної достовірності отриманих експериментальних даних ми здійснювали за допомогою програмного забезпечення: стандартного пакета Microsoft Excel 2016 MSO, що є у вільному доступі. Отримані під час дисертаційного дослідження дані спершу були проаналізовані на нормальність розподілу. Для визначення характеру розподілу застосували аналіз Пірсона з порівнянням вимірних показників з розрахунковими, які є очікуваними при умові нормального розподілу. Результати аналізу характеру розподілу для кожного з показників не наводяться в тексті дисертації, оскільки це призвело б до значного збільшення її обсягу.

Методи статистичного аналізу, які застосовуються при умові нормального розподілу, називаються параметричними та базуються на порівнянні параметрів розподілу. При обмеженій кількості спостережень велике значення мав характер розподілу перемінних у групах, оскільки випадкове відхилення навіть одного спостереження справляло значний вплив на усереднений результат. При отриманні даних у групах, розподіл яких відрізняється від нормального – застосувати

параметричні методи було неможливо, в цьому випадку застосовували їх непараметричні аналоги [2].

Більшість даних, отриманих у результаті дисертаційного дослідження, мали нормальний розподіл.

Для порівняння отриманих результатів дослідження використовували критерій Пірсона χ^2 (хі-квадрат). Відомо, що статистичні критерії поєднують методи розрахунку, теоретичну модель розподілу та правила прийняття рішення про прийняття нульової чи альтернативної гіпотези [7]. Використання статистичного критерію χ^2 (перевірка гіпотези про закон розподілу) дозволяє виявити, чи є різниця у рівні сформованості компонентів компетентності та яка достовірність виявлених відмінностей. Ми виходимо з того, що зміна рівня кожного з компонентів педагогічної компетентності може відбутися внаслідок випадкових чинників або під впливом запропонованої моделі навчання.

Для визначення достовірності відмінностей між показниками контрольної та експериментальної груп було висунуто нульову гіпотезу (H_0), яка стверджує, що різниця між показниками контрольної групи (КГ), до якої увійшли провізори-інтерни, заняття з якими проводилися навчання за типовим навчальним планом і програмою зі спеціальності «Загальна фармація», та показниками експериментальної групи (ЕГ), до якої увійшли провізори-інтерни, заняття з якими проводилися за запропонованою нами моделлю формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів, є статистично незначимою. На противагу їй висуваємо альтернативну гіпотезу (H_1) нашого дослідження щодо доцільності розробленої моделі педагогічної підготовки. Статистично значимою різницею між показниками вважали при ймовірності справедливості нульової гіпотези менше 5% ($p < 0,05$). У разі виявлення статистично значимої різниці між групами нульова гіпотеза відхиляється та приймається альтернативна.

$$(H_0) = КГ = ЕГ$$

$$(H_1) = КГ \neq ЕГ \text{ при } \alpha \leq 0,05$$

Метою статистичного аналізу є підтвердити чи спростувати висунуті гіпотези.

Для прийняття висновку про результати статистичної перевірки ми керувалися правилом: якщо фактичне значення критерію χ^2 потрапляє до критичної області, визначеної за статистичними таблицями (тобто $T_{\text{факт.}} < T_{\text{кр.}}$), то приймається нульова гіпотеза (H_0) – в такому разі отримані відмінності статистично незначимі та є результатом випадкового впливу. Якщо $T_{\text{факт.}} > T_{\text{кр.}}$, то, згідно з критерієм χ^2 , відмінність у рівнях сформованості досліджуваного компонента статистично значима та не може бути пояснена випадковими причинами, а є наслідком цілеспрямованої діяльності [8]. Отже, нульову гіпотезу відхиляємо, а наша альтернативна гіпотеза підтверджується. Тобто отримані результати зумовлені причинами, які діють систематично. Це означає, що розроблена педагогічна модель ефективно впливає на результат. Розрахунки критерію χ^2 проводилися стандартним пакетом Microsoft Excel 2016 MSO, проміжні розрахункові значення для кожного з показників не наводяться в тексті дисертації, оскільки сучасний пакет автоматично розраховує статистичну різницю за заданою формулою «ХИ2.ТЕСТ» [4].

Метою *основного* етапу (етап реалізації) експерименту була перевірка реального стану підготовки майбутніх провізорів і обґрунтування актуальності та доцільності дослідження. Для цього було діагностовано вхідний рівень сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів, які успішно засвоїли матеріал, передбачений до опанування під час навчання на додипломному етапі навчання. На початку навчання в інтернатурі проведено анкетування серед провізорів-інтернів 2015 та 2016 років вступу. Сформовано контрольну групу, до якої увійшли майбутні провізори 2015 року вступу у кількості 95, та в подальшому розпочали навчання за типовим навчальним планом і програмою зі спеціальності «Загальна фармація». До експериментальної групи увійшли майбутні провізори 2016 року вступу у кількості 104, які під час навчання в інтернатурі пройшли навчання за розробленою нами методикою.

Для підтвердження однорідності контингенту майбутніх провізорів, які увійшли в дослідження, було проведено анкетування за показниками, що наведені в таблиці 3.1 додатків. Висунуто нульову гіпотезу, що КГ та ЕГ однорідні за статтю,

віком, здобутою попередньо вищою медичною освітою за спеціальністю «Лікувальна справа» (фармацевтична освіта часто є другою вищою медичною освітою серед лікарів інших спеціальностей), успішність у навчанні на додипломному етапі, наявність попередньої середньої медичної освіти, досвід роботи в ЛПЗ та проходження додаткових курсів з надання НД до вступу в інтернатуру поза навчальною програмою ВМЗО.

Згідно з результатами анкетування майбутніх провізорів, які увійшли у дослідження, виявлено, що середній вік майбутніх провізорів, які розпочали навчання в інтернатурі 23 р. [22-26] та 24 р. [22-27] у ЕГ та КГ відповідно, співвідношення чоловіків та жінок – 26/78 ЕГ та 25/70 КГ. Мали закінчену вищу медичну освіту за спеціальністю «Лікувальна справа» 18 (18,9%) КГ та 20 (19,23%) ЕГ майбутніх провізорів. Середній бал на додипломному навчанні КГ $3,9 \pm 0,5$ та ЕГ $4,0 \pm 0,4$. Перед вступом до ВМЗО 28 (29,5%) КГ та 32 (30,7%) ЕГ майбутніх провізорів отримали середню медичну освіту, з яких 9 (9,5%) КГ та 10 (9,6%) ЕГ мали досвід роботи в лікувально-профілактичних закладах більше 1 року. В КГ 5 провізорів-інтернів (5,3%) та 6 (5,7%) в ЕГ проходили раніше додаткові курси з надання невідкладної допомоги поза навчальною програмою ВМЗО. Проведений аналіз показників не виявив статистично значимої різниці, що дає підстави прийняти нульову гіпотезу однорідності КГ та ЕГ груп.

Таблиця 3.2

Характеристика провізорів-інтернів, які увійшли у дослідження

Показник	КГ (n=95)	ЕГ (n=104)	P*
Стать ч/ж	25\70	26\78	**p>0.05
Вік, роки М [QI-QIII]	23 [22-26]	24 [22-27]	*p>0.05
Закінчена вища медична освіта за спеціальністю «Лікувальна справа» так/ні	18 (18.9%)	20 (19.23%)	*p>0.05
Середній бал на додипломному навчанні	$3,9 \pm 0,5$	$4 \pm 0,4$	*p>0.05
Середня медична освіта	28 (29,5%)	32 (30,7%)	*p>0.05
Досвід роботи в ЛПЗ більше 1 року	9 (9,5%)	10 (9,6%)	*p>0.05
Досвід проходження додаткових курсів з НД	5 (5,3%)	6 (5,7%)	*p>0.05

*тест Крускала-Уоліса, * тест Фішера

Наступним кроком основного етапу експерименту була оцінка вхідного рівня сформованості компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів, які успішно засвоїли матеріал, передбачений для опанування під час навчання на додипломному етапі навчання. Подальше зіставлення отриманих результатів серед майбутніх провізорів дозволило нам перевірити нульову гіпотезу, чи були однаковими вхідні рівні сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги ЕГ і КГ на констатувальному етапі експерименту.

Таблиця 3.3

Результати вхідного оцінювання основного етапу (мотиваційно-ціннісний компонент)

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		КГ n=95	ЕГ n=104	КГ n=95	ЕГ n=104	КГ n=95	ЕГ n=104
1	2	3	4	5	6	7	8
Мотиваційно-ціннісний	Бажання надати НД при виникненні такої необхідності	7 (7,4%)	8 (7,7%)	51 (53,7%)	56 (53,8%)	37 (38,9%)	40 (38,5%)
	Досвід надавання НД пацієнтам	64 (67,4%)	71 (68,3%)	21 (22,1%)	22 (21,2%)	10 (10,5%)	11 (10,6%)
	Якщо так, відчуття браку знань при наданні НД	50 (52,6%)	55 (52,9%)	35 (36,8%)	37 (35,6%)	10 (10,5%)	12 (11,5%)
	Впевненість при наданні НД у разі виникнення необхідності по закінченні ВМНЗ	56 (58,9%)	61 (58,7%)	33 (34,7%)	35 (33,7%)	6 (6,3%)	8 (7,7%)
	Задоволеність структурою та методологією подання інф. під час навчання у ВМНЗ	48 (50,5%)	52 (50,0%)	38 (40,0%)	44 (42,3%)	9 (9,5%)	8 (7,7%)
	Чи потрібен курс НД лікарям-провізорам під час проходження інтернатури	8 (8,4%)	10 (9,6%)	71 (74,7%)	77 (74,0%)	16 (16,8%)	17 (16,3%)

* КГ – контрольна група, ЕГ – експериментальна група, НД – невідкладна допомога

За мотиваційно-ціннісним компонентом компетентності серед провізорів-інтернів, які тільки приступили до навчання в інтернатурі за спеціальністю «Загальна фармація», виявлено достатній та високий рівень вмотивованості за показниками «Бажання надати НД при виникненні такої необхідності» 92,6% в КГ та 92,3% в ЕГ, проте серед інтернів, яким раніше доводилось надавати допомогу, лише 6,3% в КГ та 7,7% у ЕГ відчували себе впевненими, а 58,9% у КГ та 58,7% у

ЕГ відчували брак знань при наданні невідкладної допомоги. Слід зазначити, що 50,5% КГ та 50,0% ЕГ незадоволені структурою та методологією подання інформації з невідкладної допомоги під час навчання у ВМЗО, проте 96,1% КГ та 93,4% ЕГ вважали курс з невідкладної допомоги обов'язковим під час навчання.

