

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

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ЛИСЕНКО ОЛЕКСАНДРА ЮРІЇВНА

УДК 378.1:378(046.4:048.2):614.2

ДИСЕРТАЦІЯ

**ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ЛІКАРІВ В УМОВАХ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

015 – професійна освіта

спеціалізація: 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

01 Освіта

Подається на здобуття наукового ступеня доктора педагогічних наук

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

_____ Лисенко О.Ю.

Науковий консультант: **Цехмістер Ярослав Володимирович**, доктор педагогічних наук, професор, дійсний член (академік) НАПН України

Вінниця – 2020

АНОТАЦІЯ

Лисенко О. Ю. Теоретичні та методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора педагогічних наук за спеціальністю 015 – професійна освіта (спеціалізація: 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти). – Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, Вінниця, 2020.

Результати проведеного історико-педагогічного аналізу становлення післядипломної освіти лікарів в Україні, дозволили виділити такі основні періоди її становлення, як: госпітальний; ранній університетський; університетський.

У дослідженні розкрито концепцію дослідження як систему початкових теоретичних положень, що становить основу дослідницького пошуку щодо проблеми післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

Розглянуто особливості та специфіку післядипломної освіти лікарів; проаналізовано компетентнісний підхід у післядипломній освіті лікарів в Україні; охарактеризовано організацію та сучасний стан післядипломної підготовки лікарів; представлено досвід післядипломної освіти лікарів за кордоном.

Науковий аналіз особливостей післядипломної освіти лікарів дозволив визначити такі, як: обмеженість самостійної професійної практичної діяльності після завершення навчання за освітньою програмою підготовки магістрів за спеціальністю «Медицина»; законодавчо закріплену обов'язковість здобуття лікарями післядипломної освіти, як форми первинної спеціалізації та подальшого підвищення кваліфікації не рідше одного разу на п'ять років; державну стандартизацію програм післядипломної медичної освіти; тривалість обов'язкової післядипломної підготовки на етапі первинної спеціалізації (від 1 до 3 років); очна-заочну організацію післядипломної освіти, як такої, що сприяє інтеграції теоретичної та практичної підготовки лікарів; наявність процедури періодичної атестації лікарів з метою визначення знань та практичних навиків з метою присвоєння/підтвердження звання лікаря-спеціаліста з певної спеціальності та

можливості здобуття лікарем кваліфікаційної категорії; невідповідність програм первинної спеціалізації лікарів до таких, що врегульовують їх вторинну спеціалізацію; невідповідність програм післядипломної підготовки лікарів з метою здобуття кваліфікації лікаря спеціаліста з певної спеціальності до фактичних напрямів роботи практичних фахівців медичної галузі.

Результати аналізу компетентнісного підходу у післядипломній освіті лікарів в Україні засвідчили, що застосування компетентнісного підходу саме на етапі післядипломної освіти, як підходу, що заснований на кінцевих визначених вимірюваних цілях є доцільним не лише з позиції оптимізації освітнього процесу шляхом мінімізації часових, фінансових і психоемоційних витрат на його реалізацію, але з позиції підвищення вмотивованості та ефективності професійної підготовки лікарів з позиції андрагогічного навчання. Також, нами було встановлено, що на сьогодні в Україні недостатньою є зорієнтованість на кінцевий результат післядипломної освіти у вигляді компетентностей, що потребують формування.

Вивчення організації та сучасного стану післядипломної підготовки лікарів продемонстрували необхідність перегляду програм обов'язкового післядипломного навчання, а також урізноманітнення можливостей щодо неперервного професійного розвитку лікарів, зокрема із застосуванням дистанційних та симуляційних технологій навчання, як таких, що значною мірою забезпечують можливості щодо гнучкості та індивідуалізації освітнього процесу.

Також, визначено необхідність удосконалення системи професійної підготовки викладачів у системі післядипломної медичної освіти, як таких, які навчають дорослих учнів та відповідно мають застосовувати індивідуальний підхід до учнів з урахуванням їх життєвого та професійного досвіду.

Аналіз досвіду післядипломної освіти лікарів за кордоном дозволив виявити наявність як спільних (практична спрямованість, окремі форми оцінювання) так і відмінних (перелік спеціальностей, тривалість підготовки) ознак, що створюють передумови для перегляду національної системи підготовки лікарів з позиції імплементації передових освітніх світових досягнень (законодавчо врегульованої ступневості післядипломної освіти, широкого застосування симуляційних та

дистанційних технологій навчання, стандартизації процесу навчання та оцінювання здобувачів післядипломної освіти, спрямованого на виявлення їх професійних компетентностей) та збереження історичних особливостей післядипломної медичної освіти в Україні.

Результати дослідження дозволили обґрунтувати систему компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, яка містить соціально-особистісну, загальнопрофесійну та професійно-спеціалізовану компетентності.

Розкрито концепцію післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, що відображає специфіку післядипломної освіти та особливості управління на різних рівнях, варіативність моделей її реалізації, необхідність удосконалення змісту, форм та методів навчання, спрямованих на забезпечення якості освіти. У концепції визначено шляхи і способи розв'язання проблеми: проектування навчальних програм на основі компетентнісного підходу із чітко визначеними навчальними цілями і програмними результатами; кадрове, інформаційне і навчально-методичне ресурсне забезпечення якості програми; запровадження технологій дистанційної освіти і симуляційного навчання для підвищення мотивації, інформаційного насичення і супроводу процесу; забезпечення тематичної практичної спрямованості післядипломної освіти; удосконалення процедури і методик оцінювання результатів навчання; психолого-педагогічна і методична підготовки викладачів, що забезпечують підготовку лікарів на післядипломному етапі, необхідність якої детермінована модернізацією вищої освіти і потребою у фахівцях, здатних до сприйняття реформаційних перетворень і їх активного запровадження у практичну площину діяльності медичного університету.

Результати наукового аналізу післядипломної освіти лікарів в Україні дозволили розробити та зобразити варіативні моделі післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, зокрема: базисну; спеціалізовану; практично орієнтовану; реформаційну та комплексну. Базисна модель післядипломної освіти лікарів передбачає проходження первинної спеціалізації в інтернатурі та подальше періодичне підвищення кваліфікації упродовж всієї

професійної діяльності. Спеціалізована модель післядипломної освіти лікарів враховує первинну спеціалізацію в інтернатурі із наступним проходженням вторинної спеціалізації, а також періодичне підвищення кваліфікації упродовж всієї професійної діяльності. Практично орієнтована модель післядипломної освіти лікарів передбачає проходження первинної та, можливо, вторинної спеціалізації з подальшим поглибленим підвищенням практичної кваліфікації в клінічній ординатурі за однією із попередньою здобутих на етапі спеціалізації лікарських спеціальностей, а також періодичне підвищення кваліфікації упродовж всієї професійної діяльності. Реформаційна модель післядипломної освіти лікарів розроблена з урахуванням законодавчо визначених та наразі практично не реалізованих тенденцій післядипломної медичної освіти, що зокрема передбачає проходження первинної спеціалізації в інтернатурі та подальшої субспеціалізації в лікарській резидентурі, а також періодичне підвищення кваліфікації упродовж всієї професійної діяльності. Комплексна модель післядипломної освіти лікарів містить увесь законодавчо визначений спектр можливостей післядипломної медичної освіти, зокрема первинну спеціалізацію в інтернатурі із подальшим здобуттям вторинної спеціалізації, поглибленим підвищенням практичної кваліфікації в клінічній ординатурі за однією із попередньою здобутих на етапі спеціалізації лікарських спеціальностей, а також періодичне підвищення кваліфікації упродовж всієї професійної діяльності. Проаналізовано переваги та недоліки кожної із розроблених моделей післядипломної освіти лікарів.

Визначено критерії ефективності післядипломної освіти лікарів (соціально-особистісний, загальнопрофесійний та професійно спеціалізований) в умовах медичного університету, розкрито їх зміст та методики вимірювання.

Результати дослідження дозволили сформулювати організаційні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, що зокрема передбачають наявність організаційно-управлінської структури – навчально-наукового інституту післядипломної освіти, що містить основні (кафедри) та додаткові структурні підрозділи (навчально-методична лабораторія, центр підвищення кваліфікації, навчально-науковий центр неперервної професійної освіти), а також самоврядні органи (збори трудового колективу, вчену раду,

постійно діючу методичну комісію з післядипломної освіти, робочу групу з моніторингу якості післядипломної освіти), які покликані забезпечити ефективну взаємодію між суб'єктами післядипломної медичної освіти (здобувачі післядипломної освіти, науково-педагогічні працівники, медичний персонал).

У дослідженні здійснено збагачення змісту післядипломної освіти відповідно до моделей післядипломної освіти лікарів. Показано, що він має реалізовуватись через навчально-виховну, лікувальну та наукову роботу, здобувачів післядипломної освіти та науково-педагогічних працівників у взаємодії з співробітниками практичної охорони здоров'я, що має бути узгоджено спрямована на формування професійно компетентної гармонійної самодостатньої гуманістичної та гуманної особистості сучасного лікаря. Для реалізації завдань щодо удосконалення змісту післядипломної освіти лікарів нами визначено такі етапи їх забезпечення (для лікарів-інтернів): відбір, підготовка, атестація та облік. Так на етапі відбору введено конкурсний відбір осіб, які вступають на навчання в інтернатуру. На етапі підготовки запроваджено курси «Клінічна фармація», «Медичне право» та «Невідкладна допомога»; започатковано роботу клубу молодих лікарів імені В.Ф. Войно-Ясенецького; запроваджено журнали обліку робочого часу інтернів; оновлено структуру навчально-методичних матеріалів. На етапі атестації та обліку введено процедуру допуску до ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3»; запроваджено об'єктивний структурований клінічний іспит; розроблено дистанційне особисте освітнє портфоліо фахівців. Для забезпечення комплексного оновлення змісту післядипломної освіти лікарів, зокрема забезпечення готовності лікарів щодо його реалізації, нами було повністю оновлено зміст довгострокового курсу підвищення кваліфікації науково-педагогічних співробітників. Також у ході дослідження було налагоджено суб'єкт-суб'єктний зворотній зв'язку між суб'єктами післядипломної освіти лікарів.

З метою вдосконалення форм та методів післядипломної освіти лікарів для вступників до інтернатури нами було запроваджено вступне випробування методом бесіди, як засіб додаткової мотивації та професійної орієнтації вступників дистанційні курси, спрямований на формування компетентності із

раціонального застосування лікарських засобів, а також медико-правової компетентності сучасного лікаря. Для розвитку компетентності з надання першої долікарської допомоги було розроблено практичний курс, спрямований на відпрацювання навичок проведення серцево-легеневої реанімації із застосуванням ігрових сценаріїв та симуляційного обладнання. Що стосується оптимізації перевірки навчальної активності здобувачів післядипломної освіти, зокрема щодо виконання ними вимог навчального плану і програми спеціалізації, то нами було запропоновано вирішити дане питання шляхом стандартизації форми індивідуального контролю лікарів-інтернів із застосуванням методу письмового самоконтролю, що безпосередньо реалізується шляхом щоденного виконання встановленого розкладу роботи інтерна із занесенням відповідних позначок у однойменний обліковий документ. Важливо, що даний метод застосовувався і по відношенню до викладачів, керівників груп лікарів-інтернів. З метою підвищення вмотивованості інтернів до підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» нами було оптимізовано процедуру допуску до зазначеного іспиту було застосовано метод комп'ютерного контролю. Для стандартизації процедури атестації лікарів-інтернів щодо сформованості у них практичних навичок, передбачених навчальним планом та програмою підготовки нами було запроваджено пілотний проект атестації лікарів у формі об'єктивного структурованого клінічного іспиту, що передбачає застосування методу експертної оцінки професійної компетентності лікарів під час моделювання реальних клінічних сценаріїв з застосуванням ігрового методу.

Також з метою оптимізації процесу післядипломної освіти лікарів нами було розглянуто та запроваджено сучасні інформаційні освітні технології зокрема для реалізації комплексної дистанційної програми підвищення кваліфікації викладачів (із застосуванням інтерактивної освітньої платформи Moodle), обліку освітніх професійних надбань за допомогою особистісного освітнього портфоліо, а також налагодження системи суб'єкт-суб'єктного зв'язку між суб'єктами післядипломної освіти (електронної форми Google forms) та оптимізації процесу організаційно-управлінського процесу адміністрування системи післядипломної підготовки лікарів (багато платформної системи управління проектами Trello).

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше обґрунтовано систему компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти (компетентності: соціально-особистісна, загальнопрофесійна, професійно-спеціалізована), та критерії її сформованості; сформовано концепцію післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, яка відображає специфіку післядипломної медичної освіти та її спрямованість на формування та розвиток системи компетентностей лікаря, а також розширення поля його компетентнісної діяльності; узагальнено та класифіковано варіативні моделі післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету (базисна, спеціалізована, практично орієнтована, реформаційна, комплексна); розроблено організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету (організаційно-управлінська структура, зміст, форми, методи, технології); визначено особливості післядипломної освіти лікарів (обмеженість самостійної професійної діяльності магістрів за спеціальністю «Медицина»); законодавчо закріплена обов'язковість післядипломної освіти як форми первинної спеціалізації; державна стандартизація програм післядипломної медичної освіти; наявність процедури періодичної атестації; невідповідність між програмами первинної та вторинної спеціалізації лікарів, а також фактичними напрямками роботи практичних фахівців галузі охорони здоров'я); удосконалено форми та методи післядипломної освіти лікарів; технологію перевірки навчальної активності здобувачів післядипломної освіти, зокрема щодо виконання ними вимог навчального плану і програми спеціалізації шляхом письмового самоконтролю; подальшого розвитку набули проблема післядипломної освіти лікарів у вітчизняній та зарубіжній педагогічній теорії; історія становлення та розвитку післядипломної освіти лікарів; положення щодо організації практичної діяльності медичних закладів вищої освіти.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у розробленні та упровадженні організаційно-управлінських документів щодо організації післядипломної освіти лікарів (положення «Про Інститут післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця», «Про навчально-методичну лабораторію Інституту

післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця», «Про центр підвищення кваліфікації Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця», «Про навчально-науковий центр неперервної професійної освіти Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця», «Про дистанційне навчання в Інституті післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця») та навчально-методичного забезпечення організації післядипломної освіти лікарів, спрямованого на формування системи компетентностей сучасного лікаря, що включає: навчальний посібник «Організація, управління та економіка фармації», матеріал у якому викладено на основі компетентнісного підходу та з урахуванням андрагогічних особливостей навчання; збагачено зміст та методику викладання суміжних дисциплін «Клінічна фармація», «Медичне право», «Невідкладні стани»; навчальну програму довгострокового підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників із застосуванням симуляційних та дистанційних технологій навчання тощо; *апробації та впровадженні* організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, в результаті чого відбулося зростання рівня сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки лекційних і практичних курсів, циклів тематичного вдосконалення, курсів інформації та стажування для лікарів, а також з метою удосконалення навчальних планів і освітніх програм підготовки лікарів в інтернатурі. Практичне значення також полягає в розробці методичних рекомендацій щодо післядипломної освіти лікарів, що, зокрема, знайшло відображення в авторських монографіях: «Післядипломна освіта лікарів: теоретичні та методичні засади», «Transforming Healthcare System: a Medical Care Legal Culture Formation».