Таблиця 3.4

**Результати вхідного оцінювання основного етапу
(знаннєво-практичний компонент)**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
1	2	3	4	5	6	7	8
Знаннєво-практичний	Оцінка ознак зупинки кровообігу	80 (84,2%)	86 (82,7%)	11 (11,6%)	13 (12,5%)	4 (4,2%)	5 (4,8%)
	Час пошуку ознак зупинки кровообігу	75 (78,9%)	81 (77,9%)	14 (14,7%)	16 (15,4%)	6 (6,3%)	7 (6,7%)
	Вибір тактики при зупинці кровообігу	60 (63,2%)	64 (61,5%)	32 (33,7%)	36 (34,6%)	3 (3,2%)	4 (3,8%)
	Методика СЛР	69 (72,6%)	74 (71,2%)	19 (20,0%)	21 (20,2%)	7 (7,4%)	9 (8,7%)
	Вибір лікарських засобів під час проведення СЛР	66 (69,5%)	71 (68,3%)	18 (18,9%)	20 (19,2%)	11 (11,6%)	13 (12,5%)
	Вибір тактики дій при наданні НД при травмі	90 (94,7%)	99 (95,2%)	4 (4,2%)	3 (2,9%)	1 (1,1%)	2 (1,9%)
	Оцінка та вибір методу зупинки кровотечі	44 (46,3%)	47 (45,2%)	38 (40,0%)	43 (41,3%)	13 (13,7%)	14 (13,5%)
	Оцінка та тактика дій при травмі грудної клітки	89 (93,7%)	97 (93,3%)	6 (6,3%)	7 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

* КГ – контрольна група, ЕГ – експериментальна група, НД – невідкладна допомога, СЛР – серцево-легенева реанімація.

Оцінюючи знаннєво-практичний компонент професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги, можемо констатувати, що 89,5% (КГ) та 88,5% (ЕГ) не змогли визначитись із причиною критичного стану у пацієнта, лише 5,3% (КГ) та 3,8% (ЕГ) змогли визначитись з коректним та доступним для даного фахівця медикаментозним лікуванням у випадку невідкладного стану, тільки 6,3% (КГ) та 6,7% (ЕГ) знають тактику та уміють працювати з AED у випадку зупинки кровообігу.

За оцінкою особистісно-психологічного та організаційно-комунікаційного компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги можемо стверджувати, що у 78,9% (КГ) та 77,9% (ЕГ) майбутніх провізорів не було ефективної комунікації при роботі в команді, 69,5% (КГ) та 69,2% (ЕГ) не змогли

організувати злагоджену та ефективну роботу в команді, лише 10,5% (КГ) та 10,6% (ЕГ) мали лідерські якості та могли організувати ефективну роботу в команді рятувальників.

Таблиця 3.5

**Результати вхідного оцінювання основного етапу
(знаннєво-практичний компонент)**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
1	2	3	4	5	6	7	8
Знаннєво-практичний	Визначення причини критичного стану	85 (89,5%)	92 (88,5%)	8 (8,4%)	9 (8,7%)	2 (2,1%)	3 (2,9%)
	Алгоритм застосування медикаментозного лікування при НД	60 (63,2%)	67 (64,4%)	30 (31,6%)	33 (31,7%)	5 (5,3%)	4 (3,8%)
	Тактика та техніка використання АЕД	57 (60,0%)	63 (60,6%)	32 (33,7%)	34 (32,7%)	6 (6,3%)	7 (6,7%)

* КГ – контрольна група, ЕГ – експериментальна група, НД – невідкладна допомога, СЛР – серцево-легенева реанімація, АЕД – автоматичний зовнішній дефібрилятор

Таблиця 3.6

**Результати вхідного оцінювання констатувального етапу
(особистісно-психологічний, організаційно-комунікаційний компоненти)**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
1	2	3	4	5	6	7	8
Організаційно-комунікаційний	Ефективність комунікації	20 (21,1%)	23 (22,1%)	62 (65,3%)	66 (63,5%)	13 (13,7%)	15 (14,4%)
	Організація злагодженої роботи в команді	66 (69,5%)	72 (69,2%)	24 (25,3%)	28 (26,9%)	5 (5,3%)	4 (3,8%)
Особистісно-психологічний	Здатність приймати рішення в екстремальних ситуаціях	50 (52,6%)	54 (51,9%)	35 (36,8%)	39 (37,5%)	10 (10,5%)	11 (10,6%)

* КГ – контрольна група, ЕГ – експериментальна група, НД – невідкладна допомога

На основі отриманих результатів вхідного рівня сформованості компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів, які успішно засвоїли матеріал, передбачений до опанування під час навчання на додипломному етапі, проведений аналіз результатів за показниками між досліджуваними групами, тест хі-квадрат не виявив статистично значимої різниці < 0,05; це дає підстави прийняти нульову гіпотезу, що з 95% вірогідністю різниця між

КГ та ЕГ групами є випадковою. Це дозволяє нам вважати вибірку КГ ідентичну вибірці ЕГ на відповідному етапі експерименту, що проводився на початку навчання в інтернатурі.

3.2. Аналіз результатів педагогічного експерименту

На *основному* етапі педагогічного експерименту проведено оцінку вихідного рівня сформованості компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів, які успішно засвоїли матеріал, передбачений до опанування під час навчання в інтернатурі. У контрольній групі (КГ) провізорів-інтернів навчання проводилось за традиційними педагогічними технологіями, в той час як в експериментальній (ЕГ) групі організовано та проведено навчання провізорів-інтернів з надання першої долікарської допомоги відповідно до розробленої методики формування визначеної компетентності, застосовуючи запропоновані нами форми та методи навчання.

Для статистичної перевірки методом χ^2 (хі-квадрат) Пірсона висунуто нульову-гіпотезу (H_0), що різниця між показниками експериментальної групи (ЕГ) за період навчання в інтернатурі за розробленою педагогічною моделлю статистично значимо не впливає на зміну рівня сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги, порівнюючи з початковим рівнем.

На противагу їй висуваємо альтернативну гіпотезу (H_1) нашого дослідження щодо статистично значимої різниці між показниками сформованості компетентності після проведення курсу за новою моделлю навчання, статистично значимою різницю між показниками вважали при ймовірності справедливості нульової гіпотези менше 5% ($p < 0,05$). У разі виявлення статистично значимої різниці між початковим та кінцевим рівнем нульова гіпотеза відхиляється та приймається альтернативна.

$$(H_0) = \text{початковий рівень (ПР)} = \text{кінцевий рівень (КР)}$$

$$(H_1) = \text{ПР} \neq \text{КР при } \alpha \leq 0,05$$

Після завершення курсу з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів ЕГ, які навчалися за розробленою нами методикою, серед показників мотиваційно-ціннісного компоненту компетентності виявлено зростання рівня впевненості при наданні НД із 4,3% на ПР до 75,0% КР у ЕГ. Зросла кількість інтернів, задоволених структурою та методологією подання інформації з невідкладної допомоги, після завершення курсу з 50% на ПР до 92,3% КР, лише 3 з 104 провізорів-інтернів, що складає 2,9% ЕГ вважали курс з невідкладної допомоги не обов'язковим під час навчання. Залишається високою частка інтернів ЕГ, мотиваційно-готових до навчання та бажання надати НД при виникненні такої необхідності – 97,1% КР після завершення програми.

Аналіз даних отриманих при оцінюванні знаннево-практичного компонента показав, що в ЕГ на кінцевому рівні оцінювання ознаки зупинки кровообігу вірно визначали 85,6% КР (високий та середній) у порівнянні з 17,3% у ПР; правильно вказали на час, відведений на підтвердження зупинки кровообігу, з 22,1% ПР до 86,5% (високий та середній) КР; вірно обрали тактику дій у випадку зупинки кровообігу 80,8% (високий та середній) КР у порівнянні з 38,5% ПР; методикою та технікою проведення СЛР оволоділи 79,8% (високий та середній) КР у порівнянні з 28,8% ПР; з 31,7% ПР до 90,4% (високий та середній) КР, зросла кількість провізорів-інтернів, що знають ліки, які вводяться під час СЛР (згідно з останніми рекомендаціями); коли на початку навчання правильно обрали тактику при наданні невідкладної допомоги травмованим пацієнтам лише 6,7% ПР, то на кінцевому оцінюванні – 69,2% (високий та середній) КР інтернів; правильно вибрали техніку зупинки кровотеч 88,4% (високий та середній) КР у порівнянні з 54,8% ПР до початку проведення занять за запропонованою педагогічною методикою.

Оцінюючи вихідний рівень знаннево-практичного компонента компетентності у КГ та ЕГ, можемо констатувати покращення результатів оцінювання за показниками знаннево-практичного компонента.

Оцінюючи сформованість знаннево-практичного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги, можемо констатувати зростання середнього та високого рівня сформованості на КР, про що говорять такі

цифри: 72,1% КР – вірно визначились із причиною критичного стану пацієнта у порівнянні з 11,5% на ПР; коректно змогли застосувати медикаментозне лікування 77,0% (високий та середній) КР у порівнянні з 35,6% ПР; знання тактики та уміння застосувати АЕД у випадку раптової зупинки кровообігу виявили 87,5% (високий та середній) КР у порівнянні з 39,4% ПР.

За оцінкою сформованості особистісно-психологічного та організаційно-комунікаційного компонентів компетентності можемо стверджувати про зростання показників ефективної комунікації під час роботи в команді з 77,9% ПР до 88,5% (середній та високий) КР, а організація злагодженої роботи в команді зростає з 30,8% ПР до 67,3% КР (середній та високий) оцінювання, кількість провізорів-інтернів, які мали лідерські якості та змогли організувати ефективну роботу в команді рятувальників, зростає із 48,1% до 63,5% КР (середній та високий).

Результати експерименту представлені у таблицях 3.7 – 3.10 додатків, перевірені за критерієм χ^2 -квадрат, за яким виявлено статистично значиму різницю при рівні значущості $p \leq 0.05$, це дає підстави відхилити нульову гіпотезу та прийняти альтернативну (H_1) = ПР \neq КР при $\alpha \leq 0,05$, що з 95% вірогідністю вказує на те, що різниця між початковим (ПР) та кінцевим рівнем (КР) експериментальної групи (ЕГ) є статистично невипадковою.

Результати початкового та кінцевого оцінювання рівнів сформованості компонентів компетентності у контрольній групі на формувальному етапі експерименту представлені у таблицях 3.11 – 3.14; засовуючи критерій χ^2 -квадрат для перевірки правомірності висунутої нульової гіпотези не виявлено статистично значимої різниці (при рівні значущості $p \leq 0.05$) між початковим (ПР) та кінцевим рівнем (КР) у контрольній групі (КГ), що дає підстави підтвердити нульову гіпотезу та відхилити альтернативну (H_0) = ПР = КР при $\alpha \leq 0,05$, що з 95% вірогідністю вказує на те, що різниця між початковим (ПР) та кінцевим рівнем (КР) контрольної групи (КГ) є статистично незначимою.

Узагальнений результат компетентності по компонентах представлено в таблицях 3.15 та 3.16.

Таблиця 3.15

**Рівні сформованості професійної компетентності з надання першої
долікарської допомоги за компонентами**

Компоненти компетентності	Результат					
	Низький		Середній		Високий	
	КГ (n=95)	ЕГ (n=104)	КГ (n=95)	ЕГ (n=104)	КГ (n=95)	ЕГ (n=104)
Мотиваційно-ціннісний	42,1%	18,4%	44,0%	41,5%	13,9%	40,1%
Знаннево-практичний	71,8%	19,0%	21,3%	51,0%	6,8%	30,0%
Особистісно-психологічний	65,6%	21,2%	28,4%	56,7%	6,0%	22,1%
Організаційно-комунікаційний	42,5%	26,9%	46,0%	56,4%	11,6%	16,7%

Таблиця 3.16

**Рівні сформованості професійної компетентності з надання першої
долікарської допомоги за компонентами**

Компоненти компетентності	Результат			
	Низький		Достатній	
	КГ (n=95)	ЕГ (n=104)	КГ (n=95)	ЕГ (n=104)
Мотиваційно-ціннісний	42,1%	18,4%	57,9%	81,6%
Знаннево-практичний	71,8%	19,0%	28,2%	81,0%
Особистісно-психологічний	65,6%	21,2%	34,4%	78,8%
Організаційно-комунікаційний	42,5%	26,9%	57,5%	73,1%

Ми виходимо з позиції, що низький рівень сформованості знаннево-практичного та особистісно-психологічного компонентів компетентності є недопустимим, що унеможливить надання першої долікарської допомоги через брак знань та навичок, тому при порівнянні кінцевих рівнів сформованості компонентів досліджуваної компетентності нами визначено суму середнього та високого рівнів як достатній. Тому заключне порівняння та висновки доцільно проводити, порівнюючи низький та достатній рівні. Результати представлені в таблиці 3.15.

Аналіз результатів формувального експерименту засвідчив, що рівень сформованості мотиваційно-ціннісного компоненту у майбутніх провізорів в експериментальній групі зріс на 22,8%, знаннево-практичного – на 55,5%, особистісно-психологічного – на 50%, організаційно-комунікаційного – на 20,9%. В

цілому сформована компетентність (достатній результат) в експериментальній групі зросла з 41,3% на початковому етапі до 78,6% на кінцевому етапі експерименту. В контрольній групі зростання сформованої компетентності не відбулося (41,3% на початку та 44,5% на кінцевому етапі експерименту).

Висновки до третього розділу

У розділі висвітлено етапи та методику експериментального дослідження щодо ефективності формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання під час навчання в інтернатурі, експериментально перевірено ефективність моделі формування досліджуваної компетентності та методи її реалізації, проаналізовано результати педагогічного експерименту.

Метою експериментального дослідження була перевірка ефективності моделі формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання. Результати роботи представлені у даному розділі та дають можливість сформулювати висновки.

Дослідження ефективності запропонованої нами методики здійснювалося з 2015 по 2017 рік на базі Інституту післядипломної освіти НМУ імені О.О. Богомольця.

У дослідженні визначена ефективність запропонованої нами методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги, що базується на засадах симуляційного навчання. Порівнювався кінцевий результат сформованості професійної компетентності майбутніх провізорів, що розпочали навчання на післядипломному етапі навчання в інтернатурі. Дослідження передбачало три етапи, а саме: підготовчий, основний, контрольний.

У розділі висвітлено результати ефективності діючого педагогічного процесу шляхом визначення вхідного рівня сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на етапі (2015 - 2016 рр) у контрольній групі (КГ), куди входили 95 провізорів-інтернів 2015 р., та 104 провізори-інтерни 2016 р.

експериментальної групи (ЕГ). Провізори-інтерни контрольної групи (КГ) проходили навчання з курсу «Невідкладна медична допомога» за типовим навчальним планом і програмою зі спеціальності «Загальна фармація», інтерни експериментальної групи (ЕГ) навчалися за розробленою нами педагогічною методикою на засадах симуляційного навчання та із застосуванням рекомендованих нами форм і методів. Інструментами оцінки сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів були анкетування, тестування, проведення аудиторного експерименту, експертної оцінки та постійного оцінювання викладачами впродовж всього періоду навчання.

На *підготовчому* етапі була здійснена перевірка та аналіз реального стану підготовки майбутніх провізорів і обґрунтована актуальність й доцільність дослідження.

Оцінюючи мотивацію до навчання з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів КГ та ЕГ, які тільки приступили до навчання в інтернатурі за спеціальністю «Загальна фармація», виявлено достатній та високий рівень вмотивованості за показниками «Бажання надати НД при виникненні такої необхідності» – 92,6% в КГ та 92,3% в ЕГ.

Результати оцінювання знаннєво-практичного компонента професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги показали незадовільний стан рівня знань та практичних навичок у провізорів-інтернів. Так, 89,5% провізорів-інтернів (КГ) та 88,5% провізорів-інтернів (ЕГ) не змогли визначитись із причиною критичного стану у пацієнта, лише 5,3% (КГ) та 3,8% (ЕГ) змогли визначитись з коректним та доступним для даного фахівця медикаментозним лікуванням у випадку невідкладного стану, тільки 6,3% (КГ) та 6,7% (ЕГ) знають тактику та уміють працювати з АЕД у випадку зупинки кровообігу.

Оцінка особистісно-психологічного та організаційно-комунікаційного компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги показала, що у 78,9% (КГ) та 77,9% (ЕГ) майбутніх провізорів не було ефективної комунікації при роботі в команді, 69,5% (КГ) та 69,2% (ЕГ) не змогли організувати

злагоджену та ефективну роботу в команді, лише 10,5% (КГ) та 10,6% (ЕГ) мали лідерські якості та могли організувати ефективну роботу в команді рятувальників.

Результати аналізу стану підготовки провізорів-інтернів до надання першої долікарської допомоги підтвердили актуальність та доцільність дослідження щодо формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів.

На *основному* етапі (реалізації) педагогічного дослідження була перевірена гіпотеза щодо доцільності та ефективності запропонованої нами методики формування досліджуваної компетентності та методів її реалізації. Порівняння вхідного та кінцевого рівня сформованості компонентів професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів, що навчались за традиційними педагогічними методиками (КГ), та провізорів-інтернів (ЕГ), що навчались за розробленою нами методикою формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання, показало достовірне зростання сформованості компонентів компетентності як результату дії запропонованої нами педагогічної методики та форм і методів навчання. Так, сформованість мотиваційно-ціннісного компоненту в ЕГ зростає з 58,8% – до 81,6%, знаннево-практичного – з 25,5% до 81,0%, особистісно-психологічного – з 28,8% до 78,8%, організаційно-комунікаційного – з 52,2% до 73,1% на кінцевому етапі експерименту.

На *контрольному* етапі педагогічного експерименту проведені аналіз, систематизація, статистичне опрацювання результатів дослідження, оцінка достовірності отриманих результатів, формування висновків та рекомендацій. Доведено, що отримані результати щодо сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів ЕГ не викликані випадковими причинами, а є результатом цілеспрямованої діяльності, тобто є наслідком комплексної реалізації запропонованої нами моделі формування досліджуваної компетентності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Байденко В. И. Болонский процесс : результаты обучения и компетентностный поход. Москва : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2009. 536 с.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. Москва : Практика, 1999. 459 с.
3. Кучумова Н. В. Порівняльний аналіз реформування системи вищої медичної освіти в німецькомовних країнах Європи та в Україні. *Збірник наукових праць* : матеріали III Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Проблеми та перспективи розвитку української науки», Переяслав-Хмельницький, 2011. С. 84–86.
4. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : МОРИОН, 2000. 320 с.
5. Про вищу освіту : Закон України № 1556-VII від 1 липня 2014 р. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2014. № 37–38, ст. 2004. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (дата звернення: 13.05.2018).
6. Сисоєва С. О., Алексюк А. М., Воловик П. М. Педагогічні технології у неперервній професійній освіті : монографія (АПН України, Ін-т педагогіки і психології проф. освіти). Київ : ВІПОЛ, 2001. 504 с.
7. Davis C. S. Statistical methods of the analysis of repeated measurements. New York : Springer Verlag, 2002. 744 p.
8. Scott I., Mazhindu D. Statistics for health care professionals. London : SAGE Publications Ltd, 2005. 241 p.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Науковий аналіз обраної проблеми показав, що, враховуючи сучасні вимоги до організації підготовки фахівця з фармації та його професійної підготовки, сучасна фармацевтична освіта потребує змін, зокрема: уніфікації нормативної бази з питань освіти, модернізації її структури, розширення освітніх моделей, оновлення організаційних форм і методів навчання, забезпечення доступності, системності й послідовності, гуманістичної спрямованості, ступеневості, диференціації, компетентнісного та особистісного спрямування освіти. Недостатньо дослідженими залишаються питання щодо забезпечення клінічної підготовки майбутніх провізорів під час інтернатури, зокрема щодо надання першої долікарської допомоги. Так, результати дослідження демонструють, що 95,9% провізорів-інтернів не повною мірою володіють знаннями та навичками проведення базових реанімаційних заходів; 60,4% – неправильно обирають тактику дій у випадку раптової зупинки кровообігу; 88,2% – не можуть визначитись з причиною критичного стану пацієнта та обрати коректне медикаментозне лікування. Разом з тим, одержані під час опитування дані свідчать про високу вмотивованість майбутніх провізорів до навчання з надання першої долікарської допомоги.

Поняття «професійна компетентність з надання першої долікарської допомоги» визначається як інтегральна сукупність особистісних і професійних якостей провізора, набутих у результаті навчання, які відображають рівень його теоретичних знань і практичних навичок, морально-етичних якостей, особистісних рис, спрямованих на надання адекватної та якісної першої долікарської допомоги хворим та потерпілим у випадку необхідності, до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги.

2. Розроблена й обґрунтована структура професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги має такі компоненти: мотиваційно-ціннісний (відображає сформованість мотивів, цілей і потреб щодо навчання та поглиблення знань і практичних навичок з надання першої долікарської допомоги, здатності майбутніх провізорів до самонавчання, самовдосконалення, саморозвитку,

формування інтелектуальних, особистісних і морально-етичних якостей, розуміння своєї професійної ролі у збереженні життя та здоров'я громадян); знаннево-практичний (відображає рівень знань, умінь і практичних навичок провізора, необхідних для надання першої долікарської допомоги хворим і потерпілим до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги); особистісно-психологічний (визначає особистісні якості та психологічні характеристики майбутнього провізора, рівень його самосвідомості, вміння орієнтуватись у нестандартних і непередбачуваних ситуаціях, рівень психо- та стресостійкості, здатність до прийняття рішень, наявність лідерських якостей, необхідних для ефективного керування командою рятувальників); організаційно-комунікаційний (визначає здатність майбутнього провізора не лише самостійно надати першу долікарську допомогу, а й організувати надання допомоги свідками подій, забезпечивши при цьому ефективну комунікацію).

3. До кожного з компонентів компетентності визначено одноіменні критерії сформованості (мотиваційно-ціннісний, знаннево-практичний, особистісно-психологічний, організаційно-комунікаційний). Сформованість професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів оцінювалась за такими показниками: мотивація до опанування та надання першої долікарської допомоги; дотримання принципів моралі, деонтологічних і суспільних цінностей; знання, вміння та практичні навички з надання першої долікарської допомоги; усвідомлення важливості надання першої долікарської допомоги; стресостійкість; здатність до надання та організації надання першої долікарської допомоги; встановлення ефективної комунікації. Як рівні оцінювання було обрано низький і достатній як такі, що забезпечують можливість якісно надати першу долікарську допомогу.

4. Розроблено та обґрунтовано методика формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на засадах симуляційного навчання, що складається з трьох взаємопов'язаних блоків: нормативно-цільового, змістового та результативно-аналітичного, зміст яких розкрито в дослідженні. Розробка методики формування професійної

компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання мала такі етапи: підготовчий, реалізації, корекційний та аналіз отриманих результатів. Розроблену методику формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на засадах симуляційного навчання, методи та підходи її реалізації під час засвоєння курсу «Практичний курс невідкладної допомоги» було перевірено експериментально.

Результати дослідження свідчать, що всі показники сформованості професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів в експериментальній групі вищі, ніж у контрольній групі, що дає підстави зробити висновок про позитивні якісні зміни щодо готовності до надання першої долікарської допомоги серед провізорів.