Основні положення, результати й висновки дисертації можна використовувати в дослідженнях з теорії і методики професійної освіти, для оновлення нормативно-правової бази з питань післядипломної освіти та

неперервного професійного розвитку лікарів, а також розроблення сучасних навчальних планів та освітніх програм підготовки лікарів в інтернатурі. Матеріали дослідження доцільно застосовувати в післядипломній підготовці лікарів.

Визначено, що ефективність післядипломної медичної освіти визначається рівнем сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі освіти в умовах медичного університету. Експериментально перевірено ефективність формування системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на етапі післядипломної освіти в умовах медичного університету.

Ключові слова: концепція післядипломної освіти, медичний університет, неперервний професійний розвиток, організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів, післядипломна освіта лікарів, система компетентностей лікаря.

ABSTRACT

Lysenko O. Yu. Theoretical and Methodological Principles of Postgraduate Education of Doctors in the Conditions of Medical University. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Pedagogical Sciences in specialty 015 – Vocational Education (specialization: 13.00.04 – Theory and Methods of Vocational Education). – Vinnytsia State Mykhailo Kotsiubynskyi Pedagogical University, Vinnitsa, 2020.

The results of the conducted historical and pedagogical analysis of the formation of postgraduate education of doctors in Ukraine made it possible to distinguish such basic periods of its formation as: hospital; early university; university.

The research reveals the concept of research as a system of initial theoretical propositions, which forms the basis of a research search for the problem of postgraduate education of physicians in the conditions of a medical university.

Features and specifics of postgraduate education of physicians are considered; the competence approach in postgraduate education of doctors in Ukraine is analyzed; the organization and current state of postgraduate training of physicians are characterized; the experience of postgraduate education of doctors abroad is presented.

Scientific analysis of the features of the postgraduate education of doctors allowed to determine such as: the limitation of independent professional practical activity after completion of training in the educational program of preparation of masters in the specialty "Medicine"; the statutory obligation to obtain postgraduate doctoral education as a form of primary specialization and further training at least once every five years; state standardization of postgraduate medical education programs; duration of compulsory postgraduate training in the primary specialization phase (1 to 3 years); full-time organization of postgraduate education as such, which facilitates the integration of theoretical and practical training of doctors; existence of a procedure of periodic certification of doctors in order to determine the knowledge and practical skills for the purpose of assignment / confirmation of the title of doctor-specialist in a certain specialty and the possibility of obtaining a qualification by a doctor; inconsistency of the programs of primary specialization of physicians with the ones regulating their secondary specialization; inconsistency of postgraduate doctoral training programs in order to qualify as a specialist doctor in a particular specialty to the actual areas of work of practitioners in the medical field.

The results of the analysis of the competence approach in the postgraduate education of doctors in Ukraine showed that the use of the competence approach at the stage of postgraduate education, as an approach based on the definite measured goals is appropriate not only from the point of view of optimization of the educational process by minimizing time, financial and psycho its implementation, but from the standpoint of increasing the motivation and effectiveness of professional training of doctors in the position of andragogical training. Also, we have found that in Ukraine today there is insufficient focus on the end result of postgraduate education in the form of competencies that require formation.

The study of the organization and current state of postgraduate physician training has demonstrated the need to review compulsory postgraduate training programs, as

well as to diversify opportunities for continuing professional development of physicians, in particular through the use of distance and simulation training technologies, such as those that largely provide opportunities for flexibility and education process.

Also, the necessity of improving the system of professional training of teachers in the system of postgraduate medical education, as such, which educates adult learners and accordingly should apply the individual approach to students taking into account their life and professional experience.

The analysis of experience of postgraduate education of doctors abroad revealed the existence of common (practical orientation, separate forms of assessment) and different (list of specialties, duration of training) features that create prerequisites for reviewing the national system of training of doctors from the point of view of implementation of advanced educational world achievements in the world degree of postgraduate education, widespread use of simulation and distance learning technologies, standardization of the learning process and evaluation postgraduate education (aimed at identifying their professional competences) and preserving the historical features of postgraduate medical education in Ukraine.

The results of the study made it possible to substantiate the system of competencies of the modern physician, which contains social-personal, general-professional and professional-specialized components. The implementation of the aforementioned components is aimed at the formation of a doctor's competence system at a medical university.

The concept of postgraduate education of physicians at medical university is disclosed. In particular, it envisages improvement and quality assurance of such four basic components as: designing training programs based on a competent approach with a clearly defined list of educational goals, selection of adequate resources for evaluation of methods and their implementation. teaching; introduction of new educational technologies, in particular distance and simulation, which will increase the level of safety of the educational process, increase the level of its standardization, as well as ensure the appropriate level of thematic practical orientation of postgraduate education; improvement of assessment and provision of professionalism in medical education,

which envisages training of professional medical teachers, both in medical universities and on the basis of health care institutions, which is especially relevant in the context of rapid modernization of educational trends, as well as the lack of profile pedagogical education in the vast majority, who train doctors in the postgraduate phase.

The results of the scientific analysis of the postgraduate education of doctors in Ukraine made it possible to develop and depict variant models of postgraduate education of doctors in the conditions of a medical university, in particular: basic; specialized; practically oriented; reformation and generalization. The basic model of postgraduate physician education involves the completion of primary specialization in the internship and the subsequent periodic training throughout the professional activity. The specialized model of postgraduate physician education takes into account the primary specialization in the internship, followed by the passing of secondary specialization, as well as periodic professional development throughout the professional activity. A practically oriented model of postgraduate physician education involves the passage of primary and, possibly, secondary specialization, followed by further advanced practical training in clinical residency in one of the previous medical specialties acquired during the specialization stage, as well as periodic professional development throughout the profession. The Reformation Model of Postgraduate Doctoral Education was developed taking into account the legally defined and currently practically unrealized tendencies of postgraduate medical education, which in particular envisages the passing of primary specialization in the internship and further subspecialization in the medical residency, as well as periodic professional development in the continuing profession. Generalized model of postgraduate education of physicians contains the whole legislatively defined spectrum of possibilities of postgraduate medical education, in particular primary specialization in internship with subsequent acquisition of secondary specialization, deepening of practical qualification in clinical residency in one of the previous stages of qualification all professional activity. The advantages and disadvantages of each of the developed models of postgraduate physician education are analyzed.

The criteria of effectiveness of postgraduate education of physicians (social-personal, general-professional and professionally specialized) in the conditions of medical university are defined, their content and methods of measurement are revealed.

The results of the study made it possible to formulate the organizational principles of postgraduate education of physicians in the conditions of a medical university, which in particular imply the existence of an organizational and management structure - educational and scientific institute of postgraduate education, containing basic (departments) and additional structural units (educational and methodological laboratory, center, educational and scientific centre of continuing vocational education), as well as self-governing bodies (labor collective meeting, scientific council, permanent acting methodical the Postgraduate Education Commission, the Postgraduate Education Quality Monitoring Working Group), which are designed to ensure effective interaction between the subjects of postgraduate medical education (postgraduate applicants, research staff, medical staff).

The study selected and formed the content of postgraduate education in accordance with models of postgraduate education of physicians. It is shown that it should be implemented through educational, medical and scientific work, students of postgraduate education and scientific and pedagogical staff in cooperation with practitioners of health care, which should be coordinated aimed at the formation of professionally competent harmonious self-sufficient humanistic humanitarian doctor. In order to fulfill the tasks of improving the content of postgraduate education of doctors, we have defined the following stages of their provision (for interns): selection, preparation, certification and accounting. Thus, at the selection stage, a competitive selection of persons entering the internship is introduced. During the preparation phase the courses "Clinical Pharmacy", "Medical Law" and "Emergency Care" were introduced; Young Doctors Club was started; introduced logs of working hours of interns; the structure of teaching materials has been updated. At the stage of certification and accounting the procedure of admission to the licensed integrated examination "Step 3" is introduced; an objective structured clinical trial was introduced; developed personal educational portfolio of specialists. In order to provide comprehensive updating of the content of postgraduate education of physicians, in particular to ensure

the readiness of doctors for its implementation, we have completely updated the content of the long-term training course for scientific and pedagogical staff. In the course of the study, subject-subject feedback was established between the subjects of postgraduate doctoral education.

In order to improve the forms and methods of postgraduate education of physicians for interns, we have introduced an introductory test by the interview method, as a means of additional motivation and professional orientation of entrants, distance courses aimed at the formation of competence in the rational use of medicines, as well as competence in medical law. In order to develop the competence in the provision of first aid, a practical course was developed aimed at developing the skills of cardiopulmonary resuscitation with the use of game scenarios and simulation equipment. With regard to optimizing the verification of educational activity of postgraduate students, in particular regarding the fulfillment of the requirements of the curriculum and specialization program, we were offered to solve this issue by standardizing the form of individual control of interns using the method of written self-control, which is directly implemented through daily implementation the work of the intern, with the corresponding entries in the same accounting document. It is important that this method was applied to teachers, leaders of groups of doctors-interns. In order to increase the motivation of the interns to prepare for the Step 3 licensed exam, we have streamlined the admission procedure for that exam and have applied the computer-controlled method. In order to standardize the procedure of attestation of interns with regard to the formation of practical skills, provided by the curriculum and training program, we have introduced a pilot project of attestation of doctors in the form of an objective structured clinical examination, which involves the application of the method of expert assessment of professional competence of clinicians in modeling scenarios using the game method.

Also, in order to optimize the process of postgraduate doctoral education, we have considered and introduced modern information educational technologies, in particular for the implementation of a comprehensive distance training program for teachers (using the interactive educational platform Moodle), accounting for professional education through personal and personal account management subject-link

between the subjects of postgraduate education (electronic forms Google forms) and optimization of the process of organizational-management process system administration postgraduate training (many project management system platform Trello).

The scientific novelty of the research is that for the *first time* the doctor's competence system and criteria of its formation are grounded; the concept of postgraduate education of doctors in the conditions of medical university is formed; *developed* variant models of postgraduate education of doctors in the conditions of medical university; the organizational and methodological foundations of postgraduate education of physicians on different models in the conditions of medical university are substantiated, developed and experimentally tested; the peculiarities of the postgraduate education of physicians are *defined and substantiated*; system of competencies of the modern doctor; criteria of formation of the doctor's competence and methods of their measurement; content of basic concepts of the study is specified: physician competence, physician competence system, physician professional competence, competence approach, postgraduate physician education; *further development* of the provisions on the problem of postgraduate education in the national and foreign pedagogical theory, as well as in the practical activity of higher medical institutions of education of Ukraine; results of historical and pedagogical analysis of formation and development of postgraduate education of physicians.

The practical value of the research lies in the development, validation and implementation of the concept of postgraduate physician education at a medical university. The complex of organizational-methodological foundations, forms, methods and technologies proposed in the study can be used to improve the postgraduate education of physicians. The results of the study can be used to develop lecture and practical courses, thematic improvement cycles, information courses and internships for physicians, as well as to improve physician training and training programs. Also of practical importance is the development of specific guidelines for postgraduate physician education, which, in particular, is reflected in the author's monographs: "Postgraduate Doctoral Education: Theoretical and Methodological Foundations", "Transforming Healthcare System: a Medical Care Legal Culture Formation".

The main provisions, results and conclusions of the dissertation can be used in research on the theory and methodology of vocational education, for updating the legal framework for postgraduate education and continuous professional development of doctors, as well as for the development of modern curricula and training programs for physicians in internship. Research materials should be used in the postgraduate training of doctors.

It has been experimentally verified and practically confirmed that the developed concept of postgraduate education of doctors in the conditions of medical university, which is based on organizational and methodical principles, includes variant models of postgraduate education of doctors and its implementation in the conditions of medical university contributes to the development of competencies of the modern doctor. .

Conducted pedagogical experiment confirmed the effectiveness of the proposed concept of postgraduate education of doctors in the conditions of medical university and gives grounds to claim that during the experiment there were systematic changes in the process of postgraduate preparation of doctors, the level of competence of the modern doctor increased.

Keywords: concept of postgraduate education, medical university, continuous professional development, organizational and methodological foundations of postgraduate doctoral education, postgraduate doctoral education, physician competence system.

**Список друкованих праць,
в яких опубліковано основні наукові результати дослідження
Монографії**

1. Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: теоретичні та методичні засади: монографія. Київ: ТОВ НВП «Інтверсвіс», 2019. 389 с.
2. Tsekhmister Ya.V., **Lysenko O. Yu.** Transforming Healthcare System: a Medical Care Legal Culture Formation: monograph. Kyiv: LLC “Interservis”, 2019. 73 p.

Статті у наукових фахових виданнях

3. Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: досвід Сполучених Штатів Америки. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2015. №5-6 (50-51). С. 129–133.
4. Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: досвід Великої Британії *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2015. №4(45). С. 50-54
5. Лисенко О. Ю. Роль і місце післядипломної освіти в національній системі підготовки лікарів. *Освітологія*. 2015. №4. С. 49-53.
6. Лисенко О. Ю. Інтерактивні методи навчання у післядипломній підготовці лікарів. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2016. №2 (53). С. 50-53.
7. Лисенко О. Ю. Історико-педагогічний аналіз становлення післядипломної освіти лікарів в Україні. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016. №1-2 (46-47).С. 115-120.
8. Лисенко О. Ю. Система компетентностей лікаря: післядипломний етап становлення. *Освітологія*. 2016. №5. С. 169-172.
9. Лисенко О.Ю. Ігрові комп'ютерні платформи як засіб контролю у процесі підготовки лікарів-інтернів. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2016. №4 (55). С. 99-102.
- 10.Лисенко О.Ю. Післядипломна освіта лікарів: характеристика базових понять. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016. №3-4 (48-49). С. 23-28.
- 11.Лисенко О. Ю. Роль науково-практичних осередків в удосконаленні професійної компетентності лікарів. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2017. №1-2 (50-51). С. 57-60.
- 12.Лисенко О. Ю. Базові принципи післядипломної підготовки лікарів. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2017. №2 (57). С. 7-11.
- 13.Цехмістер Я. В., **Лисенко О. Ю.** Медичне право: перспективи підготовки фахівців в Україні. *Освітологія*. 2017. №6. С. 110-114.
- 14.Цехмістер Я. В., **Лисенко О. Ю.** Післядипломна освіта лікарів: клініко-фармацевтична підготовка. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2017. №3-4 (52-53). С. 39-45.

15. Лисенко О.Ю. Організація зворотного суб'єкт-суб'єктного зв'язку із застосуванням дистанційних технологій на етапі післядипломної освіти. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2018. №1-2 (54-55). С. 68-73.
16. Лисенко О. Ю. Удосконалення професійної компетентності викладачів як передумова якісної медичної освіти. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2018. №1-2 (60-61). С. 51-56.
17. Цехмістер Я. В., **Лисенко О. Ю.** Кодифікація медичного законодавства з позиції підвищення правової культури лікарів в Україні. *Освітологія*. 2018. №7. С. 131-137.
18. Цехмістер Я. В., **Лисенко О. Ю.** Професійна клініко-фармацевтична компетентність лікарів: післядипломний етап становлення. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2018. №3-4 (56-57). С. 74-77.

**Статті у наукових зарубіжних виданнях та виданнях,
які індексуються у науково-метричній базі Scopus**

19. Цехмістер Я.В., Кучин Ю.Л., **Лисенко О.Ю.**, Галига Т.М. Практичний курс невідкладної допомоги як обов'язковий базис професійної компетентності лікарів хірургічних спеціальностей. *Клінічна хірургія*. 2016. № 7. С. 73-75.
20. Цехмістер Я.В., Кучин Ю.Л., **Лисенко О.Ю.**, Горобець М.М. Становлення післядипломної освіти в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця (110 років історії). *Лікарська справа*. 2016. №3-4 (1138). С. 156-160.
21. Tsekhmister Ya. V., **Lysenko O. Yu.** Postgraduate Education of Doctors: Current State and Perspectives. *The Modern Higher Education Review*. 2016. №1. P. 101-105.
22. Tsekhmister Ya., **Lysenko O.** Plastic Surgery in Ukraine: Legal Aspect. **EUREKA: Social and Humanities**. 2018. No. 3. P. 9-14.
23. Tsekhmister Ya., Makarenko M., Govsyeyev D., **Lysenko O.**, Shvachkina H. Communicative Skills Formation for Obstetrics and Gynecology Interns. *American Journal of Humanities and Social Sciences Research (AJHSSR)*. 2018. Vol.02, Is. 07, P. 107-110.

24. Tsekhmister Ya., **Lysenko O.** Personal Educational Portfolio as an Indicator of Continuous Development of Specialists in Health Care: the Experience of Ukraine. *International Journal of Recent Scientific Research*. 2018. Vol. 9, Is. 7. P. 27536-27538.
25. Tsekhmister Ya., **Lysenko O.**, Baula O., Kulyk V., Shvachkina H. Doctors Postgraduate Programs Improving as a Step on the Way to Overcome Antibiotic Resistance. *Fundamental and Applied Researches in Practice of leading scientific schools*. 2018. Vol. 28. No.4. P. 190-192.

Розділи у вітчизняних колективних монографіях

26. Цехмістер Я. В., **Лисенко О. Ю.** Акмеологічні особливості післядипломної освіти лікарів в Україні. *Сучасні акмеологічні дослідження: теоретико-методологічні та прикладні аспекти*: монографія / В. О. Огнев'юк, С. О. Сисоєва, Я. С. Фруктова. Київ: Київ. ун-т ім. Б. Грінченка. 2016. С. 664–684.

Навчальні посібники

27. Tsekhmister Ya. V., Nizhenkovska I. V., **Lysenko O. Yu.**, Datsiuk N. O., Shvachkina H. S. Pharmaceutical Dictionary for Students and Staff : about 1 000 entries. Kyiv: AUS Medicine Publishing. 2015. 112 p.
28. Цехмістер Я. В. , Сятиня М. Л., **Лисенко О. Ю.**, Організація, управління та економіка фармації. Київ: Видавництво КІМ, 2017. 142 с.

Методичні рекомендації

29. Цехмістер Я. В., Науменко О. М, Дубров С. О., **Лисенко О. Ю.** Методичні рекомендації щодо організації інтернатури у Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця. Київ: КІМ. 2014. 47 с.
30. Цехмістер Я. В., Кучин Ю. Л., **Лисенко О. Ю.** Методичні рекомендації щодо організації робочого часу викладачів кафедр Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. Київ: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. 2016. 16 с.
31. Цехмістер Я. В., Кучин Ю. Л., **Лисенко О. Ю.**, Клітинський Ю. В., Дацюк Н. О. Методичні рекомендації до довгострокового підвищення

кваліфікації науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів (108 академічних годин). Київ: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. 2017. 37 с.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

- 32.Цехмістер Я. В., Кучин Ю. Л., **Лисенко О. Ю.** Науково-дослідний центр безперервної професійної освіти як парадигма сучасного розвитку післядипломної підготовки лікарів та провізорів. *Вища медична освіта: сучасні виклики та перспективи*: збірник наукових праць науково-практичної конференції з міжнародною участю. Київ: КІМ. 2016. С. 262-266.
- 33.Цехмістер Я. В., Кучин Ю. Л., **Лисенко О. Ю.** Формування професійної компетентності лікарів із застосуванням симуляційних технологій навчання. *Вища медична освіта: сучасні виклики та перспективи*: збірник наукових праць науково-практичної конференції з міжнародною участю. Київ: КІМ. 2017. С. 105-107.
- 34.Лисенко О. Ю. Діяльність неформальних осередків професійної спрямованості (на прикладі Клубу молодих лікарів імені В. Ф. Войно-Ясенецького). Нові тенденції і явища у дитячому і молодіжному середовищі в Україні: цивілізаційний, культурологічний, інформаційний виміри: зб. наук. праць. Київ: ТОВ «Видавниче підприємство «Едельвейс». 2017. С. 256-261.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	1
ABSTRACT	9
ВСТУП	23
РОЗДІЛ 1. ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ЛІКАРІВ ЯК ОБ’ЄКТ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	38
1.1. Історико-педагогічний аналіз післядипломної освіти лікарів в Україні	38
1.2. Характеристика базових понять дослідження	57
1.3. Проблема післядипломної освіти лікарів у педагогічній теорії	75
1.4. Концепція дослідження післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету	94
Висновки до першого розділу	113
РОЗДІЛ 2. ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ	118
2.1. Особливості післядипломної освіти лікарів	118
2.2. Компетентнісний підхід у післядипломній освіті лікарів	138
2.3. Організація та сучасний стан післядипломної підготовки лікарів	157
2.4. Післядипломна освіта лікарів за кордоном	173
Висновки до другого розділу	203
РОЗДІЛ 3. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ В УМОВАХ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	206
3.1. Обґрунтування системи компетентностей сучасного лікаря	206
3.2. Концепція післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету	227
3.3. Варіативні моделі післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету	242
3.4. Критерії сформованості системи компетентностей лікаря та методики їх вимірювання	262
Висновки до третього розділу	279

РОЗДІЛ 4. ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ	
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ	283
4.1. Характеристика організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету	283
4.2. Відбір і удосконалення змісту післядипломної освіти відповідно до моделей післядипломної освіти лікарів	300
4.3. Форми та методи післядипломної освіти лікарів	329
4.4. Сучасні інформаційні технології у післядипломній освіті лікарів	347
Висновки до четвертого розділу	368
РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПЕДАГОГІЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ	372
5.1. Етапи та методика експериментальної роботи	372
5.2. Аналіз результатів педагогічного експерименту	382
Висновки до п'ятого розділу	398
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	403
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	411
ДОДАТКИ (окрема книга)	446

ВСТУП

Система охорони здоров'я як індикатор громадянського розвитку населення є одним із пріоритетних напрямів національної політики. У цьому контексті все більшої уваги потребує вдосконалення якості кадрового забезпечення медичної галузі з урахуванням міжнародних стандартів, формування ефективної системи професійного становлення та самовдосконалення лікарів, забезпечення їхнього неперервного професійного розвитку. Саме тому особливого значення набуває модернізація системи післядипломної медичної освіти.

Вихідні концептуальні положення післядипломної освіти лікарів визначені у низці нормативно-правових актів: Законах України «Про освіту» (2017), «Про вищу освіту» (2014), постанові Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» (2018), наказах Міністерства охорони здоров'я України «Про подальше удосконалення післядипломної освіти лікарів», «Про затвердження положення про первинну спеціалізацію (інтернатуру)», «Про клінічну ординатуру», «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів», Національній стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року.

Система вищої медичної освіти, професійна підготовка лікарів модернізуються у контексті загальних тенденцій розвитку вищої освіти в Україні. Важливе значення для дослідження мають наукові праці, присвячені сучасним проблемам розвитку освіти, а саме таким її аспектам: філософія сучасної освіти (В.П. Андрущенко, І.А. Зязюн, В.Г. Кремень, В.О. Огнев'юк); теоретико-методологічні засади неперервної професійної освіти (С.У. Гончаренко, Н.Г. Ничкало, С.О. Сисоєва, Я.В. Цехмістер); теоретичні та методичні засади професійної підготовки фахівців у вищій школі (А.М. Алексюк, М.Б. Євтух, В.А. Кушнір); модернізація освіти на засадах особистісно орієнтованого (І.Д. Бех, В.І. Луговий) і компетентнісного (Р.С. Гуревич, О.І. Пометун, О.Я. Савченко, Л.Л. Хоружа) підходів; андрагогічні особливості навчання дорослих (Л.Б. Лук'янова, Л.Є. Сігаєва, С.О. Сисоєва); застосування педагогічних технологій у вищій освіті (П.М. Гусак, Л.М. Максимова); особистісний і

професійний розвиток педагогів (Г.О. Балл, В.І. Бондар, І.П. Підлісний, В.А. Семиченко); порівняльно-педагогічні дослідження неперервної освіти (Т.М. Десятов, О.В. Матвієнко).

Питанням організації післядипломної освіти присвячені наукові праці В.Ю. Арешонкова, В.П. Коваленко, В.В. Кузьменко, Т.М. Сорочан. Розвиток професійної компетентності фахівців у системі післядипломної освіти розглядають О.В. Варецька, Ю.С. Запорожцева, В.І. Саюк. Особливості застосування інтерактивних технологій у системі післядипломної освіти викладено у роботах К.Р. Колос, І.М. Сокол.

Особливості підготовки фахівців для системи охорони здоров'я як міжгалузеву проблему розглядають І.Є. Булах, О.П. Волосовець, Ю.В. Вороненко, М.С. Пономаренко, І.В. Соколова, А.С. Немченко, Я.В. Цехмістер, О.В. Чалим.

Зарубіжний досвід підготовки фахівців для системи охорони здоров'я проаналізовано у роботах Л.Г. Логуш, І.О. Паламаренко, К.П. Хоменко.

Історичні аспекти становлення медичної освіти в Україні представлені у працях Ю.В. Вороненка, С.А. Верхратського, П.Ю. Заблудовського, В.Г. Коляденка, Б.П. Криштопи, В.Ф. Москаленка, О.П. Яворовського. Тенденції професійної підготовки фахівців фармації в історико-педагогічному контексті розкриті В.Л. Сліпчук.

Підготовку медичних сестер, зокрема формування їх професійної етики у процесі фахової підготовки розглянуто О.В. Біліченком; формування паліативної компетентності – Л.В. Білик; формування професійної компетентності у процесі вивчення фахових дисциплін – І.В. Радзівською; розвиток педагогічної компетентності викладачів медичних коледжів – С.Є. Бухальською.

Особливості допрофесійної підготовки майбутніх лікарів, зокрема організаційно-педагогічні умови професійної орієнтації старшокласників на медичні спеціальності розглянуті Р.В. Іваненко; організаційні засади розвитку деонтологічної культури вивчені Л.В. Переймибідою.

Теоретичні та методичні засади медичної освіти, зокрема щодо формування особистісно-професійної культури майбутніх лікарів вивчалися О.С. Ісаєвою; формування професійної компетентності майбутніх фахівців стоматології –

Я.А. Кульбашною; інтеграції природничо-наукової та професійно-практичної підготовки – М.А. Пайкуш; навчання хімії на основі компетентнісного підходу – Т.Д. Ревою.

Інтеграція фундаментальної та фахової підготовки майбутніх лікарів досліджена Н.В. Стучинською. Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки вивчена О.Б. Наливайко.

Вивченню ефективності використання комп'ютерних систем контролю знань в післядипломній медичній освіті присвячено дослідження В.В. Краснова.

Питання післядипломної освіти лікарів вивчалися зарубіжними вченими за такими напрямками: реформування післядипломної медичної освіти (К. Флемінг, Д. Фітджеральд); зворотній зв'язок між суб'єктами післядипломної медичної освіти (Т. Грай, Д. Худ, Т. Фарелл), стандартизація програм післядипломної освіти лікарів (К. Мур); компетентнісний підхід у післядипломній медичній освіті (М. Догерті, Л. Каррі, Д. Комбес); розвиток та удосконалення післядипломної медичної освіти (Р. Харден).

Водночас науковий аналіз показав, що післядипломна підготовка лікарів ще не стала предметом окремого цілісного дослідження, зокрема не вивчалися концептуальні й організаційно-методичні засади післядипломної підготовки лікарів, моделі та критерії ефективності післядипломної підготовки лікарів в умовах університету.