5. Одержані дані дозволили розробити навчально-методичні матеріали для викладачів і провізорів-інтернів за спеціальністю «Загальна фармація» щодо формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги.

Однак виконане дослідження, звісно, не вичерпує всіх аспектів проблеми формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів під час інтернатури у вищих закладах медичної освіти. Подальшого дослідження потребують такі важливі аспекти цієї проблеми, як: забезпечення міждисциплінарної інтеграції у процесі підготовки провізорів на післядипломному етапі з метою оптимізації процесу формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги; реалізація принципу неперервності у процесі формування та удосконалення професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги на до- та післядипломному етапах; запровадження ефективної системи неперервного професійного розвитку провізорів, зокрема щодо надання першої долікарської допомоги.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати оцінювання знань та практичних навичок з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів за результатами анкетування

№ з/п	Питання	Відсоток правильних відповідей
1	2	3
1	Чи надавали б ви невідкладну допомогу при виникненні такої необхідності на робочому місці, вулиці?	93.75
2	Чи мали ви середню медичну освіту до вступу у ВМНЗ?	29.7
3	Чи доводилось вам надавати невідкладну допомогу пацієнтам?	31.25
4	Якщо доводилось, то чи відчули ви брак знань та навичок при наданні невідкладної допомоги?	52
5	Чи почуваете ви себе впевненими при наданні невідкладної долікарської допомоги, якщо того б вимагала ситуація, після закінчення ВМНЗ?	41.7
6	Чи задоволені ви структурою та методологією подання інформації під час проходження навчання невідкладній допомозі?	50
7	Чи потрібен, на вашу думку, курс невідкладної допомоги провізорам-інтернам під час проходження інтернатури?	91.7
8	Який максимальний час для пошуку ознак життя у пацієнтів із зупинкою кровообігу?	22.9
9	Які основні ознаки зупинки кровообігу?	16.7
10	При проведенні серцево-легеневої реанімації співвідношення натискань грудної клітки та вентиляції на початковому етапі у дорослих?	47.9
11	Яка частота натискань грудної клітки?	37.5
12	Яка глибина натискання грудної клітки?	22.9
13	Які лікарські засоби застосовуються під час проведення серцево-легеневої реанімації?	31.2
14	Як здійснити зупинку кровотечі у постраждалого з травмою, якщо бачите, що кров виливається пульсуючим струменем яскраво-червоного кольору?	77.1

Продовження таблиці

1	2	3
15	Як здійснити зупинку кровотечі у постраждалого, якщо бачите струмінь постійно витікаючої крові темно-червоного кольору?	31.2
16	При огляді пацієнта бачите рану на грудній клітці, чуєте "свист" з рани під час вдиху. Яку пов'язку необхідно накласти?	6.2
17	Місце декомпресії при напруженому пневмотораксі?	60.4
18	В аптеку звернувся чоловік 40-ка років, якому важко дихати, чуєте шумне стридозне дихання, бачите набряки повік, губ, слабкість. 20 хв. тому прийняв таблетку левофлоксацину. Просить надати допомогу. Який лікарський засіб є пріоритетним та найбільш ефективним у даному випадку?	12.5
19	В аптеку звернувся відвідувач, скаржиться на задишку, чуєте дистанційні свисти, ціанотичний, повідомив, що хворіє на астму. Просить надати допомогу. Який лікарський засіб є пріоритетним та найбільш ефективним у даному випадку?	83
20	В аптеці у вашій присутності чоловік, близько 60 років, втратив свідомість. При огляді відсутнє дихання та пульс на сонній артерії. Ви з помічником. У супермаркеті поруч є AED (автоматичний зовнішній дефібрилятор). Яка послідовність дій є найбільш правильною?	39.6

Додаток Б

Приклад симуляційного сценарію

Вступ: висвітлити цілі даної сесії та важливість правильного проведення BLS із застосування AED.

Основна частина: представлення умов та власне проведення стимуляційного сценарію.

Сценарій

Ситуація: фармацевт приватної аптеки викликає провізора для допомоги (консультації).

Обставини: у приватну аптеку звернувся літній чоловік, прибл. 70 років, який скаржиться на біль у грудній клітці та в ділянці серця, просить допомогти та дати ліки «від серця».

Оцінка: пацієнт скаржиться, що біль у грудях наростає, та втрачає свідомість.

Рекомендації: фармацевт розпочав натискання грудної клітки, просить провізора швидше прийти на допомогу.

Додаткова інформація (якщо запитують): фармацевт має попередню середню медичну освіту, закінчив курс з базових реанімаційних заходів (BLS), завжди має при собі індивідуальну лицеву маску, аптека розташована у великому супермаркеті, в якому є автоматичний зовнішній дефібрилятор (AED).

Клінічна ситуація:

- агональне (гаспінг) дихання, відсутність пульсу на магістральних артеріях;
- після 3-х проведених дефібриляцій AED пацієнт починає дихати, відкриває очі, в цей час прибуває карета швидкої допомоги (КШД).

Втручання:

- оцінка пацієнта та підтвердження зупинки кровообігу (одночасно, до 10 сек. оцінка дихання та кровообігу), початок СЛР (30 : 2), вентиляція «рот – до рота» через індивідуальну лицеву маску;
- виклик карети швидкої допомоги (КШД), запит AED;

- накладання самонаклеюючих електродів AED та виконання його команд;
- проведення 2-х. хвилин СЛР після кожного розряду AED (без пошуків ознак життя) до прибуття карети швидкої допомоги (КШД).

Питання для дискусії (обговорення):

- важливість забезпечення високої якості СЛР;
- мінімізація перерв у натисканні грудної клітки після дефібриляції;
- СЛР після дефібриляції без пошуків ознак життя;
- важливість передачі інформації КШД.

Запитання

Підсумування: ще раз наголосити на важливості швидкого підтвердження зупинки кровообігу, швидкого початку та високої якості проведення СЛР із застосуванням AED, завершення сесії.

Критерії оцінювання: швидкість підтвердження зупинки кровообігу (до 10 сек.); негайний початок та високої якості СЛР (глибина, частота натискання грудної клітки, мінімізація перерв у натисканні); виклик КШД та запит AED; вміння застосувати та керуватись командами AED; негайне продовження СЛР після проведення дефібриляції без спроб пошуку ознак життя.

Під час проведення симуляційного сценарію застосовуються методи «постійного оцінювання», «позитивного стимулювання» та «позитивної критики».

Додаток В**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О. О. БОГОМОЛЬЦЯ****НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН І ПРОГРАМА ЦИКЛУ «ПРАКТИЧНИЙ КУРС
НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ» ДО РОЗДІЛУ «ДОПОМОГА ПРИ
НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ І ГОСТРИХ ОТРУЄННЯХ » КУРСУ «КЛІНІЧНА
ФАРМАЦІЯ» ТИПОВОГО НАВЧАЛЬНОГО ПЛАНУ І ПРОГРАМИ
СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ (ІНТЕРНАТУРИ) ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ЗАГАЛЬНА
ФАРМАЦІЯ»**

ЗМІСТ

I. Опис програми

II. Навчальний план

III. Програма

I. ОПИС ПРОГРАМИ

Цикл «Практичний курс невідкладної допомоги» як частина розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» курсу «Клінічна фармація» Типового навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності «Загальна фармація» спрямований на оволодіння провізорами-інтернами теоретичними знаннями та практичними навичками з надання першої долікарської допомоги.

Мета навчальної програми: формування компетентності з надання першої долікарської допомоги як складової професійної компетентності у провізорів-інтернів.

Завдання програми:

- оновлення та розширення теоретичних знань з надання першої долікарської допомоги у випадку раптової зупинки кровообігу та при невідкладних станах і гострих отруєннях;
- засвоєння практичних навичок з надання першої долікарської допомоги з урахуванням здобутої освіти, досвіду практичної роботи, інтересів і потреб провізорів-інтернів;
- формування морально-ціннісних орієнтирів, мотивації до надання першої долікарської допомоги, комунікативних, лідерських якостей, стресо- та психологічної стійкості;

- застосування інноваційних методів навчання з метою формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів;
- аналіз і розроблення пропозицій щодо подальшого удосконалення форм та методів навчання з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів.

Структура програми: 4 тематичні розділи, на опанування яких відведено 30 академічних годин, з яких 24 години аудиторних і 6 годин самостійної навчальної роботи.

Види навчальних занять: інтерактивні лекції, семінари, практичні заняття, симуляційний тренінг, самостійна робота.

Система оцінювання: підсумковий залік з циклу «Практичний курс невідкладної допомоги» складається із теоретичної частини (тест) та практичної частини, проведеної у формі стимуляційного сценарію. Критеріями зарахування заліку є $\geq 70\%$ правильних відповідей за результатами тестування та 9 балів за практичну частину.

II. НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва теоретичних розділів, тем	Кількість годин					
		Разом	Аудиторні	Лекції	Семінари	Практичні заняття	Самостійна робота
1.	Причини та запобігання зупинці кровообігу. Схема обстеження ABCDE	4	1	1	-	-	3
2.	Алгоритм базових реанімаційних заходів	4	4	1	-	3	-

3.	Обстеження пацієнта в стані загрози для життя	3	3	-	1	2	-
4.	Забезпечення прохідності дихальних шляхів та способи вентиляції	3	3	-	1	2	-
5.	Роль швидкої дефібриляції із застосуванням автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED) як фактора, що впливає на виживання при раптовій зупинці кровообігу (РЗК)	1	1	-	1	-	-
6.	Особливі ситуації: травми та отруєння, анафілаксія, бронхіальна астма, гострий коронарний синдром, гостре порушення мозкового кровообігу	8	5	1	1	3	3
7.	Надання першої долікарської допомоги провізором: громадянська позиція чи обов'язок	1	1	-	1	-	-
8.	Морально-етичні питання в реанімації	1	1	-	1	-	-
9.	Обслуговування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED)	2	2	-	-	2	-
10	Підсумковий контроль	3	-	-	-	-	-
Всього		30	24	3	6	15	6

III. Програма

Основні поняття теми:

Перша долікарська допомога, методи відновлення прохідності дихальних шляхів; базові реанімаційні заходи; автоматичний зовнішній дефібрилятор; невідкладні стани.

Лекції:

1. Причини та запобігання зупинці кровообігу. Схема обстеження ABCDE.
2. Алгоритм базових реанімаційних заходів.

Семінари:

3. Обстеження пацієнта в стані загрози для життя.
4. Забезпечення прохідності дихальних шляхів і способи вентиляції.
5. Роль швидкої дефібриляції із застосуванням автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED) як фактора, що впливає на виживання при раптовій зупинці кровообігу (РЗК).
6. Особливі ситуації: травми та отруєння, анафілаксія, бронхіальна астма, гострий коронарний синдром, гостре порушення мозкового кровообігу.
7. Надання першої долікарської допомоги провізором: громадянська позиція чи обов'язок.
8. Морально-етичні питання в реанімації.

Практичні заняття:

9. Обстеження пацієнта в стані загрози для життя.
10. Забезпечення прохідності дихальних шляхів.
11. Базові реанімаційні заходи.
12. Обслуговування автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED).
13. Симуляційні тренінги.

Список рекомендованої літератури:

Практичний залік

«Базові реанімаційні заходи»

Спеціальність: «Загальна фармація».

Станція за типом: проста, зі спостереженням – передбачає присутність екзаменатора та манекена дорослого пацієнта.