Актуальність дослідження обраної проблеми підсилюється наявністю суперечностей між:

- потребою підготовки лікарів, спрямованих на інноваційну професійну діяльність, та традиційними підходами до організації процесу їхньої підготовки на післядипломному етапі медичної освіти;
- необхідністю формування та зміцнення професійних і суспільних цінностей лікарів та відсутністю уваги до цих компетентностей на післядипломному етапі медичної освіти;
- необхідністю реалізації державних стратегій щодо компетентнісного підходу в сучасній освіті та нерозробленістю відповідного навчально-

методичного забезпечення для підготовки лікарів на післядипломному етапі медичної освіти;

- процесом інтеграції до європейської медичної спільноти та нестачею навчально-методичних матеріалів, розроблених з урахуванням сучасних стандартів доказової медицини.

Ураховуючи значущість післядипломної освіти для формування та розвитку професійної особистості лікаря, суспільну потребу в кваліфікованих працівниках системи охорони здоров'я, здатних до надання сучасної медичної допомоги населенню, пов'язану з цим необхідність якісної підготовки лікарів, зокрема на післядипломному етапі освіти, недостатню теоретичну розробленість проблеми та її практичне втілення, темою дисертаційного дослідження обрано: **«Теоретичні та методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконане відповідно до тематичного плану наукових досліджень Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Методологічні аспекти соціально-гуманітарної складової вищої медичної освіти» (№0114U001357). Тему дисертаційного дослідження затверджено на засіданні вченої ради Київського університету імені Бориса Грінченка (протокол №4 від 26 квітня 2018 р.) та узгоджено Міжвідомчою радою з координації досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології Національної академії педагогічних наук України (протокол №3 від 29 травня 2018 р.).

Мета дослідження: на основі цілісного наукового аналізу післядипломної освіти лікарів обґрунтувати організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

Об'єкт дослідження – післядипломна освіта лікарів в медичних університетах України.

Предмет дослідження – теоретико-методологічні та організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

Відповідно до об'єкта, предмета та мети визначено такі **основні завдання дослідження:**

1. З'ясувати стан дослідження проблеми у педагогічній теорії, у практичній діяльності медичних закладів вищої освіти в Україні та за кордоном.
2. Здійснити історико-педагогічний аналіз становлення та розвитку післядипломної освіти лікарів.
3. Охарактеризувати науковий тезаурус дослідження післядипломної освіти лікарів.
4. Обґрунтувати систему компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, та критерії її сформованості в умовах медичного університету.
5. Сформулювати концепцію післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.
6. Здійснити класифікацію варіативних моделей післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.
7. Обґрунтувати та експериментально перевірити організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.
8. Розробити навчально-методичне забезпечення організації післядипломної освіти лікарів.

Теоретичну основу дослідження становлять наукові положення та висновки: сучасної філософії освіти (В.П. Андрущенко, В.Г. Кремень, В.О. Огнев'юк), основи теорії систем (Л.ф. Берталанфі, І.В. Блауберг, В.В. Садовський, Е.Г. Юдін); парадигми сучасної освіти (І.Д. Бех, З.Н. Курлянд, І.В. Малафійк); теорії і методики неперервної професійної освіти (С.У. Гончаренко, Р.С. Гуревич, Н.Г. Ничкало, С.О. Сисоєва), теорії педагогічної освіти (М.Б. Євтух, В.І. Луговий), теорії педагогіки, логіки та методики наукового дослідження (О.В. Акімова, Ю.К. Бабанський, А.М. Коломієць, Д.О. Новіков, М.М. Скаткін), адміністративно-правового регулювання освіти в Україні (Р.В. Шаповал, О.Ф. Мельник, І.Ю. Хомишин), упровадження інноваційних технологій в освітній процес (В.М. Бойчук, В.Ф. Заболотний, М.Ю. Кадемія, В.А. Петрук, О.І. Пометун), неперервної освіти (Т.Г. Дерека, О.Т. Шпак), професійної підготовки фахівців з вищою освітою (А.М. Алексюк, В.І. Бондар, О.А. Дубасенюк, Т.І. Коваль, М.Г. Чобітько, Л.Л. Хоружа); теорії та методики

медичної освіти (О.С. Ісаєва, Я.А. Кульбашна, М.А. Пайкуш, Т.Д. Рева, І.В. Соколова, Я.В. Цехмістер), історико-педагогічних особливостей становлення підготовки фахівців галузі охорони здоров'я в Україні (Ю.В. Вороненко, Б.П. Криштопа, В.Ф. Москаленко, В.Л. Сліпчук), етико-деонтологічного розвитку лікарів (О.В. Біліченко, Л.В. Переймибіда, О.Б. Наливайко), зарубіжного досвіду підготовки фахівців для системи охорони здоров'я (Л.Г. Логуш, І.О. Паламаренко, К.П. Хоменко), організаційно-управлінських особливостей медичної освіти в Україні (О.П. Волосовець, І.Є. Булах).

Методологічна основа дослідження. На філософському рівні – загальнотеоретичні і методологічні положення філософії щодо розвитку особистості, єдності теорії і практики, про людину як суб'єкта діяльності, про активність суб'єкта у пізнавальній діяльності, про розвиток і всебічне формування особистості. На рівні загальнонаукової методології – парадигма інноваційного розвитку освіти в умовах світових тенденцій глобалізації, інтеграції, інформатизації суспільства; сучасна парадигма особистісно орієнтованої післядипломної освіти; концепція демократизації та гуманізації освіти; аксіологічний, акмеологічний, компетентнісний, особистісно орієнтований, культурологічний, системний, дослідницький, індивідуально-творчий, рефлексивно-діяльнісний, андрагогічний підходи. На рівні конкретно наукової методології – теоретичні положення про цілісність, неперервність і комплексність післядипломної освіти лікарів; зміст сучасної післядипломної підготовки лікарів на післядипломному етапі; принципи післядипломної освіти лікарів. На технологічному рівні – система методів дослідження системи післядипломної освіти лікарів; методи, форми, засоби, технології щодо реалізації організаційно-методичних засад інноваційно спрямованої післядипломної освіти лікарів у медичному університеті.

Провідна ідея **концепції дослідження** полягає у тому, що теоретичні та методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету необхідно досліджувати як проблему міждисциплінарну, що вимагає інтеграції знань з різних наук, а саме: медицини, педагогіки, психології, права, державного управління тощо. Індивідуальні, особистісні та професійні якості лікаря

потребують вивчення в єдності їх взаємозв'язків з метою формування та розвитку системи компетентностей лікаря на післядипломному етапі освіти.

З огляду на це в основу концепції дослідження покладено сукупність методологічних і теоретичних положень та методів наукового пошуку, що визначають стратегію розв'язання завдань дослідження післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, слугують науковим підґрунтям дослідження процесу підготовки та підвищення кваліфікації лікарів, а також дозволяють дослідити напрями оновлення змісту, форм і методів післядипломної медичної освіти, що спрямовані на забезпечення професійного розвитку особистості лікаря.

Для дослідження післядипломної освіти лікарів як міждисциплінарної проблеми необхідним є застосування інтегрованої сукупності системного, аксіологічного, акмеологічного, особистісно орієнтованого, компетентнісного та адрагогічного підходів.

Системний підхід дозволив розглянути післядипломну освіту лікарів як цілісну систему; виокремити системоутворювальний чинник такої освіти: мету і результат; сконструювати систему підготовки до кваліфікованої професійної діяльності, виявити її складові, розкрити діалектику їх взаємозв'язку та зумовлені компонентами внутрішні зв'язки, а також основні умови існування такої системи.

Аксіологічний підхід уможливив дослідження післядипломної медичної освіти як безперервного процесу інтеріоризації лікарем професійних і особистісних цілей і цінностей, котрі забезпечують внутрішню основу готовності до інноваційної професійної діяльності.

Акмеологічний підхід орієнтує дослідження на пошук форм, методів і технологій формування системи компетентностей лікаря на післядипломному етапі освіти як складової його професіоналізму, розвитку та саморозвитку в умовах медичного університету.

Особистісно орієнтований підхід застосовувався в процесі аналізу, становлення і розвитку особистісних якостей лікарів, їхнього суб'єктивного досвіду, інтересів, мотивів, індивідуально-психологічних особливостей.

Компетентнісний підхід було використано у дослідженні для визначення системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти з урахуванням специфіки професійної діяльності, відображеної в загальних і професійних знаннях, уміннях і навичках, особистісних якостях і професійних прагненнях.

Андрагогічний підхід дозволив виокремити ті форми, методи та технології підготовки лікарів на післядипломному етапі освіти, що найбільшою мірою відповідають особливостям і закономірностям навчання дорослої людини, враховують її особистісний і професійний досвід, спонукають критично оцінити рівень сформованості професійних знань, умінь, навичок, сприяють розвитку професійної культури лікарів.

Сукупність визначених підходів дозволила сформулювати концепцію, класифікувати моделі та розробити організаційно-методичні засади підготовки лікарів до висококваліфікованої професійної діяльності.

Для розв'язання поставлених завдань використано взаємопов'язані **методи дослідження**: *теоретичні* – ретроспективний аналіз документів для визначення періодів становлення післядипломної освіти лікарів в Україні; абстрагування, конкретизація та узагальнення теоретичних положень задля аналізу наукового тезаурусу дослідження; теоретичний аналіз, синтез, систематизація джерел з метою формування наукового апарату, формулювання базових понять і визначення основних напрямів дослідження проблеми післядипломної освіти лікарів; порівняльний аналіз, структурування й узагальнення для дослідження структури післядипломної освіти лікарів і обґрунтування концепції; моделювання – для аналізу та класифікації моделей післядипломної освіти лікарів в Україні; комплексний аналіз змісту, форм і методів післядипломної освіти лікарів для розробки організаційно-методичних засад післядипломної підготовки лікарів; *емпіричні* – педагогічне спостереження, анкетування, тестування, самооцінювання; педагогічний експеримент для підтвердження ефективності впровадження варіативних моделей післядипломної освіти лікарів; аналіз власного педагогічного досвіду з метою визначення запропонованих організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів; *математичної*

статистики для кількісного та якісного аналізу емпіричних даних, обробки результатів експерименту та реєстрації результатів дослідження (групування, таблиці, рисунки, діаграми).

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилась у Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова, ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Запорізькому державному медичному університеті, Київському національному університеті імені Тараса Шевченка, Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця, ПВНЗ «Інститут загальної практики – сімейної медицини».

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що *вперше* обґрунтовано систему компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти (компетентності: соціально-особистісна, загальнопрофесійна, професійно-спеціалізована), та критерії її сформованості; сформовано концепцію післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, яка відображає специфіку післядипломної медичної освіти та її спрямованість на формування та розвиток системи компетентностей лікаря, а також розширення поля його компетентнісної діяльності; узагальнено та класифіковано варіативні моделі післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету (базисна, спеціалізована, практично орієнтована, реформаційна, комплексна); розроблено організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету (організаційно-управлінська структура, зміст, форми, методи, технології); визначено особливості післядипломної освіти лікарів (обмеженість самостійної професійної діяльності магістрів за спеціальністю «Медицина»; законодавчо закріплена обов'язковість післядипломної освіти як форми первинної спеціалізації; державна стандартизація програм післядипломної медичної освіти; наявність процедури періодичної атестації; невідповідність між програмами первинної та вторинної спеціалізації лікарів, а також фактичними напрямками роботи практичних фахівців галузі охорони здоров'я); *удосконалено* форми та методи післядипломної освіти лікарів; технологію перевірки навчальної активності здобувачів післядипломної освіти,

зокрема щодо виконання ними вимог навчального плану і програми спеціалізації шляхом письмового самоконтролю; *подальшого розвитку набули* проблема післядипломної освіти лікарів у вітчизняній та зарубіжній педагогічній теорії; історія становлення та розвитку післядипломної освіти лікарів; положення щодо організації практичної діяльності медичних закладів вищої освіти.

Теоретичне значення полягає в тому, що: обґрунтовано періодизацію становлення післядипломної освіти лікарів в Україні, зокрема визначено госпітальний (1889-1906 рр.), ранній університетський (1906-1918 рр.) та університетський (з 1918 рр. по теперішній час) періоди; теоретично обґрунтовано систему компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти (компетентності: соціально-особистісна, загальнопрофесійна, професійно-спеціалізована); обґрунтовано класифікацію варіативних моделей післядипломної медичної освіти (базисна, спеціалізована, практично орієнтована, реформаційна, комплексна); уточнено теоретичну сутність базових понять дослідження «професійна компетентність лікаря», яке розуміється як інтегральна професійно-особистісна характеристика, котра передбачає наявність сукупності сформованих компетентностей, що забезпечують здатність особи ефективно та усвідомлено розв'язувати завдання професійної діяльності відповідно до встановлених міжнародних і національних стандартів у галузі охорони здоров'я; «система компетентностей лікаря», що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти розуміється як цілісна, інтегративна, особистісна, багаторівнева характеристика, що формується в результаті професійної підготовки на до- та післядипломному освітніх етапах, а також у процесі неперервного професійного розвитку, успішність якої зумовлена сукупністю сформованих у фахівця компетентностей, що сприяють професійній соціалізації особистості, становленню у неї ціннісних орієнтацій, формуванню світоглядних переконань і поглядів, а також професійної майстерності, задоволеності результатами своєї професійної діяльності, здатності до встановлення вертикальної та горизонтальної комунікації, потреби та здатності до самостійного розвитку та удосконалення впродовж життя; «післядипломна освіта лікарів», яке розуміється як багатоступеневий поліфункціональний освітній

процес, котрий реалізується на етапах після завершення медичного закладу вищої освіти та спрямований на формування й удосконалення професійної компетентності лікаря, його здатності до розв'язання завдань професійної діяльності з урахуванням сучасних світових медичних стандартів і етичних принципів, усвідомлення першочергового значення життя та здоров'я кожного окремого індивідуума та суспільства в цілому, а також ефективного конкурування на світовому ринку праці.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у розробленні та упровадженні організаційно-управлінських документів щодо організації післядипломної освіти лікарів (положення «Про Інститут післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця», «Про навчально-методичну лабораторію Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця», «Про центр підвищення кваліфікації Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця», «Про навчально-науковий центр неперервної професійної освіти Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця», «Про дистанційне навчання в Інституті післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця») та навчально-методичного забезпечення організації післядипломної освіти лікарів, спрямованого на формування системи компетентностей сучасного лікаря, що включає: навчальний посібник «Організація, управління та економіка фармації», матеріал у якому викладено на основі компетентнісного підходу та з урахуванням андрагогічних особливостей навчання; збагачено зміст та методику викладання суміжних дисциплін «Клінічна фармація», «Медичне право», «Невідкладні стани»; навчальну програму довгострокового підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників із застосуванням симуляційних та дистанційних технологій навчання тощо; *апробації та впровадженні* організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, в результаті чого відбулося зростання рівня сформованості системи

компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки лекційних і практичних курсів, циклів тематичного вдосконалення, курсів інформації та стажування для лікарів, а також з метою удосконалення навчальних планів і освітніх програм підготовки лікарів в інтернатурі. Практичне значення також полягає в розробці методичних рекомендацій щодо післядипломної освіти лікарів, що, зокрема, знайшло відображення в авторських монографіях: «Післядипломна освіта лікарів: теоретичні та методичні засади», «Transforming Healthcare System: a Medical Care Legal Culture Formation».

Основні положення, результати й висновки дисертації можна використовувати в дослідженнях з теорії і методики професійної освіти, для оновлення нормативно-правової бази з питань післядипломної освіти та неперервного професійного розвитку лікарів, а також розроблення сучасних навчальних планів та освітніх програм підготовки лікарів в інтернатурі. Матеріали дослідження доцільно застосовувати в післядипломній підготовці лікарів.

Упровадження результатів дисертаційного дослідження в педагогічну практику підтверджується довідками про впровадження: Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (довідка №120/2-203 від 22 травня 2018 р.), ПВНЗ «Інститут загальної практики – сімейної медицини» (довідка №14 від 13 червня 2019 р.), Запорізького державного медичного університету (довідка №10 від 20 червня 2019 р.), Київського національного університету імені Тараса Шевченка (довідка №7 від 30 травня 2019 р.), Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (довідка №11 від 12 травня 2019 р.), ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (довідка №7 від 12 травня 2019 р.).

Особистий внесок автора. Усі основні результати дисертаційного дослідження одержані автором особисто. У працях зі співавторами особистий внесок автора полягає в: аналізі досвіду підготовки фахівців медичного права за кордоном [2, 13]; визначенні серед лікарів рівня знань у галузі медичного права,

дослідженні правовідносин між суб'єктами охорони здоров'я щодо низки організаційно-правових питань [2, 17]; обґрунтуванні доцільності запровадження програм медико-правової підготовки серед лікарів [2]; відборі змісту, форм та методів клініко-фармацевтичної підготовки лікарів, обґрунтуванні доцільності запровадження програм клініко-фармацевтичної підготовки серед лікарів [14]; обґрунтуванні доцільності розширення спеціалізованих курсів для лікарів, зокрема у дистанційному форматі, розробці дистанційного курсу з клінічної фармації для лікарів [18]; нормативно-правовому обґрунтуванні доцільності запровадження практичного курсу невідкладної допомоги для лікарів-інтернів хірургічних спеціальностей, висвітленні особливості структури загальнопрофесійної компетентності лікаря хірургічної спеціальності [19]; встановленні факту виникнення першого університетського осередку післядипломної освіти в Україні [20]; вивченні сучасного стану післядипломної освіти лікарів в Україні [21]; аналізі невідповідностей між програмами первинної та вторинної спеціалізації лікарів, а також фактичними напрямками роботи фахівців з пластичної хірургії [22]; обґрунтуванні важливості та висвітленні особливостей формування комунікативних навичок серед лікарів, розробленні опитувальника для визначення рівня сформованості комунікативних навичок серед інтернів [23]; аналізі досвіду розвинутих країн щодо застосування особистого освітнього портфоліо як методу оцінювання та обліку професійних надбань спеціалістів у галузі охорони здоров'я, проведенні та інтерпретації результатів опитування науково-педагогічних працівників медичних закладів вищої освіти стосовно доцільності запровадження особистого освітнього портфоліо, обґрунтуванні структури особистого освітнього портфоліо викладача медичного закладу вищої освіти [24]; представленні системи післядипломної освіти лікарів в Україні, аналізі досвіду розвинутих країн щодо підвищення рівня обізнаності лікарів з питань попередження негативного явища антибіотикорезистентності, із застосуванням практики дистанційного навчання [25]; аналізі системи післядипломної освіти лікарів в Україні, визначенні доцільності розширення практики самоврядних лікарських організацій як суб'єктів реалізації програм післядипломної медичної освіти [26]; обґрунтуванні

структури інформаційно-довідникового видання, відборі змісту видання, тлумаченні близько 250 понять [27]; формулюванні передмови, описі прикладів практичного застосування, підготовці ситуаційних завдань до самостійного розв'язання, підборі нормативного супроводу до розділів 1, 5, 7, 10, 12 [28]; формуванні переліків документів та зразків обліково-звітної документації щодо організації та проведення інтернатури [29]; розробці примірного розкладу роботи лікаря-інтерна під час очної частини інтернатури та форм обліку його виконання для викладачів та інтернів [30]; описі навчальної програми, підготовці теоретичних розділів 2, 3, 4, визначенні критеріїв оцінювання навчально-наукового проекту, укладенні додатків [31]; описі структури основних підрозділів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, обґрунтуванні базових принципів діяльності науково-дослідного центру безперервної професійної освіти [32]; визначенні блоків складових професійної компетентності лікаря (загальні, особливі, спеціальні), що мають бути сформовані після проходження інтернатури, визначенні доцільності застосування симуляційних технологій під час роботи з лікарями-інтернами з урахуванням андрагогічних особливостей роботи з дорослими-учнями [33].

Апробація результатів дослідження. Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дисертаційного дослідження апробовано на конференціях різного рівня: *міжнародних* – «Загальні аспекти інноваційного розвитку освітньої галузі в контексті міжнародного співробітництва України. General Aspects of Innovation Development of Education in the Context of International Cooperation of Ukraine» (Миколаїв, 2016), «World Congress on Medical Law and Bioethics» (Тель-Авів, 2018), «Пріоритети наукових досліджень – 2018: теоретична та практична цінність» (Новий Сонч, 2018), «ISPOR 2019» (Новий Орлеан, 2019); *всеукраїнських* – «Вища медична освіта: сучасні виклики та перспективи» (Київ, 2016, 2017, 2018), «Освітологія – 2019. Забезпечення якості вищої освіти в університеті: рух України до Європейського Союзу», (Київ, 2019); методологічному семінарі «Нові тенденції і явища у дитячому та молодіжному середовищі в Україні: цивілізаційний, культурологічний, інформаційний виміри» (Київ, 2017); *міжрегіональних* – «2018 Winter National Faculty Meeting» (Нашвілл,

2018), «Заклади охорони здоров'я і виробники лікарських засобів: ефективне співробітництво у процесі медикаментозного забезпечення населення України» (Київ, 2018), «Сучасні підходи щодо ведення вагітних групи високого ризику» (Київ, 2019).

Кандидатська дисертація: «Формування професійної компетентності майбутніх провізорів у вищих медичних навчальних закладах», захищена 06 лютого 2015 р. Матеріали кандидатської дисертації в тексті докторської дисертації не використовувалися.

Публікації. Основні результати дослідження викладено у 34 опублікованих працях. Серед них: 3 монографії (одна – одноосібна, дві – колективні), 2 навчальних посібники, 3 методичних рекомендації, 16 статей у фахових виданнях України, 5 статей у міжнародних виданнях, 2 статті у періодичних наукових виданнях, що індексуються у науково-метричній базі Scopus, 3 статті у збірниках матеріалів конференцій.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, п'яти розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (379 найменувань, із них 108 – іноземними мовами), додатків на 75 сторінках. Загальний обсяг дисертації 508 сторінок, основний зміст викладено на 358 сторінках. Робота містить 19 рисунків та 8 таблиць на 23 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ПІСЛЯДИПЛОМНА ОСВІТА ЛІКАРІВ ЯК ОБ'ЄКТ НАУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

У розділі представлено історико-педагогічний аналіз післядипломної освіти лікарів в Україні; схарактеризовано базові поняття дослідження; проаналізовано проблему післядипломної освіти лікарів у педагогічній теорії; розкрито концепцію дослідження післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

1.1. Історико-педагогічний аналіз післядипломної освіти лікарів в Україні

Проблемі становлення післядипломної освіти лікарів в Україні присвячено багато наукових досліджень, однак, питання щодо досвіду запровадження системної практики післядипломного навчання на базі медичних факультетів університетів все ще залишається вивченим недостатньо та обумовлює необхідність подальшого наукового пошуку щодо витоків становлення курсів підвищення кваліфікації дипломованих лікарів на межі XIX на XX століть [1].

Історія становлення системи професійної підготовки лікарів в Україні сягає своїми витокami XVI ст., коли відбулися перші спроби становлення освітніх закладів для підготовки лікарів без участі урядових структур. Зокрема, щодо становлення Острозької школи (1578-1625 рр.) та Замойської академії (1593-1784 рр.) силами тогочасних меценатів, а також Єлизаветської медико-хірургічної школи (1787-1797 рр.) за одноосібним рішенням князя Г.О. Потьомкіна. Окремо варто відзначити заснування у 1773 р. львівського «Колегіум медикум» за рішенням австрійського уряду [2, с. 132].

Офіційно перший медичний факультет на території України було відкрито у складі Харківського університету у 1806 р. До його структури увійшли шість кафедр, а саме: анатомії, фізіології та судової медицини, патології та терапії, хірургії, повивальної справи та жіночих хвороб, фармацевтичної справи,

ветеринарії. Однак, означені кафедри не були оснащені належним чином, зокрема були відсутні анатомічний театр, лабораторії, клініки, навчальні аудиторії, що сприяло виникненню думок щодо закриття новоствореного медичного осередку. Проте, було прийняте урядове рішення щодо збереження медичного факультету, у зв'язку з тим, що «...давно вже помітна серед українського юнацтва схильність до медичних наук, про це свідчить і той факт, що найбільша частина лікарів вийшла з Малоросії» [3, с. 256].

Так, саме з відкриттям медичного факультету в Університеті святого Володимира було розпочато не лише підготовку лікарів у Києві, але й здійснено перші спроби щодо удосконалення вже дипломованих спеціалістів. З 1843 р. відповідно до рішення уряду професори та доценти Університету святого Володимира були зобов'язані читати лекції з терапії та хірургії для військових лікарів [4].

У цей же період активний розвиток медичної науки обумовив нагальну потребу щодо становлення системи післядипломної освіти та вдосконалення професійних знань та умінь лікарів [4].

В Україні перша практика післядипломної медичної підготовки лікарів була запроваджена у 1889 р. членом Харківського медичного товариства професором В.П. Криловим, який у Харкові організував для земських лікарів на базі Пастерівської станції та Бактеріологічного інституту «повторительные и демонстративные курсы» з бактеріології (лексика збережена відповідно до оригіналу документа), «имеющие своей ближайшей задачей ознакомление с причинами заразных болезней, свойствами заразы, способами передачи и распространения ее, равно как и с мерами борьбы с эпидемиями» [5].

Крилов Володимир Платонович (1841-1906 рр.) лікар патологоанатомом, випускник Санкт-Петербурзької медико-хірургічної академії (1868 р.), доктор медицини (1870 р.). У 1871-1873 рр. працював прозектором кафедри судової медицини Варшавського університету, викладав приватну патологію і терапію. З 1873 по 1902 рр. працював професором кафедри патологічної анатомії медичного факультету Харківського університету [5].

Також В.П. Крилов відомий як засновник вітчизняної школи патоморфології та активний учасник громадського об'єднання лікарів «Харківського медичного товариства» [5].

У подальшому у 1897 р. справу В.П. Крилова у Києві продовжив його учень – професор В.К. Високович, який так само на базі Бактеріологічного інституту організував систематичні курси з теоретичної та практичної бактеріології, а у 1901 р. – перші в Російській імперії курси з патологічної анатомії для лікарів [4].

Високович Володими Костянтинович (1854-1912 рр.) лікар патологоанатом та мікробіолог, випускник Харківського університету (1876 р.), доктор медицини (1882 р.), учень професора В.П. Крилова [6, с. 30].

У 1877-1878 рр. В.К. Високович працював у воєнних госпіталях лікарем, прозектором, ординатором. З 1880 р. по 1894 р. працював у Харківському університеті на посадах асистента, приват-доцента, прозектора та екстраординарного професора кафедр патологічної анатомії та загальної патології. У 1895 р. був призначений ординарним професором кафедри патологічної анатомії Університету святого Володимира. Став засновником та завідувачем кафедри патологічної анатомії Жіночого медичного інституту (1908-1912 рр.), а також був директором Бактеріологічного інституту (1910 р.). Вперше у викладання курсу патологічної анатомії включив розділ бактеріології [6, с. 30-31].

Однак варто зазначити, що практика підвищення кваліфікації лікарів започаткована В.П. Криловим та В.К. Високовичем мала вузькоспеціалізований характер та не забезпечувала лікарів інших спеціальностей можливостями до професійного вдосконалення на території України. Саме тому, у листі піклувальника Київського навчального округу В.В. Вельямина-Зернова від 24 березня 1899 р. №3194 було порушено питання щодо облаштування при університетах спеціальних курсів для вдосконалення лікарів [7, с. 4].

Це була перша відома спроба щодо запровадження університетської практики підвищення кваліфікації лікарів в Україні. До цього на території Російської імперії єдиний спеціалізований заклад удосконалення лікарів

функціонував з 1885 р. у місті Санкт-Петербург та мав назву Клінічного інституту післядипломної медичної освіти імені Великої княгині Олени Павлівни [4].

Питання щодо можливості запровадження післядипломної підготовки лікарів в Університеті святого Володимира було доручено для опрацювання декану медичного факультету професору М.А. Тихомирову, який для детального вивчення ситуації своїм розпорядженням у 1900 р. створив особливу факультетську комісію під головуванням професора Г.Є. Рейна та у складі членів-професорів: К.Є. Вагнера, Л.О. Малиновського, В.Д. Орлова (секретар), О.Д. Павловського, В.Д. Чиркова [7, с. 7].