Мета: лікарі провізори-інтерни демонструють компетентності з проведення серцево-легеневої реанімації в умовах аптеки. Станція реалізується на манекені з використанням автоматичного зовнішнього дефібрилятора (AED) та мішка Амбу протягом 10 хв., згідно з актуальними рекомендаціями Європейської ради реанімації 2015 року за алгоритмом BLS (Basic Life Support), базові реанімаційні заходи.

Обладнання: приміщення – кімната, яка імітує аптеку.

Пацієнт – манекен дорослого чоловіка для навчання серцево-легеневій реанімації за алгоритмом BLS, автоматичний зовнішній дефібрилятор, мішок Амбу з лицевою маскою.

Назва обладнання	Кількість
Разові гумові рукавички оглядові	1 упак.
Автоматичний зовнішній дефібрилятор	1
Мішок Амбу з лицевою маскою	1 шт.
Манекен дорослого чоловіка з можливістю генерації ритмів серця та дефібриляції	1 шт.
Чек-лист	У розрахунку на кожного лікаря-інтерна
Годинник	1 шт.
Телефон для виклику реанімаційної бригади	1 шт.
Контейнер для використаних рукавичок	1 шт.

Тривалість заліку – 10 хв.:

Ознайомлення із завданням	1 хв.
Виконання завдання	6 хв.
Закінчення завдання, запрошення наступного лікаря-інтерна до заліку	1 хв.
Підготовка обладнання для наступного лікаря-інтерна	1 хв.
Заміна екзаменованих	1 хв.

За 2 хвилини до закінчення часу повідомлення інтерна.

Клінічний сценарій:

Ви провізор аптеки, знаходитесь на робочому місці. У вашій присутності чоловік літнього віку втрачає свідомість та осідає на підлогу. Вам потрібно оцінити стан даного пацієнта та прийняти рішення про подальшу лікувальну тактику. Аптека знаходиться у приміщенні будинку, в якому розташований великий супермаркет. У залі супермаркету є AED.

Інструкція для викладачів / спостерігачів**Практичний залік «Базові реанімаційні заходи»**

1. Ідентифікувати лікаря-інтерна за пред'явлення залікової книжки, посвідчення провізора-інтерна.
2. Надати інструкцію для виконання практичної навички.
3. Стежити за виконанням практичної навички провізором-інтерном, заповнюючи відповідні пункти чек-листа.
4. Підрахувати загальну кількість балів, отриманих провізором-інтерном.
5. Визначити зарахування практичного заліку, виходячи з мінімальної необхідної кількості балів, визначеної в чек-листі.

Алгоритм виконання практичного заліку
«Базові реанімаційні заходи»

6. Оцінка безпеки. Переконалися у відсутності небезпеки для себе та потерпілого. Одягнути разові рукавички.
7. Звернутися до пацієнта з простою фразою, голосно.
8. Обережно потрусити пацієнта за плечі.
9. Шукати ознаки життя, одночасно визначаючи наявність дихання та пульсу на сонній артерії.
10. Однією рукою виконати потрібний прийом Сафара, утримувати дихальні шляхи прохідними, оцінити дихання («дивлюся, слухаю, відчуваю»).
11. Іншою рукою шукати пульс на сонній артерії.
12. Рахувати секунди до 10.
13. Викликати бригаду швидкої медичної допомоги (самостійно або попросити фармацевта), попросити принести AED.
14. Якнайшвидше почати натискати грудну клітку самостійно або фармацевт (в залежності від того, хто викликає швидку допомогу).
15. Вкласти руки на грудину посередині грудної клітки.
16. Руки прямі, перпендикулярно до тіла пацієнта.
17. Глибина натискання 5-6 см.
18. Частота натискань 100-120/хв.
19. Якомога швидше взяти дефібрилятор.
20. Наклеїти самонаклеюючі електроди на грудну клітку пацієнта під час масажу.
21. Виконувати команди дефібрилятора. У випадку рекомендованої дефібриляції натиснути кнопку «дефібриляція».

22. Продовжувати натискання грудної клітки по команді АЕД.
23. Взяти мішок Амбу.
24. Підготуватися до вентиляції (прикласти лицеву маску до обличчя пацієнта, виконати потрібний прийом Сафара, голосно подати команду про готовність до вентиляції).
25. Вказати про те, що співвідношення компресій та вентиляцій 30:2, глибиною 5-6 см, 100-120/хв.
26. Після 30 натискань зробити 2 вдихи.
27. Продовжити реанімацію 2 хв.
28. Завчасно попередити про підготовку до зміни рятувальників.
29. Продовжити реанімаційні заходи до прибуття бригади швидкої медичної допомоги.

ЧЕК-ЛИСТ

виконання практичної частини заліку

«Базові реанімаційні заходи»

ПІБ провізора-інтерна _____

Спеціальність: «Загальна фармація»

Дата складання: “ _____ ” _____ 201. р.

Номер з/п	Елементи виконання завдання	Виконав	Не виконав
1	Оцінка безпеки. Одягнути разові рукавички.	1	0
2	Підтвердження зупинки кровообігу-одночасно, не більше 10 с.	1	0
3	Виклик реанімаційної бригади	1	0
4	Запит AED	1	0
5	Якнайшвидше почати натискати грудну клітку	1	0
6	Ефективна СЛР, що виконується провізором-інтерном: глибина 5-6 см, 100-120/хв.	1	0
7	Виконання безпечної дефібриляції	1	0
8	Мінімізація перерв у натисканні грудної клітки	1	0
9	Ефективна вентиляція мішком Амбу, що виконується провізором-інтерном	1	0
10	Співвідношення компресій та вентиляцій 30:2	1	0
11	СЛР протягом 2-х хв.	1	0
12	Планування подальших дій/зміна рятувальників	1	0
13	Передача інформації лікареві БШД	1	0
Загальна кількість балів		13	

Оцінювання:

Склав: якщо виконано 70 % вірних дій (9 балів).

Не склав: якщо набрав 70 % і допустив помилки в пунктах 2, 7.

Додаток Г

Тести для оцінки теоретичної частини

1. Ознаки зупинки кровообігу:

А. Відсутність реакції зіниць на світло, відсутність пульсу на магістральних артеріях.

Б. Відсутність дихання, відсутність пульсу на променевій артерії.

В. Відсутність дихання, відсутність пульсу на магістральних артеріях.

2. Час на підтвердження зупинки кровообігу:

А. До 10 сек.

Б. До 30 сек.

В. До 1 хв.

3. У непритомної людини, шукаючи ознаки життя, у вас виникли сумніви щодо наявності самостійного дихання та пульсу, ваші дії:

А. Продовжите час на пошуки ознак життя.

Б. Попросите колегу оцінити наявність дихання та пульсу.

В. негайно розпочнете серцево-легеневу реанімацію.

4. Ви один підтвердили зупинку кровообігу, ваші дії:

А. негайно розпочнете серцево-легеневу реанімацію.

Б. Викличете та чекатимете швидку допомогу.

В. Покличете про допомогу та, повернувшись, розпочнете серцево-легеневу реанімацію.

5. Ви припините базові реанімаційні заходи:

А. Через 20 хв.

Б. Через 30 хв.

В. Коли реанімацію перейме у вас реанімаційна бригада.

6. Ви припините базові реанімаційні заходи:

А. Через 30 хв.

Б. Через 40 хв.

В. Коли повністю виснажитесь.

7. Ви припините базові реанімаційні заходи:
- А. Через 30 хв.
 - Б. Через 40 хв.
 - В. Коли з'являться очевидні ознаки життя.
8. Місце прикладання рук при натисканні грудної клітки:
- А. Верхня третина грудини.
 - Б. Середина грудини.
 - В. Середина грудної клітки.
9. При проведенні серцево-легеневої реанімації співвідношення натискань грудної клітки та вентиляції:
- А. 2:30.
 - Б. 15:2.
 - В. 30:2.
10. Яка частота натискань грудної клітки:
- А. До 80 за хв.
 - Б. 80-100 за хв.
 - В. 100-120 за хв.
11. Глибина натискання грудної клітки у дорослого:
- А. 3-4 см.
 - Б. 5-6 см.
 - В. 1/3 глибини грудної клітки.
12. Під час натискання грудної клітки ви почули хрускіт зламаних ребер, ваші дії:
- А. Припините натискання.
 - Б. Зменшите глибину натискання.
 - В. Продовжите натискати з тією ж глибиною, якщо положення рук правильне.
13. Під час проведення базових реанімаційних заходів оцінка ознак життя проводиться:
- А. Кожну хвилину реанімації.
 - Б. Через кожні 2 хв.
 - В. Не проводиться.

14. Які перерви в натисканні грудної клітки допустимі:
- А. До 10 сек.
 - Б. До 30 сек.
 - В. До 1 хв.
15. Під час проведення серцево-легеневої реанімації зміни рятувальників відбуваються:
- А. Кожну хвилину.
 - Б. Кожних 2 хв.
 - В. Коли стомились.
16. При відновленні прохідності дихальних шляхів у потерпілого з підозрою на травму шийного відділу хребта:
- А. Застосуєте класичний прийом Сафара.
 - Б. Відкриєте рот потерпілому.
 - В. Виведете та висунете щелепу, утримуючи голову в серединній позиції.
17. У пацієнта з судомним нападом:
- А. Вставите будь-який твердий предмет між зубами для попередження прикусу язика.
 - Б. Намагатимеся будь-чим відкрити рот потерпілому.
 - В. Не чіпатимете. Утримаєте голову для попередження травмування.
18. Який спосіб зупинки артеріальної кровотечі застосуєте:
- А. Пальцеве притискання.
 - Б. Артеріальний джгут нижче кровотечі.
 - В. Артеріальний джгут вище кровотечі.
19. Який спосіб зупинки венозної кровотечі застосуєте:
- А. Джгут нижче кровотечі, пов'язка на рану.
 - Б. Джгут вище кровотечі, пов'язка на рану.
 - В. Тиснення на рану та тиснуче бинтування.
20. Препаратом першого ряду при анафілаксії є:
- А. Адреналін.
 - Б. Антигістамінний препарат

В. Кортикостероїд.

21. Препаратом першого ряду при нападі астми є:

А. Еуфілін.

Б. Кортикостероїд.

В. Сальбутамол.

22. У випадку підтвердженої зупинки кровообігу та доступному AED правильна послідовність дій:

А. Розпочати негайно серцево-легеневу реанімацію.

Б. Принести й під'єднати AED та негайно розпочати серцево-легеневу реанімацію.

В. Покликати про допомогу, принести й під'єднати AED та негайно розпочати серцево-легеневу реанімацію.

Додаток Г
Таблиці та діаграми

Таблиця 3.1

Критерії, показники та рівні сформованості компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів

Компоненти	Критерії оцінювання		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Мотиваційно-ціннісний	Байдуже ставлення до освоєння знань та навичок з надання першої долікарської допомоги, небажання до саморозвитку, індиферентне ставлення до моральних переконань та принципів.	Нестійка мотивація до навчання, незначний інтерес до засвоєння та здобуття знань і вмінь щодо надання першої долікарської допомоги, потребує стимулювання викладачем.	Висока мотивація до навчання, впевненість щодо необхідності опанування знаннями та навичками з надання першої долікарської допомоги, готовність до її надання, прагнення до постійного розширення знань та самовдосконалення.
Знаннево-практичний	70% за результатами тестування, перша долікарська допомога не може бути наданою внаслідок браку знань. Незадовільний рівень набутих навичок, погано орієнтується в невідкладних станах і виборі першої допомоги, не може обстежити пацієнта із ризиком зупинки кровообігу на рівні порушень вітальних функцій, не здатен провести	Володінням задовільних знань із базових та суміжних клінічних дисциплін щодо невідкладних станів та зупинки кровообігу, недостатньо орієнтується в наданні першої долікарської допомоги в залежності від ситуації та набирає менше 85%, але більше 70% вірних відповідей за результатами тестування. Середній рівень практичного компонента задовільним володінням навичок, допускає несуттєві помилки при обстеженні пацієнта в стані загрози	Володіння системними знаннями з базових та суміжних клінічних дисциплін щодо невідкладних станів та зупинки кровообігу, добре орієнтується в наданні першої долікарської допомоги в залежності від ситуації та набирає більше 85 % вірних відповідей за результатами тестування. Добре володіння практичними навичками з обстеження та надання першої долікарської допомоги.