Тихомиров Михайло Андрійович (1848-1902 рр.) анатом, випускник Санкт-Петербурзької медико-хірургічної академії (1872 р.), доктор медицини (1880 р), учень професора Д.М. Зернова. У 1874-1890 рр. працював прозектором на кафедрі нормальної анатомії Московського університету. З 1890 р. екстраординарний, а з 1895 р. ординарний професор кафедри нормальної анатомії, з 1898 р. по 1902 р. – декан медичного факультету Університету святого Володимира [6, с. 177].

У різні роки М.А. Тихомиров очолював державні екзаменаційні комісії при Київському, Харківському, Московському та Казанському університетах. Власноруч виготовив 360 оригінальних анатомічних препаратів, які не поступалися за своєю високою технікою виконання препаратам Йосипа Гритля – видатного австрійського анатома та І.В. Буяльського – російського анатома і хірурга, одного із засновників топографічної анатомії в Росії Джерело: Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів Університету Св. Володимира [6, с. 177].

Рейн Георгій Єрмолайович (1854-1942/1943 рр.) лікар акушер-гінеколог, випускник Імператорської медико-хірургічної академії (1874 р.), доктор медицини (1876 р.), учень А.Я Крассовського, академік Імператорської Санкт-Петербурзької академії наук (1901 р.) [6, с. 136].

У 1874-1876 рр. Г.Є. Рейн працював ординатором акушерської клініки при Імператорській медико-хірургічній академії. У 1876-1878 рр. – хірург воєнного госпіталю восьмої діючої армії. Із 1878 р. по 1883 р. ординатор, а згодом приват-доцент кафедри акушерства і жіночих хвороб Медико-хірургічної академії. З

1883 р. по 1900 рр. працював на кафедрі акушерства та жіночих хвороб Університету святого Володимира спершу екстраординарним, а згодом ординарним професором та завідувачем кафедри. У 1886 р. заснував та очолив Київське акушерко-гінекологічне товариство за результатами діяльності якого було видано 12 томів «Протоколов заседаний акушерско-гинекологического общества в Киеве», які, за відгуками сучасників, являли собою справжній акушерсько-гінекологічний журнал та значно збагатили медичну літературу. Створив наукову школу, представники якої очолили кафедри в університетах Європи та Росії, зокрема професори Г.Г. Брюно, Н.К. Неєлов, Г.Ф. Писемський, А.А. Редліх, І.В. Судаков, Д.Д. Крилов, А.П. Яхонтов та інші. З 1900 р. по 1910 р. очолював кафедру акушерства і жіночих хвороб Петербурзької військово-медичної академії. У 1908 р. удостоєний звання Почесного лейб-хірурга Двору Його Імператорської Величності і дістав чин таємного радника. З 1909 р. – обраний почесним мировим суддею Острозького повіту. У 1916-1917 рр. був призначений головно-управляючим Державною охороною здоров'я, створеною за його проектом із усіма правами міністерства [6, с. 136-139].

Висновки комісії під керівництвом професора Г.Є. Рейна, що підтвердили доцільність і своєчасність створення курсів для лікарів усіх спеціальностей, були зроблені за результатами та на підставі детального та різнобічного розгляду та обговорення питань щодо відкриття курсів для лікарів. Так, комісією вивчались наявні сили та засоби для запровадження курсів для лікарів на базі Університету святого Володимира. Окрему увагу було приділено дослідженню матеріалів щодо існування подібних курсів у столицях та по за ними (Військово-медична академія, Клінічний інститут великої княгині Олени Павлівни, Університети, Бактеріологічний інститут тощо). [7, с. 7].

Враховуючи, що зміст післядипломної підготовки лікарів передбачав різноманітність навчальних курсів, їх професійну спеціалізацію та суттєве навчальне навантаження, комісією Рейна було запропоновано розглянути питання щодо створення особливого інституту для удосконалення лікарів. Даний інститут пропонувалось заснувати за зразком існуючого у Петербурзі та такого, що, на той час, організовувався у Москві. Зокрема, на думку комісії Рейна, створення

інституту для післядипломної підготовки лікарів передбачало виокремлення спеціального устаткування та персоналу. Для покриття фінансових витрат на заснування такого інституту у розмірі декількох сотень тисяч рублів пропонувалося долучити земства та інші зацікавлені установи, у якості викладачів запросити професорів та приват-доцентів Університету святого Володимира [7, с. 7].

Також, комісією Рейна розглядався варіант використання існуючих лікарняних приміщень для організації інституту, як то Лікарні для чорноробочих цесаревича Миколая (за умови згоди її адміністрації). Проте, у даному випадку відзначалася невідповідність умов, наявних у лікарні до таких, що забезпечать можливість проведення ефективних курсів, зокрема через недостатню чисельність ліжко-місця (лише 80) та у зв'язку з відсутністю викладацького приладдя [7, с. 8].

Для тимчасового забезпечення потреб тогочасної системи охорони здоров'я у дієвому механізмі підвищення кваліфікації лікарів комісією Рейна вбачалася організація загальної амбулаторії для поліклінічного викладання, за досвідом Відня. Витрати на заснування якої у випадку розміщення на університетській території, становили б близько 100 тисяч рублів [7, с. 7].

Комісією Рейна відзначалось, що у разі організації курсів наявними засобами та силами університету, обсяги здійснюваної післядипломної підготовки лікарів будуть недостатніми, у зв'язку зі значним навчальним навантаженням на викладачів від роботи з контингентом студентів. У разі відсутності можливостей щодо створення особливого інституту для післядипломної підготовки лікарів, комісією вбачалась потреба щодо розширення існуючих клінік, лабораторій та інших підрозділів Університету святого Володимира, зокрема збільшення кількості асистентів, ординаторів та лаборантів, що забезпечуватимуть належне функціонування означених структурних утворень [7, с. 4].

Однак, вбачаючи нагальність запровадження повторювальних курсів для лікарів, комісія Рейна дійшла висновку щодо можливості їх невідкладного запровадження, однак із обмеженням кількості слухачів та з можливістю залучення до викладацького процесу не лише приват-доцентів, але й старших

асистентів, ординаторів, лаборантів (за дозволом відповідного професора та виключно для проведення практичних занять) [7, с. 6].

З метою визначення фактичних можливостей щодо введення курсів для лікарів на кафедрах медичного факультету Університету святого Володимира комісією було розіслано 48 опитувальних листів до усіх професорів та приват-доцентів університету. Відповіді було отримано від 32 співробітників [7, с. 9].

Тривалість курсів, запропонована комісією, визначалась у розрахунку 6-8 тижнів (з 1 жовтня по 1 грудня – в осінній семестр та з 15 січня по 15 березня – у весняний семестр, у той же час деякі професори виявили бажання проводити заняття під час зимових канікул у період з 5 грудня по 15 січня) [7, с. 10].

По завершенню роботи комісії, про її результати ректором Університету святого Володимира професором Ф.Я. Фортинським було проінформовано піклувальника Київського навчального округу. Варто зазначити, що у його листі до В.В. Вельямина-Зернова було наголошено на нестачі коштів, відпущених медичному факультету навіть для задоволення його дійсних потреб, а також про неодноразові клопотання перед Міністерством народної освіти щодо додаткових асигнувань, які не були задоволені. Саме тому, у зверненні професора Ф.Я. Фортинського до Міністерства народної освіти, у якості тимчасової міри, було висловлено пропозицію щодо утворення земствами фонду для фінансування повторювальних курсів для лікарів при університетах [7, с. 12].

Варто зазначити, що висока нагальність та пріоритетність утворення спеціальних повторювальних курсів у той період підтверджується чисельними зверненнями піклувальника Київського навчального округу (зокрема від 16 жовтня 1902 р. №14046 та 18 листопада 1902 р. №15459) до ректора Університету святого Володимира щодо стану їх запровадження [7, с. 14, 16].

З доповідної декана медичного факультету ректору Університету святого Володимира від 26 листопада 1902 р. №980 дізнаємось, що не дивлячись на пропозиції пана міністра народної освіти, що були висловлені у листі від 16 березня 1899 р. №6467 стосовно започаткування післядипломної підготовки, спеціальні повторювальні курси для лікарів у той час все ще не були засновані [7, с. 15].

Однак, враховуючі обставини, що були пов'язані з революційними подіями в Росії, зокрема студентськими виступами 1899-1901 років, з огляду на низьке матеріальне забезпечення лікарів у цей період, а також у зв'язку з російсько-японською війною 1904-1905 рр. та революційними подіями 1905-1907 рр. [8, с. 113, 123], звернення професора М.А. Тихомирова щодо запровадження повторювальних курсів для лікарів було задоволено лише після його смерті у 1906 р., за часів деканства професора М.О. Оболонського.

Оболонський Микола Олександрович (1856-1913 рр.) – фахівець судової медицини, випускник Харківського університету (1880 р.), доктор медицини (1886 р), дійсний статський радник (1903 р.). У 1880-1881 рр. працював ординатором міської Олександрівської лікарні міста Харкова. З 1881 р. помічник прозектора, а з 1886 р. прозектор кафедри судової медицини Харківського університету. У 1887-1889 рр. проходив стажування у провідних вчених Європи. У 1889 р. був обраний на посаду завідувача кафедри судової медицини Університету святого Володимира, а також одночасно призначений завідувачем клінічним відділенням та ординатором Київського воєнного госпіталю. З 1902 р. по 1913 р. – декан медичного факультету Університету святого Володимира [8, с. 119].

Так, одним із нововведень, що відбулись за часів деканства професора М.О. Оболонського стало започаткування на базі Університету святого Володимира повторювальних курсів для лікарів. Зазначені курси були розраховані на шість тижнів та регламентувались особливими правилами – «Правила спеціальних и повторительных курсов для врачей при медицинском факультете Императорского Университета Св. Владимира» (див. додаток А), затвердженими товаришем міністра народної освіти П.П. Извольским [9, с. 572].

Досить цікавим, на наш погляд, є орієнтовний навчальний план підготовки лікарів на повторювальних курсах при Університеті святого Володимира (див. додаток Б), яку наведено у матеріалах за результатами роботи комісії під керівництвом професора Г.С. Рейна, зокрема наявність у ньому таких курсів як: анатомії; загальної діагностики; клінічних хвороб травного каналу; клінічної хірургії; гістології та патологічної гістології; патологічної анатомії з технікою

розтину трупів; оперативного акушерства з практичними вправами на фантомах та на трупах; діагностики у поліклініці жіночих хвороб; психіатрії; топографічної анатомії та оперативної хірургії; про смерть у наслідок асфіксії; діагностика хвороб серця та черевних органів з клінічними демонстраціями; способи санітарного викладання; інфекційних хірургічних хвороб; нервових хвороб; хвороб черевної порожнини (переважно новоутворень) та захворювань суглобів; дерматологічної та сифілідологічної клініки; особливості патології та терапії дитячого організму; клінічної мікроскопії; очних хвороб тощо [7].

Наведена структура повторювальних курсів вражає своєю різноманітністю, практичною спрямованістю та актуальністю у розрізі сучасних тенденцій освіти дорослих, зокрема щодо застосування практичних завдань із різних розділів медицини, що було відображено вже у самій назві предметів, визначених для опанування.

З огляду на зазначене, можна зробити висновок, що перший університетський осередок післядипломної освіти на території України було створено на базі медичного факультету Університету святого Володимира у 1906 р. [10].

Варто зазначити, що згадані вище правила передбачали запровадження повторювальних курсів з різних медичних предметів для окремих груп лікарів. Періодичність проведення курсів встановлювалась один раз на рік з 1 грудня по 15 січня. Можливість викладати на них надавалась професорам та приват-доцентам медичного факультету Університету святого Володимира [9, с. 573].

Для забезпечення організаційно-технічної сторони функціонування повторювальних курсів не було створено окремого підрозділу у вигляді деканату тощо. Організацію та ведення діловодства забезпечувала окрема комісія у складі трьох представників факультету, які мали заздалегідь розсилати викладачам опитувальні бланки щодо проваджуваних курсів та на підставі надісланих заяв формувати розклад навчання із зазначенням дати, часу та місця проведення лекцій чи практичних занять. Після затвердження розкладу факультетом, інформація щодо курсів поширювалась шляхом публікації у медичних чи загальних виданнях [9, с. 573].

Лікарі, які бажали стати слухачами повторювальних курсів мали на загальних підставах подати клопотання ректору та чекати його рішення щодо видачі «вхідних білетів». Передбачалось, що викладачам, заняття яких бажали відвідати слухачі повторювальних курсів, буде нараховуватись особлива плата з розрахунку 1 рубль за тижневий час кожного курсу. 25% від зазначеної суми йшла на покриття витрат з організації практичних занять лікарів у лікувально-допоміжних установах університету, а також на утримання канцелярії курсів [9, с. 573].

У даному контексті, вважаємо за необхідне відзначити фінансову витратність запровадження інноваційної практики повторювальних курсів для лікарів. Для прикладу, заробітна платня земських лікарів становила близько 100 рублів на місяць (при цьому відпустки, у теперішньому розумінні із виплатою відпускних, не існувало), з яких близько 25 рублів середньостатистична родина витрачала на продукти харчування, 10-20 рублів – на оренду квартири (у містах), 3-5 рублів – на опалення та 1 рубль – на освітлення [11, с. 84].

Післяреволюційний час ознаменувався створенням у 1918 р. інноваційного освітнього закладу – Клінічного інституту удосконалення лікарів (нині – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика), основним завданням якого було визначено спеціалізацію лікарів у галузі практичної та теоретичної медицини, загальне медичне стажування молодих фахівців, а також організація періодичних повторювальних курсів для лікарів, що фактично відповідає сучасним уявленням про післядипломну підготовку у галузі медицини [12, с. 48-55].

Варто відзначити, що час заснування першого спеціалізованого відокремленого закладу післядипломної освіти лікарів в Україні співпав із проголошенням рішення Четвертого універсалу від 22 (9 – за старим стилем) січня 1918 р. Української Народної Республіки – «самостійної, ні від кого не залежної, вільної, суверенної держави українського народу» [13, с. 576].

У подальшому, процес заснування спеціалізованих осередків післядипломної медичної освіти поширився на інші українські міста. Так, у 1923 р. було засновано Харківський інститут удосконалення лікарів (нині –

Харківська медична академія післядипломної освіти) [14], а у 1926 р. – відкрито клінічний інститут удосконалення лікарів у місті Одеса (нині – Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України») [15]. Отже, даний факт можна вважати початком повномасштабного поширення практики післядипломної підготовки лікарів в Україні, що надалі набувала свого поширення у вже існуючих медичних навчальних закладах.

Говорячи про особливості функціонування закладів післядипломної освіти того часу, необхідно звернути увагу, що до 1960-тих рр. їх діяльність була спрямована виключно на підвищення кваліфікації практикуючих лікарів. У той час, як поняття первинної однорічної спеціалізації в інтернатурі з'явилося лише у 1967 р., відповідно до постанови Ради Міністрів Союзу Радянських Соціалістичних Республік від 10 лютого 1967 № 130 «Об организации, в виде опыта, одногодичной специализации (интернатуры) выпускников ряда медицинских институтов», у якості трьохрічного експерименту щодо основних клінічних спеціальностей випускників лікувальних факультетів (зокрема лікарів-терапевтів дільничних, педіатрів та лікарів швидкої допомоги) деяких медичних закладів вищої освіти [16].

На підставі зазначеної постанови було розроблено низку нормативних документів, що врегульовували порядок проходження інтернатури випускниками медичних закладів вищої освіти, у тому числі на території радянської України, зокрема: спільний наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР № 240 та Міністерства вищої і середньої спеціальної освіти СРСР № 187 від 27 березня 1967 р. «Об утверждении Положения об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников лечебных и педиатрических факультетов медицинских институтов», який у подальшому був замінений наказом Міністерства охорони здоров'я СРСР № 730 та Міністерства вищої і середньої спеціальної освіти СРСР № 670 від 04 вересня 1972 р. «О Положении об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников лечебных и педиатрических факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов». Таким чином, нашу увагу привертає той факт, що на

етапі запровадження інтернатури вона перебувала у подвійному підпорядкуванні як Міністерства охорони здоров'я СРСР так і Міністерства вищої і середньої спеціальної освіти СРСР. Такий стан речей має місце до моменту прийняття у 1982 р. нового положення «О мерах по дальнейшему улучшению подготовки врачебных кадров в интернатуре, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я СРСР від 20 січня 1982 р. №44 [17].

Зокрема у новому положенні закріплювалось, що однорічна інтернатура є обов'язковою післядипломною формою продовженням первинної спеціалізації, розпочатої на випускному курсі медичного інституту після завершення якої лікарям-інтернам присвоюється кваліфікація лікаря-спеціаліста за певною спеціальністю. Також варто звернути увагу, що відповідно до нового положення підготовка лікарів в інтернатурі здійснювалась лише на базі закладів охорони здоров'я, у той час, як заклади післядипломної медичної освіти мали надавати їм дієву допомогу щодо організації інтернатури, її методичного керівництва та контролю за її проведенням, а також на обов'язковій основі започаткувати проведення регулярних навчально-методичні конференції для інтернів та їх керівників [17].

З часів незалежності України було три редакції Положень про інтернатуру (Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних і фармацевтичних інститутів, медичних факультетів університетів, затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02 квітня 1992 № 53 [18]; Положення про первинну спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних (фармацевтичних) вищих навчальних закладів України, затверджене наказом Міністерства охорони здоров'я України від 20 червня 1994 р. № 104 [18]; Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів від 19 вересня 1996 р. № 291 [18]). Що стосується повноважень закладів вищої освіти щодо організації та забезпечення процесу навчання в інтернатурі, то вони були вперше закріплені у положенні 1994 р. та зберігаються і на зараз.

Нині в Україні існує розгалужена система післядипломної освіти лікарів. Так, окрім згаданих вище спеціалізованих закладів післядипломної медичної освіти у більшості медичних закладів вищої освіти створені спеціалізовані навчально-наукові інститути післядипломної освіти, що організаційно об'єднують у своїй структурі профільні кафедри післядипломної освіти, а також інші підрозділи, що провадять освітню і наукову діяльність (центри, лабораторії тощо), спрямовану на становлення та удосконалення професійної компетентності фахівців охорони здоров'я.

Варто зазначити, що на відміну від часів заснування повторювальних курсів для лікарів при Університеті святого Володимира, які були надзвичайно актуальними для того часу, однак не мали обов'язкового характеру, сьогодні, відповідно до Міжнародних стандартів в медичній освіті (Всесвітня Федерація медичної освіти, Копенгаген, 2003) післядипломна освіта є обов'язковим елементом підготовки лікарів в усьому світі та являє собою етап професійного становлення, спрямований на здобуття самостійного практичного досвіду на основі раніше здобутої базової кваліфікації та є нормативно закріпленою передумовою для провадження самостійної медичної практики [19, с. 5].

Так, в Україні, відповідно до кваліфікаційних вимог для лікаря необхідною є вища освіта за спеціальністю «Медицина», а також спеціалізація за певною спеціальністю медичного профілю (інтернатура, курси спеціалізації), що посвідчується наявністю сертифіката лікаря-спеціаліста [20].

Таким чином, зазначена вище теза стандарту Всесвітньої Федерації медичної освіти має своє нормативне відображення в Україні та передбачає обов'язкове проходження післядипломної підготовки для лікарів усіх спеціальностей – спеціалізації, що є нормативно визначеним «допуском» до самостійної професійної діяльності.

Відповідно до визначення Закону України «Про вищу освіту» від 04 серпня 2015 р. післядипломна освіта розглядається як «спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її професійних знань, умінь та навичок або отримання іншої професії,

спеціальності на основі здобутого раніше освітнього рівня та практичного досвіду» [21].

Сьогодні в Україні існують такі форми післядипломної освіти лікарів як: інтернатура, клінічна ординатура та циклова підготовка.

Як зазначено у «Положенні про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації медичних факультетів університетів», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 вересня 1996 р. №291 інтернатура (спеціалізація) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників медичних закладів вищої освіти основним завданням якої є підвищення рівня практичної підготовки медичних закладів вищої освіти та формування їх професійної готовності до самостійної лікарської діяльності. Тривалість навчання в інтернатурі становить від 1 до 3 років, залежно від спеціалізації. Після закінчення інтернатури випускникам присвоюється кваліфікація лікаря-спеціаліста з певної спеціальності [125].

Наступною формою післядипломної освіти є клінічна ординатура, що відповідно до «Положення про клінічну ординатуру», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 лютого 1998 р. №12 є вищою формою підвищення кваліфікації лікарів-спеціалістів з певного фаху. На відміну від інтернатури, клінічна ординатура не є обов'язковою формою післядипломної освіти та передбачає конкурсну процедуру зарахування. До участі у конкурсі допускаються лікарі, які мають стаж роботи за спеціальністю клінічної ординатури понад три роки. В окремих випадках, до навчання в клінічній ординатурі вченою радою вищого закладу освіти можуть бути рекомендовані лікарі, які успішно закінчили інтернатуру та не мають необхідного стажу практичної роботи. Тривалість навчання в клінічній ординатурі становить 2 роки. Після закінчення клінічної ординатури лікарям видається свідоцтво, встановленого зразка, що посвідчує факт успішного проходження повного курсу з певної спеціальності. Клінічні ординатори, які під час навчання виявили здібності до науково-дослідної роботи, можуть бути рекомендовані вченою радою вищого закладу освіти до участі у конкурсі до аспірантури [22].

Циклова підготовка здійснюється на курсах спеціалізації та передатестаційних циклах, тривалість яких визначається навчальним планом та програмою.

Що стосується видів післядипломної освіти, то відповідно до «Положення про післядипломне навчання лікарів (провізорів)», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22 липня 1993 р. №166 серед них визначено наступні [23]:

1. Спеціалізація, що має на меті набуття лікарем однієї з визначених Міністерством охорони здоров'я України спеціальностей та може бути реалізована у формі інтернатури (первинної спеціалізації), а також циклової підготовки на циклах спеціалізації та перепідготовки після закінчення інтернатури з основної спеціальності (вторинна спеціалізація).

2. Удосконалення, що здійснюється з метою підвищення професійних знань та навичок лікарів, а також підтримання сучасного рівня їх підготовки на циклах тематичного удосконалення, що передбачають підвищення кваліфікації з окремих розділів відповідної спеціальності, а також передатестаційних циклах.

3. Курси інформації та стажування, основним завданням яких є вивчення актуальних теоретичних питань і набуття практичних навиків з відповідного розділу спеціальності.

4. Підвищення кваліфікації за місцем роботи, що передбачає систематичну самоосвіту і постійну практичну діяльність з отриманої спеціальності.

Аналізуючи положення Закону України «Про вищу освіту» (2014 р.) серед можливих форм післядипломної освіти знаходимо лікарську резидентуру, що є формою спеціалізації лікарів-спеціалістів за певними лікарськими спеціальностями виключно на відповідних клінічних кафедрах університетів, академій та інститутів для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста згідно з переліком лікарських спеціальностей, затвердженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [21].

Однак, необхідно зазначити, що на сьогодні означена форма післядипломної освіти не має практичної реалізації у нашій державі, а її основні організаційні засади висвітлюються лише у проекті «Положення про лікарську резидентуру»,

оприлюдненого до громадського обговорення на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України. Так, у якості основного завдання лікарської резидентури визначено поглиблення рівня практичної підготовки лікарів, оволодіння певним рівнем професійних умінь, практичних навичок, обов'язків та компетенцій в межах певної лікарської спеціальності, необхідних для самостійної лікарської діяльності за певним фахом. Право вступу до лікарської резидентури передбачається для лікарів-спеціалістів, які завершили підготовку в інтернатурі. Тривалість навчання складає 2 роки. Перелік спеціальностей лікарської резидентури та порядок їх відповідності базовим спеціальностям інтернатури визначається Міністерством охорони здоров'я України [24].

Таким чином, на відміну від клінічної ординатури, яка спрямована на підвищення кваліфікації лікаря з наявної спеціальності лікарська резидентура передбачає опанування нового, більш вузького фаху та має замінити існуючі не довготривалі (до 6 місяців) цикли спеціалізації.

Розглядаючи основні поняття, що характеризують види та форми післядипломної підготовки лікарів, ми можемо констатувати їх організаційну складність, хронологічну послідовність та значну тривалість у порівнянні з післядипломним етапом підготовки фахівців інших спеціальностей. Значною мірою така ситуація обумовлена особливостями медичної діяльності, а саме необхідністю забезпечувати профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами. Так, статтею 78 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я» закріплено основні обов'язки медичних і фармацевтичних працівників у нашій державі, зокрема [25]:

- сприяти охороні та зміцненню здоров'я людей, запобіганню і лікуванню захворювань, надавати своєчасну та кваліфіковану медичну і лікарську допомогу;
- безоплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях;
- поширювати наукові та медичні знання серед населення, пропагувати, в тому числі власним прикладом, здоровий спосіб життя;

- дотримувати вимог професійної етики і деонтології, зберігати лікарську таємницю;
- постійно підвищувати рівень професійних знань та майстерності;
- надавати консультативну допомогу своїм колегам та іншим працівникам охорони здоров'я.

Однак, варто відзначити, що на сучасному етапі суспільного розвитку, що характеризується стрімкими інформаційними, суспільними та технічними перетвореннями, післядипломна освіта лікарів потребує серйозної трансформації від нормативно обумовленого механізму періодичного оновлення та атестації професійних знань та умінь лікарів до системи безперервного професійного розвитку фахівців галузі охорони здоров'я, спрямованої на постійне удосконалення, актуалізацію та підтримання лікарської компетентності, що передбачає відповідність фахівців найвищим світовим медичним та соціальним стандартам.

У цьому контексті нагальною є постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я», що зокрема передбачає перегляд існуючої системи удосконалення лікарів на етапі після завершення інтернатури, зокрема шляхом активізації їх неформальної та інформальної освітньої діяльності упродовж всього п'ятирічного періоду між обов'язковими атестаціями лікарів, що зокрема відобразатиметься в особистому освітньому портфоліо фахівця. Також, відповідно до зазначеного документу значною мірою розширюється перелік надавачів послуг інформальної освіти, так зокрема до нього потрапили на рівні із Міністерством охорони здоров'я України та профільними закладами вищої освіти професійні асоціації та спілки, громадські організації, міжнародні організації, їх представництва в Україні, міжнародні професійні асоціації, українські установи та організації, акредитовані міжнародними асоціаціями в галузі безперервної медичної освіти, тощо [26].

На нашу думку, зазначені кроки щодо удосконалення системи післядипломної медичної освіти, зокрема щодо безперервного професійного розвитку лікарів є надзвичайно важливими та актуальними у контексті

євроінтеграційного вектору України, зокрема з позиції реалізації положень академічної мобільності, у тому числі серед дипломованих фахівців, що значною мірою сприятиме міжнародному обміну досвідом та найновішими досягненнями у галузі медицини серед практикуючих лікарів, у тому числі із застосуванням телекомунікаційних технологій.

Таким чином, проведений нами історико-педагогічний аналіз становлення післядипломної освіти лікарів в Україні, дозволяє виділити такі основні періоди її становлення, як: *госпітальний, ранній університетський, університетський*.

Госпітальний період визначено нами як проміжок часу від 1889 по 1906 рр., що ознаменувався заснуванням членом Харківського медичного товариства професором В.П. Криловим новаторської практики післядипломної підготовки в Україні у вигляді повторювальних і демонстративних курсів з бактеріології для земських лікарів на базі Пастерівської станції та Бактеріологічного інституту. Також у цей період професором В.К. Високовичем 1897 році на базі Бактеріологічного інституту у м. Києві було організовано систематичні курси з теоретичної та практичної бактеріології для лікарів, а в 1901 р. – перші повторювальні курси з патологічної анатомії.

Наступний період, що визначений нами як *ранній університетський* охоплює проміжок часу з 1906 по 1918 рр. адже саме у цей період було засновано перший в історії України університетський осередок післядипломної освіти лікарів, що був організований та розміщений на базі Університету святого Володимира у м. Києві та реалізований у вигляді шеститижневих повторювальних курсів по різних медичних предметах для окремих груп лікарів.