	базові реанімаційні заходи. Допускає критичні помилки.	для життя, підтверженні зупинки кровообігу, проте якісно проводить базові реанімаційні заходи, обслуговує AED, забезпечує прохідність дихальних шляхів, орієнтується в невідкладних станах, має проблеми при виборі оптимального об'єму першої допомоги та виборі лікарського засобу в залежності від невідкладного стану. Не допускає критичних помилок.	
Особистісно-психологічний компонент	Не усвідомлює потреби в наданні першої долікарської допомоги, не вважає це обов'язком провізора, психо- та стресонестійкий	Надання першої долікарської допомоги вважає проявом громадянської позиції, а не обов'язком, не ототожнює свою професію зі сферою охорони здоров'я, психо- та стресонестійкий	Усвідомленням провізором обов'язку надати першу долікарську допомогу як представником сфери охорони здоров'я та проявом громадянської позиції, високим рівнем психо- та стресостійкості, що дасть можливість якісно надати долікарську допомогу
Організаційно-комунікаційний	Майбутній провізор не усвідомлює потреби в наданні першої долікарської допомоги, психо- та стресонестійкий, не має ефективною комунікації при роботі в команді, не здатен приймати рішення в нестандартній ситуації.	Має проблеми в комунікації з іншими членами команди, недостатні лідерські якості, шаблонне мислення в особливих ситуаціях, не відходить від алгоритму.	Наявність високої організації, розуміє високий обов'язок у наданні першої долікарської допомоги, має лідерські якості, добре комунікує при роботі в складі бригади рятувальників, здатний приймати нестандартні рішення, має високу психо- та стресостійкість.

Таблиця 3.7

**Результати формувального експерименту (експериментальна група).
Мотиваційно-ціннісний компонент**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		Поч.	Кін.	Поч.	Кін.	Поч.	Кін.
1	2	3	4	5	6	7	8
Мотиваційно-ціннісний	Бажання надати НД при виникненні такої необхідності	8 (7,7%)	3 (2,9%)	56 (53,8%)	15 (14,4%)	40 (38,5%)	86 (82,7%)
	Досвід надавання НД пацієнтам	71 (68,3%)	45 (43,3%)	22 (21,2%)	44 (42,3%)	11 (10,6%)	115 (14,4%)
	Якщо так, відчуття браку знань при наданні НД	55 (52,9%)	30 (28,8%)	37 (35,6%)	57 (54,8%)	12 (11,5%)	17 (16,3%)
	Впевненість при наданні НД у разі виникнення необхідності по закінченні ВМНЗ	61 (58,7%)	26 (25,0%)	35 (33,7%)	62 (59,6%)	8 (7,7%)	16 (15,4%)
	Задоволення структурою та методологією подання інф. під час навчання у ВМНЗ	52 (50,0%)	8 (7,7%)	44 (42,3%)	60 (57,7%)	8 (7,7%)	36 (34,6%)
	Чи потрібен курс НД лікарям-провізорам під час проходження інтернатури	10 (9,6%)	3 (2,9%)	77 (74,0%)	21 (20,2%)	17 (16,3%)	80 (76,9%)

Таблиця 3.8

**Результати формувального експерименту
(експериментальна група). Знаннєво-практичний компонент**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		Поч.	Кін.	Поч.	Кін.	Поч.	Кін.
1	2	3	4	5	6	7	8
Знаннєво-практичний	Оцінка ознак зупинки кровообігу	86 (82,7%)	15 (14,4%)	13 (12,5%)	34 (32,7%)	5 (4,8%)	55 (52,9%)
	Час пошуку ознак зупинки кровообігу	81 (77,9%)	14 (13,5%)	16 (15,4%)	20 (19,2%)	7 (6,7%)	70 (67,3%)
	Вибір тактики при зупинці кровообігу	64 (61,5%)	20 (19,2%)	36 (34,6%)	64 (61,5%)	4 (3,8%)	20 (19,2%)
	Методика СЛР	74 (71,2%)	21 (20,2%)	21 (20,2%)	65 (62,5%)	9 (8,7%)	18 (17,3%)
	Вибір лікарських засобів під час проведення СЛР	71 (68,3%)	10 (9,6%)	20 (19,2%)	68 (65,4%)	13 (12,5%)	26 (25,0%)
	Вибір тактики дій при наданні НД при травмі	99 (95,2%)	34 (32,7%)	3 (2,9%)	57 (54,8%)	2 (1,9%)	13 (12,5%)
	Оцінка та вибір методу зупинки кровотечі	47 (45,2%)	12 (11,5%)	43 (41,3%)	62 (59,6%)	14 (13,5%)	30 (28,8%)
	Оцінка та тактика дій при травмі грудної клітки	97 (93,3%)	32 (30,8%)	7 (6,7%)	54 (51,9%)	0 (0,0%)	18 (17,3%)

*НД – невідкладна допомога, СЛР – серцево-легенева реанімація

Таблиця 3.9

**Результати формувального експерименту
(експериментальна група). Знаннєво-практичний компонент**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		Поч.	Кін.	Поч.	Кін.	Поч.	Кін.
1	2	3	4	5	6	7	8
Знаннєво-практичний	Визначення причини критичного стану	92 (88,5%)	29 (27,9%)	9 (8,7%)	65 (62,5%)	3 (2,9%)	10 (9,6%)
	Алгоритм застосування медикаментозного лікування при НД	67 (64,4%)	24 (23,1%)	33 (31,7%)	61 (58,7%)	4 (3,8%)	19 (18,3%)
	Тактика та техніка використання АЕД	63 (60,6%)	13 (12,5%)	34 (32,7%)	51 (49,0%)	7 (6,7%)	40 (38,5%)

*СЛР – серцево-легенева реанімація, АЕД – автоматичний зовнішній дефібрилятор

Таблиця 3.10

**Результати формувального експерименту
(експериментальна група). Особистісто-психологічний, організаційно-комунікативний компоненти**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		Поч.	Кін.	Поч.	Кін.	Поч.	Кін.
1	2	3	4	5	6	7	8
Організаційно-комунікативний	Ефективність комунікації	23 (22,1%)	12 (11,5%)	66 (63,5%)	70 (67,3%)	15 (14,4%)	22 (21,2%)
	Організація злагодженої роботи в команді	72 (69,2%)	34 (32,7%)	28 (26,9%)	59 (56,7%)	4 (3,8%)	11 (10,6%)
	Здатність приймати рішення в екстремальних ситуаціях	54 (51,9%)	38 (36,5%)	39 (37,5%)	47 (45,2%)	11 (10,6%)	19 (18,3%)

Таблиця 3.11

**Результати формувального експерименту
(контрольна група). Мотиваційно-ціннісний компонент**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		Поч.	Кін.	Поч.	Кін.	Поч.	Кін.
1	2	3	4	5	6	7	8
Мотиваційно-ціннісний	Бажання надати НД при виникненні такої необхідності	7 (7,4%)	6 (6,3%)	51 (53,7%)	56 (58,9%)	37 (38,9%)	33 (34,7%)
	Досвід надавання НД пацієнтам	64 (67,4%)	61 (64,2%)	21 (22,1%)	23 (24,2%)	10 (10,5%)	11 (11,6%)
	Якщо так, відчуття браку знань при наданні НД	50 (52,6%)	57 (60,0%)	35 (36,8%)	30 (28,8%)	10 (10,5%)	8 (8,4%)
	Впевненість при наданні НД у разі виникнення необхідності по закінченні ВМНЗ	56 (58,9%)	57 (60,0%)	33 (34,7%)	34 (35,8%)	6 (6,3%)	4 (4,2%)
	Задоволення структурою та методологією подання інф. під час навчання у ВМНЗ	48 (50,5%)	50 (52,6%)	38 (40,0%)	35 (36,8%)	9 (9,5%)	10 (10,5%)
	Чи потрібен курс НД лікарям-провізорам під час проходження інтернатури	8 (8,4%)	9 (9,5%)	71 (74,7%)	73 (76,8%)	16 (16,8%)	13 (13,7%)

* НД – невідкладна допомога

Таблиця 3.12

**Результати формувального експерименту
(контрольна група). Знаннєво-практичний компонент**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		Поч.	Кін.	Поч.	Кін.	Поч.	Кін.
1	2	3	4	5	6	7	8
Знаннєво-практичний	Оцінка ознак зупинки кровообігу	80 (84,2%)	78 (82,1%)	11 (11,6%)	12 (12,6%)	4 (4,2%)	5 (5,3%)
	Час пошуку ознак зупинки кровообігу	75 (78,9%)	74 (77,9%)	14 (14,7%)	16 (16,8%)	6 (6,3%)	5 (5,3%)
	Вибір тактики при зупинці кровообігу	60 (63,2%)	58 (61,1%)	32 (33,7%)	33 (34,7%)	3 (3,2%)	4 (4,2%)
	Методика СЛР	69 (72,6%)	63 (66,3%)	19 (20,0%)	23 (24,2%)	7 (7,4%)	9 (9,5%)
	Вибір лікарських засобів під час проведення СЛР	66 (69,5%)	62 (65,3%)	18 (18,9%)	21 (22,1%)	11 (11,6%)	12 (12,6%)
	Вибір тактики дій при наданні НД при травмі	90 (94,7%)	85 (89,5%)	4 (4,2%)	8 (8,4%)	1 (1,1%)	2 (2,1%)
	Оцінка та вибір методу зупинки кровотечі	44 (46,3%)	39 (41,1%)	38 (40,0%)	42 (44,2%)	13 (13,7%)	14 (14,7%)
	Оцінка та тактика дій при травмі грудної клітки	89 (93,7%)	87 (91,6%)	6 (6,3%)	7 (7,4%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)

*НД – невідкладна допомога, СЛР – серцево-легенева реанімація

Таблиця 3.13

**Результати формувального експерименту
(контрольна група). Знаннєво-практичний компонент**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		Поч.	Кін.	Поч.	Кін.	Поч.	Кін.
1	2	3	4	5	6	7	8
Знаннєво-практичний	Визначення причини критичного стану	85 (89,5%)	81 (85,3%)	8 (8,4%)	12 (12,6%)	2 (2,1%)	2 (2,1%)
	Алгоритм застосування медикаментозного лікування при НД	60 (63,2%)	52 (54,7%)	30 (31,6%)	35 (36,8%)	5 (5,3%)	8 (8,4%)
	Тактика та техніка використання AED	57 (60,0%)	54 (51,9%)	32 (33,7%)	34 (32,7%)	6 (6,3%)	7 (7,4%)

*СЛР – серцево-легенева реанімація, AED – автоматичний зовнішній дефібрилятор

Таблиця 3.14

**Результати формувального експерименту
(контрольна група). Особистісно-психологічний, організаційно-
комунікативний компоненти**

Компоненти компетентності	Показник	Результат					
		Низький		Середній		Високий	
		Поч.	Кін.	Поч.	Кін.	Поч.	Кін.
1	2	3	4	5	6	7	8
Організаційно-комунікативний	Ефективність комунікації	20 (21,1%)	15 (15,8%)	62 (65,3%)	65 (68,4%)	13 (13,7%)	15 (15,8%)
	Організація злагодженої роботи в команді	66 (69,5%)	60 (63,2%)	24 (25,3%)	28 (29,5%)	5 (5,3%)	7 (7,4%)
Особистісно-психологічний	Здатність приймати рішення в екстремальних ситуаціях	50 (52,6%)	46 (48,4%)	35 (36,8%)	38 (40,0%)	10 (10,5%)	11 (11,6%)

**Результати формувального експерименту
(експериментальна група).**

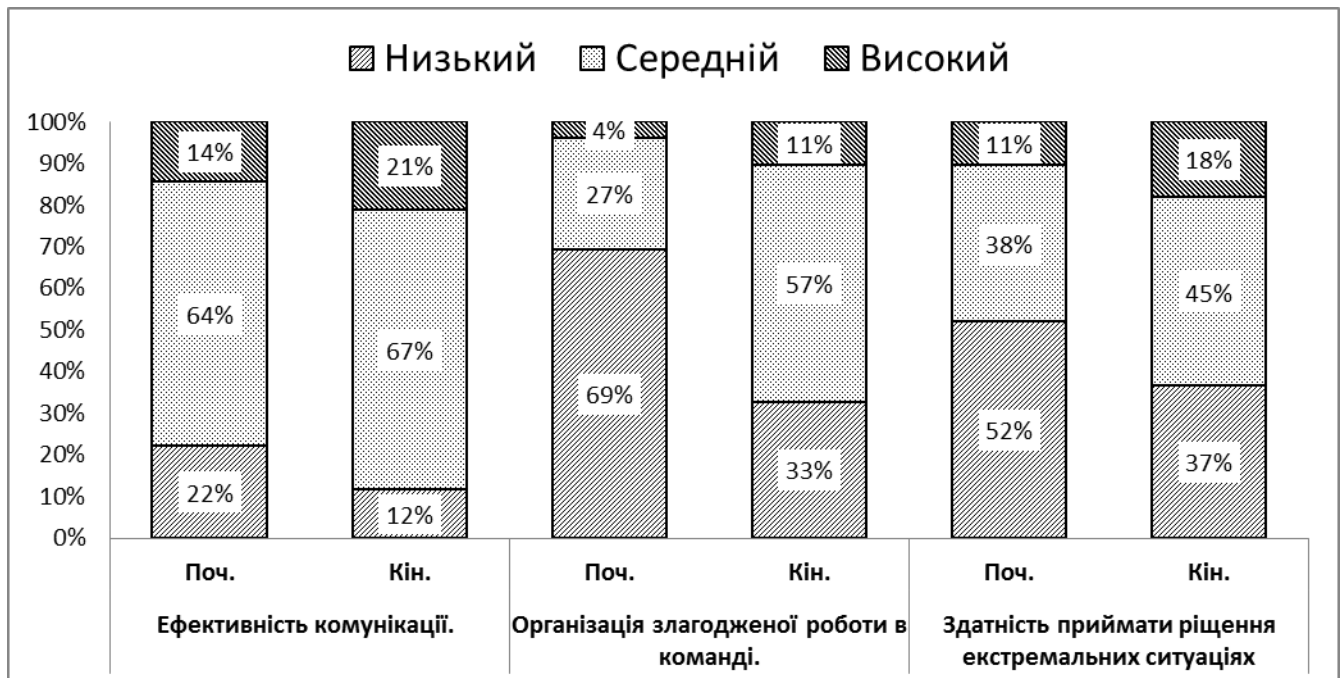


Рис. 3.1 Результат формувального експерименту (експериментальна група). Особистісно-психологічний, організаційно-комунікативний компоненти

Рівні сформованості компетентності з надання першої долікарської допомоги за компонентами

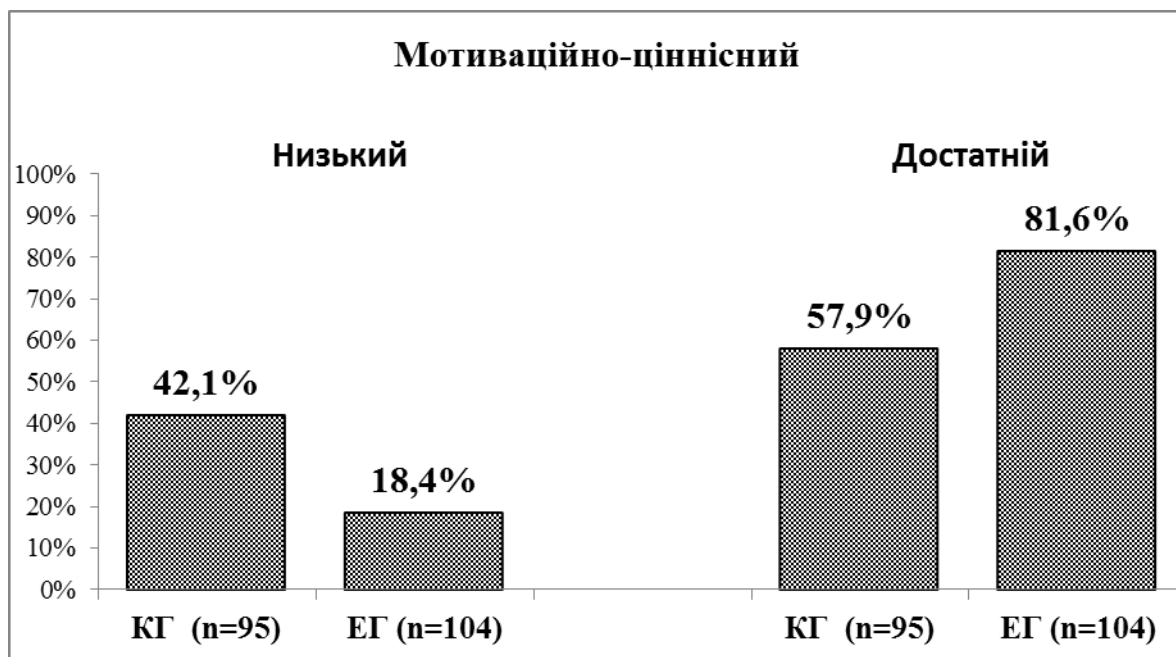


Рис. 3.2 Результат формувального експерименту (експериментальна група). Мотиваційно-ціннісний компонент

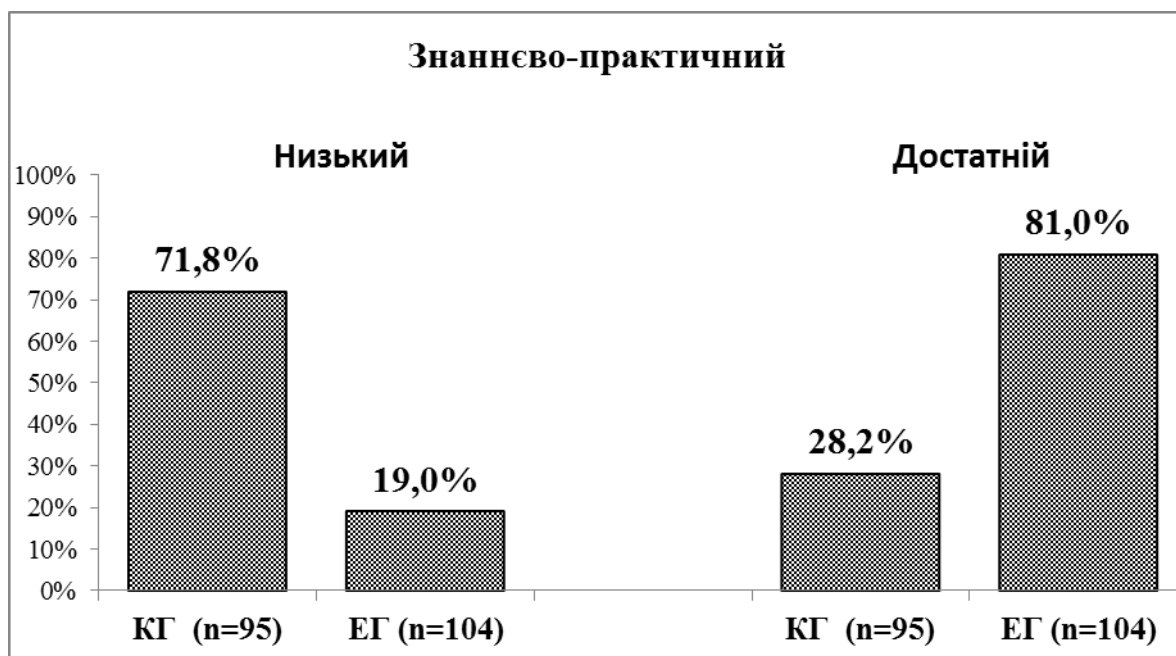


Рис. 3.3 Результат формувального експерименту (експериментальна група). Знаннєво-практичний компонент

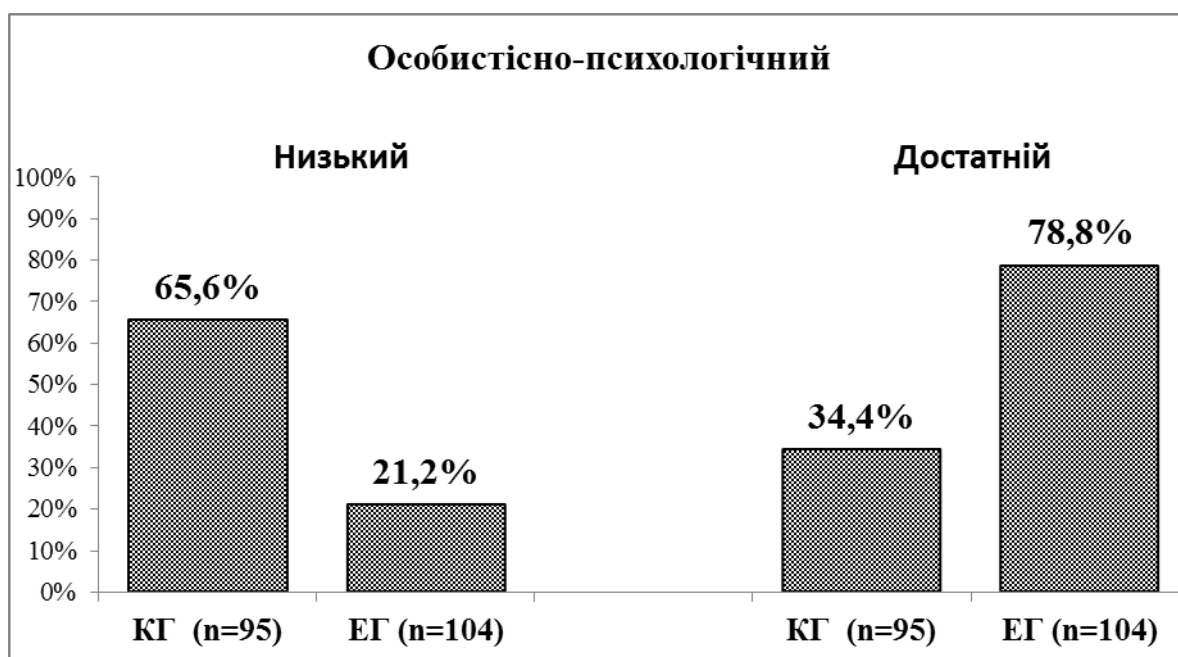


Рис. 3.4 Результат формувального експерименту (експериментальна група).
Особистісно-психологічний компонент

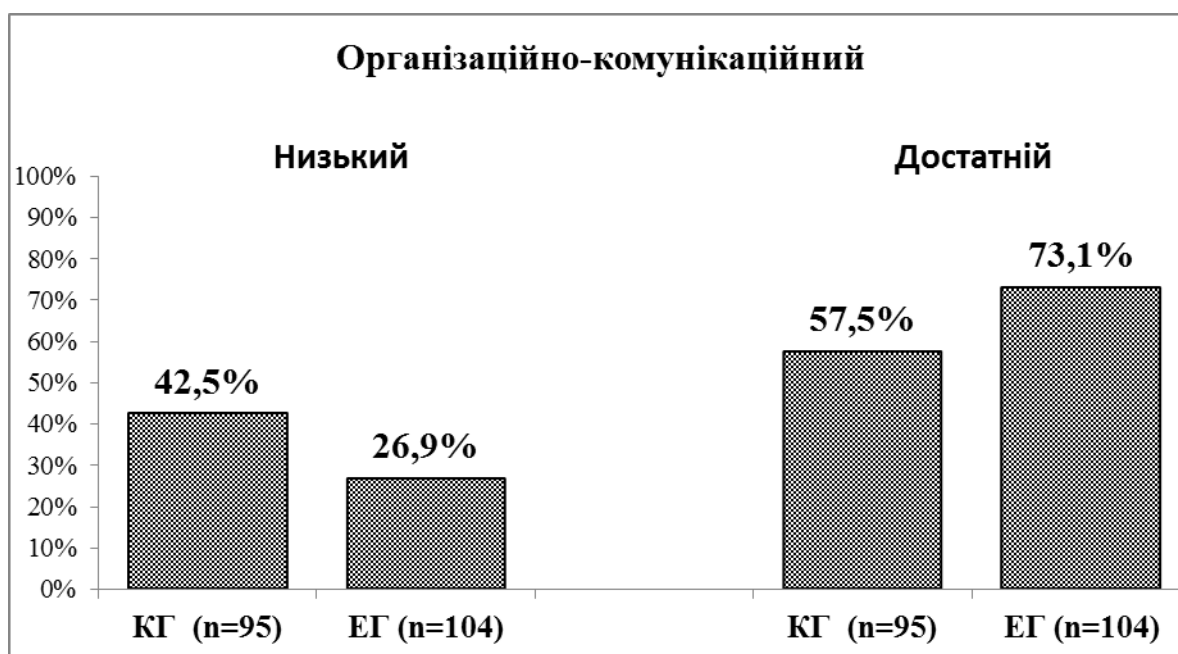


Рис. 3.5 Результат формувального експерименту (експериментальна група).
Організаційно-комунікаційний компонент

Додаток Д

Список публікацій здобувача за темою дисертації:

Публікації, що відображають основні наукові результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України:

1. Омельчук М. А. Професійна компетентність з надання першої долікарської допомоги: сучасний стан та перспективи формування. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016. № 1–2 (46–47). С. 132–136. (Індексується у наукометричній базі *Index Copernicus*).
2. Омельчук М. А. Обґрунтування структури та критеріїв сформованості компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів-інтернів. *«Science Rise: Pedagogical Education»*. 2016. № 6 (2). С. 17–20. (Індексується у наукометричній базі *Index Copernicus*).
3. Омельчук М. А. Форми та методи формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *Вісник Черкаського університету*. 2016. № 6. С. 101–105.
4. Омельчук М. А. Вивчення сучасного стану сформованості компетентності провізорів з надання першої долікарської допомоги. *Педагогічний часопис Волині*. 2016. № 2 (3). С. 119–123.
5. Омельчук М. А. Модель формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *«Science Rise: Pedagogical Education»*. 2016. № 7 (3). С. 46–50.
6. Омельчук М. А. Методика використання симуляційного навчання у процесі формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *Вісник Черкаського університету*. 2016. № 10. С. 118–123.
7. Омельчук М. А. Компетентність з надання першої долікарської допомоги як обов'язковий компонент професійної компетентності провізора. *Вісник Черкаського університету*. 2017. № 10. С. 100–106.
8. Омельчук М. А. Обґрунтування методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів на

засадах симуляційного навчання. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. Зб. наук. пр. Київ-Вінниця, 2018. Вип. 52. С. 364–366.

Публікація в іноземному науковому періодичному виданні

9. Mykhailo Omelchuk, Igor Sirenko. (2018) Comparison of traditional and interactive teaching methods of first medical care for pharmacists at the post-graduate stage of training: randomized, prospective study. «*EUREKA: Social and Humanities*». 2018. Number 3, 45–55.

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

10. Омельчук М. А. Методика використання симуляційного навчання у процесі формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *Вітчизняна та світова медицина в умовах сучасності*: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції, м. Дніпро, 13-14 січня 2017 р. Дніпро, 2017. С. 109–113.

11. Омельчук М. А. Аналіз рівня та сучасного стану сформованості компетентності провізорів з надання першої долікарської допомоги. *Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 20-21 січня 2017 р. Одеса, 2017. С. 10–15.

12. Омельчук М. А., Вознюк В. Ю. Симуляційні технології навчання – надання першої долікарської допомоги. *Вища медична освіта: сучасні виклики та перспективи*: збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 2 березня 2017 р. Київ, 2017. С. 78–82.



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
 Державний вищий навчальний заклад
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

76000, м. Івано-Франківськ, вул.Галицька, 2 Тел./Факс 2-42-95. e-mail: ifdmu@edu.ua

08.02.17 № *09.Р.Р.-653*

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
 за спеціальністю 13.00.04 – теорія та методика навчання
 «Формування професійної компетентності з надання першої долікарської
 допомоги у майбутніх провізорів під час навчання в інтернатурі»
 асистента кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії ПО
 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
 Омельчука Михайла Анатолійовича**

Посвідчує, що положення, висновки дисертаційного дослідження Омельчука Михайла Анатолійовича на тему: «Формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів під час навчання в інтернатурі», впроваджені у процес професійної підготовки майбутніх провізорів.

Методичні рекомендації застосовуються для опанування розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях», типового навчального плану провізорів-інтернів фармацевтичного факультету за спеціальністю 7.12020101 – «Фармація».

На думку науково-педагогічних працівників, що здійснюють навчання майбутніх провізорів в Івано-Франківському Національному медичному університеті, рекомендації мають практичне значення, є логічними, послідовними, базуються на останніх рекомендаціях Європейської Ради реанімації та Американської Асоціації Серця та сприяють підвищенню рівня знань та практичних навичок з надання першої долікарської допомоги майбутніми провізорами.

Завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії
 Івано-Франківського національного медичного університету
 д. мед. н., професор

[Signature]
 І. І. Тітов

Проректор з наукової роботи
 д.мед.н., професор

[Signature]
 І.П. Вакалюк





ТОВ «ЮРІЯ-ФАРМ» ЄДРПОУ 30109129
 р/р 26009539628500 в ПАТ «УкрСиббанк» МФО 351005
 Номер свідоцтва ПДВ 36097919, ПІН 301091226585
 03141 Україна, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
 Тел./факс: (044) 246-83-83, 275-01-08
 www.uf.ua

№ 0128 від « 8 » лютого 2017р

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
 за спеціальністю 13.00.04 – теорія та методика навчання
 «Формування професійної компетентності з надання першої долікарської
 допомоги у майбутніх провізорів під час навчання в інтернатурі»
 асистента кафедри хірургії, анестезіології
 та інтенсивної терапії післядипломної освіти
 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
 Омельчука Михайла Анатолійовича

Засвідчує, що наукові результати дисертаційної роботи Омельчука Михайла Анатолійовича «Формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів під час навчання в інтернатурі» виконаної за спеціальністю 13.00.02 – теорія та методика навчання, були успішно впроваджені в тренінговий процес фармацевтичної корпорації Юрія-Фарм.

Упровадження результатів дослідження, представлених у методичних рекомендаціях для провізорів-інтернів фармацевтичного факультету за спеціальністю 7.12020101 – «Фармація», а саме, «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях», а саме, форм та методів навчання, моделі формування компетентності, сприяло покращенню мотивації до освоєння даного курсу та підвищення рівня знань та практичних навичок з надання першої долікарської допомоги у професійних провізорів.

За відгуками працівників корпорації, використання методичних рекомендацій, розроблених Омельчуком М. А. сприяло підвищенню рівня компетентності з надання першої долікарської допомоги та має важливе практичне значення.

Менеджер із взаємовідносин із клієнтами
 ТОВ «Юрія-Фарм»



УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53, тел. (057) 706-35-81, факс (057) 706-15-03

E-mail: mail@nuph.edu.ua

Web: nuph.edu.ua

14.02.18р № 7/08
 На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
 «Формування професійної компетентності з надання першої долікарської
 допомоги у майбутніх провізорів»
 асистента кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії
 післядипломної освіти

Національного медичного університету імені О.О. Богомольця
 Омельчука Михайла Анатолійовича

Посвідчує, що положення, висновки дисертаційного дослідження Омельчука Михайла Анатолійовича на тему: «Формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів», впроваджені у процес професійної підготовки майбутніх провізорів в Інституті підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету.

Методичні рекомендації застосовуються для опанування розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях», типового навчального плану підготовки провізорів-інтернів за спеціальністю «Загальна фармація».

На думку науково-педагогічних працівників, які здійснюють навчання майбутніх провізорів в Інституті підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного фармацевтичного університету, рекомендації мають практичне значення та є логічними.

Проректор
 з науково-педагогічної роботи
 професор



А.Л. Загайко



УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

01601 м. Київ, бульвар Т. Шевченка 13
тел.:(044) 234-40-62, факс : (044) 234-92-76

21.08.2018 № 11

На № _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
за спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти
«Формування професійної компетентності з надання першої долікарської
допомоги у майбутніх провізорів»
асистента кафедри хірургії, анестезіології та інтенсивної терапії післядипломної
освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця
ОМЕЛЬЧУКА Михайла Анатолійовича

Результати дисертаційного дослідження Омельчука Михайла Анатолійовича на тему «Формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів», зокрема методичні рекомендації «Практичний курс невідкладної допомоги» до розділу «Допомога при невідкладних станах та гострих отруєннях» типового навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) зі спеціальності «Загальна фармація» були успішно впроваджені в навчальний процес післядипломної підготовки провізорів-інтернів за спеціальністю «Загальна фармація» у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця.

Запровадження означених методичних рекомендацій та методики формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги, розробленої Омельчуком М.А. було з цікавістю сприйнято інтернами, отримало схвальні відгуки викладачів і забезпечило позитивні результати щодо якості післядипломної підготовки та власне формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги серед майбутніх провізорів у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця.

**Перший проректор
з науково-педагогічної роботи**



Я.В. Цехмістер