Університетський період, який визначено нами з 1918 рр. по теперішній час, розпочався зі створенням інноваційного освітнього закладу – Клінічного інституту удосконалення лікарів (нині – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика), основним завданням якого стала спеціалізація лікарів у галузі практичної та теоретичної медицини, загальне медичне стажування молодих фахівців, а також організація періодичних повторювальних курсів для лікарів [12] та набув свого розвитку із подальшим заснуванням спеціалізованих осередків післядипломної медичної освіти в інших

українських містах, зокрема у 1923 р. Харківського інституту удосконалення лікарів (нині – Харківська медична академія післядипломної освіти) та у 1926 р. Клінічного інституту удосконалення лікарів у місті Одеса (нині – Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»).

У період незалежності України в контексті організаційних перетворень у вищій освіті: впроваджено ступеневу вищу освіту, упорядковано напрями підготовки і спеціальності вищої освіти; трансформовано типи закладів вищої освіти. Охарактеризовано зміни у вищій медичній і післядипломній освіті. У 90-ті роки ХХ ст. – на початку ХХІ ст. запроваджено форми (інтернатура, клінічна ординатура та циклова підготовка) і види післядипломної освіти (спеціалізація, удосконалення, стажування, підвищення кваліфікації); відбувалась розбудова спеціалізованих освітніх інституцій (медичні інститути набули статусу університетів). Відбувається стандартизація медичної освіти шляхом упровадження державної атестації для випускників медичних спеціальностей у формі стандартизованого тестового та практично орієнтованого державних іспитів. Удосконалено систему підготовки фахівців для галузі охорони здоров'я шляхом запровадження ступеневої освіти (освітньо-кваліфікаційні рівні молодших спеціалістів, бакалаврів, спеціалістів, магістрів медицини), визначенням вимог до терміну і змісту до- та післядипломної підготовки лікарів. Таким чином, можна відзначити розвиток післядипломної медичної освіти на теренах України, зокрема шляхом запровадження обов'язкових програм післядипломної підготовки лікарів, а також створення та розбудови спеціалізованих освітніх інституцій.

Відтак, практика післядипломної освіти лікарів в Україні має свої історично сформовані особливості, що з урахувань сучасних організаційно-управлінських тенденцій щодо її реформування закладають надійний базис для створення ефективної системи неперервного розвитку медичних працівників упродовж всього їх професійного життя.

1.2. Характеристика базових понять дослідження

З метою ґрунтовного вивчення теоретичних і методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету необхідно здійснити характеристику базових понять.

З урахуванням завдань дослідження, аналіз базових понять здійснюється нами на основі словникових тлумачень, наукових праць та нормативно закріплених визначень.

Погоджуючись з думкою, І.В. Соколової, для забезпечення цілісності сприйняття предмета нашої роботи ми будемо дотримуватись логічної послідовності висвітлення результатів аналізу понятійного апарату [27, с. 14], зокрема формально-логічних законів щодо побудови і зв'язку думки із дотриманням визначеності, несуперечності, послідовності і обґрунтованості [28].

Відтак, необхідним постає визначення базових понять, пов'язаних із об'єктом нашого дослідження через систему родо-видових відношень. Так центральним поняттям виступає «післядипломна освіта лікарів», що формується з таких лексичних одиниць, як: «неперервна освіта», «професійна освіта», «професіоналізм», «післядипломна освіта», «неперервний професійний розвиток», «компетенція», «компетентність», «професійна компетентність», а також дефініцій, що розкривають специфіку післядипломної освіти лікарів: «інтернатура», «лікарська резидентура», «спеціалізація», «клінічна ординатура», «підвищення кваліфікації».

У даному контексті важливим та беззаперечним є факт, відзначений Я.В. Цехмістером, що освіта є стратегічним ресурсом поліпшення добробуту людей, забезпечення національних інтересів, зміцнення авторитету і конкурентоспроможності держави на міжнародній арені [29, с. 24].

Зазначимо, що в умовах сьогодення світовим пріоритетом є не лише забезпечення умов для здобуття базової чи навіть професійної освіти, але формування середовища, сприятливого для реалізації парадигми освіти упродовж всього життя, як неперервного процесу, що стимулює людей до соціального, культурного та професійного зростання [30].

Відтак, важливим при розгляді стрижневого для дослідження поняття «післядипломна освіта лікарів» є його сприйняття крізь призму неперервності освіти.

Привертає увагу твердження В. Ленца наведене у дослідженні Л.Б. Лук'янової щодо двох облич позитивного навчання, адже, як зазначає вчений з одного боку – сама по собі освіта дає мало шансів на ринку праці, проте, з іншого боку – надійне робоче місце в майбутньому можна отримати лише через освіту упродовж життя [31, с. 190].

Варто зазначити, що вперше поняття «неперервна освіта» було представлено на форумі Організації Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО) у 1965 р. видатним теоретиком П. Ленграндом, який зазначив, що в центрі всіх освітніх перетворень стає людина, якій необхідно створити умови для повного розкриття її здібностей протягом усього життя [29, с. 28].

Відповідно до Національної доктрини розвитку освіти, затвердженої указом Президента України від 17 квітня 2002 р. неперервна освіта в Україні реалізується шляхом [32]:

- забезпечення наступності змісту та координації навчально-виховної діяльності на різних ступенях освіти;
- формування потреби та здатності особистості до самоосвіти;
- оптимізації системи перепідготовки працівників і підвищення їх кваліфікації, модернізації системи післядипломної освіти;
- створення інтегрованих навчальних планів і програм;
- формування та розвитку навчальних науково-виробничих комплексів ступеневої підготовки фахівців;
- запровадження та розвитку дистанційної освіти;
- організації навчання відповідно до потреб особистості і ринку праці з використанням усієї різноманітності ступенів та форм освіти;
- забезпечення зв'язку між усіма освітніми рівнями.

Отже, ми бачимо, що ефективність функціонування будь-якої системи, у тому числі і неперервної освіти, залежить від оптимальності її структури в цілому,

її окремих складових та взаємозв'язку між ними, зокрема [29, с. 24]. Дане бачення є надзвичайно важливим при удосконаленні окремих освітніх підсистем, адже у разі його провадження без урахування принаймні мінімально ефективної взаємодії з іншими ланками цілісність системи неперервної освіти може бути порушена.

Відповідно до визначення Р. Даве, неперервна освіта – це процес особистого, соціального та професійного розвитку індивіда протягом його життя, здійснюваний з метою удосконалення якості життя як окремої особистості, так і суспільства. Це всеосяжна й об'єднуюча ідея, що охоплює формальне, неформальне й інформальне навчання, здійснювана з метою досягнення як найповнішого розвитку різноманітних сторін життя на різних його етапах [33, с. 34].

Зміст цих понять розкривається для нас Європейським центром розвитку професійної освіти (Cedefop) для країн Європейського Союзу. Так формальне навчання визначається ними як здійснюване в структурованому та організованому середовищі (в закладі освіти, центрі навчання або на робочому місці) і чітко позначається як навчання (з точки зору завдань, тривалості або ресурсів). Неформальне навчання засноване на запланованій діяльності, яка явно не позначена як навчання (з точки зору завдань, тривалості навчання або підтримки тих, хто навчається), але яка містить значимий навчальний елемент, але зазвичай не завершується сертифікацією. Інформальне або спонтанне навчання є результатом повсякденної діяльності, пов'язаної з роботою, сім'єю або дозвіллям. Воно не структуроване і не організоване [34, с. 16].

Загалом, для розвитку неперервної освіти особливого значення набули 25 принципів, визначених у дослідженні Р. Даве, зокрема [35, с. 134-135]: освіта протягом усього життя людини; розуміння освітньої системи як цілісної структури, що об'єднує всі освітні рівні та форми; інтеграція в систему просвіти формальних, неформальних і позаінститутських форм освіти; горизонтальна інтеграція: дім – сусіди – місцева соціальна сфера – суспільство – світ праці – засоби масової інформації – рекреаційні, культурні, релігійні організації тощо; зв'язок між предметами, які вивчаються; зв'язок між різними аспектами розвитку

людини; вертикальна інтеграція: зв'язок між окремими етапами освіти – дошкільною, шкільною, позашкільною; між різними рівнями та предметами на окремих етапах; між різними соціальними ролями, що реалізуються людиною на окремих етапах життєвого шляху; між різними якостями розвитку людини (якості, що проявляються в певному часі, такі як фізичний, моральний, інтелектуальний розвиток тощо); універсальність і демократичність освіти; можливість створення альтернативних структур для здобуття освіти; узгодженість загальної та професійної освіти; акцент на самоуправління; акцент на самоосвіту, самовиховання, самооцінку; індивідуалізація навчання; навчання різних поколінь; розширення світосприйняття; полідисциплінарність знань, їх якість; гнучкість і різноманітність змісту, засобів і методик, часу та місця навчання; динамічний підхід до знань – здатність до асиміляції нових досягнень науки; удосконалення вміння навчатися; стимулювання мотивації до навчання; створення відповідних умов та атмосфери для навчання; реалізація творчого й інноваційного підходів; полегшення зміни соціальних ролей у різні періоди життя; пізнання та розвиток власної системи цінностей; підтримка та покращення якості індивідуального і колективного життя шляхом особистісного, соціального й професійного розвитку; розвиток суспільства, яке виховує і навчає; вчитися для того, щоб «бути» і «стати» кимось; системність принципів освітнього процесу.

Розглядаючи поняття неперервної освіти М.М. Солдатенко зазначає, що з огляду на її «відкритий» характер, відсутність організованого впливу на особистість, необмежену тривалість у часі, а також органічну залежність від умов життя і виробництва втрачається власне просвітницький характер поняття освіти, адже у такому випадку вона стає способом життя людини, однією з форм її практичної діяльності [36, с. 241-242].

У нашому дослідженні ми спиралися на визначення поняття «неперервна освіта», запропоноване В.ф. Гумбольдом, який розглядає її як безкінечне пізнання світу під час якого відбувається розвиток особистості [37, с. 615], що є вкрай важливим не лише з позиції здобуття нових та осучаснення наявних знань та навичок, але й при візуалізації особистісного та професійного зростання крізь призму власного життєвого досвіду, що є надзвичайно актуальним для лікарів.

Вважаємо за доцільне навести слова видатного кардіохірурга М.М. Амосова, який у своєму творі «Думки і серце» зазначає, що так звана «лікарська інтуїція» ні що інше, як інформація частко оброблена у підсвідомості дуже досвідченого лікаря, що створює ілюзію того, що діагноз ніби народжується випадково, з нічого [38, с. 50].

Однак, з огляду на те, що поняття неперервної освіти є досить широким та може бути розглянуто лише крізь призму професійного зростання фахівця, на нашу думку, необхідним є аналіз поняття «професійна підготовка».

Так, професійна підготовка тлумачиться як сукупність спеціальних знань, навичок, вмінь, якостей, трудового досвіду та норм поведінки, що є передумовами для успішної професійної діяльності фахівця, а також система організаційних заходів, що сприяють формуванню знань, умінь, навичок та професійної готовності до трудової діяльності [27, с. 1].

На думку психологів, професійна підготовка є засобом стимулювання індивідуального потенціалу особистості, її пізнавальної та творчої активностей на основі здобутих загальнонаукових та професійно значущих знань, вмінь та навичок [39].

У свою чергу ми погоджуємося з думкою В.А Семиченко, наведеною у дослідженні І.В. Соколової щодо сутності професійної підготовки, що розглядається у декількох вимірах: як процес професійного становлення майбутніх фахівців; як мету і результат діяльності закладу вищої освіти; з позиції залучення студента до навчально-виховної діяльності [27, с. 19]

Професіоналізм, як інтегральну характеристику поняття професійної підготовки представляє у своєму дослідженні Л.П. Сущенко, так вчена вважає, що саме завдяки ньому фахівець стає конкурентоспроможним на ринку праці [40, с. 28].

У тлумачному словнику професіоналізм трактується як оволодіння основами і глибинами якої-небудь професії [41, с. 508].

За визначенням з «Енциклопедії освіти» професіоналізм – це сформована в процесі навчання та практичної діяльності готовність до компетентного виконання функціональних обов'язків, які оплачуються; рівень майстерності у

професійній діяльності, що відповідає рівню складності роботи; сукупність знань, навичок поведінки та дій, що свідчать про професійну підготовку, навченість, придатність людини до виконання професійних функцій [42, с. 742].

Хочемо ще раз відзначити відому тезу про те, що професіоналами не народжуються, ними стають у процесі професійного розвитку та вдосконалення [43, с. 121]. Підтвердження щодо справедливості даного висловлювання знаходимо у психологічному словнику, де поняття «професіоналізм» визначено як підготовленість до виконання завдань професійної діяльності; передумовою професіоналізму є достатньо високий розвиток професійно важливих якостей особистості [44, с. 283].

Професіоналізм у сучасному світі передбачає не лише володіння на високому рівні професійними технологіями, а й усвідомлення особистої відповідальності за свою діяльність, здатність до прогнозування наслідків, які вона може спричинити, усвідомлення гуманістичної ролі будь-якої діяльності [45, с. 171].

Також нашу увагу привертає визначення професіоналізму як інтегральної характеристики індивідуальних, особистісних і суб'єктивно-діяльнісних якостей, що розглядається як цілісне утворення, яке дає можливість на максимальному рівні успішно вирішувати завдання, котрі є типовими для тієї галузі, в якій працює спеціаліст [46, с. 137].

С.А. Дружилов розглядає професіоналізм з позицій системного підходу визначаючи його як динамічний стан людини. Так, з огляду на особливості, притаманні різним фазам розвитку фахівця, відзначаються зміни у структурі професіоналізму, зокрема щодо складу системоутворюючих елементів та зв'язків між ними [47].

Фаза екстенсивного розвитку, що характеризується накопиченням знань, формуванням вмінь і навичок передбачає утворення у структурі професіоналізму нових елементів зі слабкими внутрішніми зв'язками. Професійна діяльність фахівця під час даної фази визначається нестійкими характеристиками результативності діяльності, мотивацією до її здійснення [47].

Наступною є фаза інтенсивного розвитку, що характеризується аналізом та відбором елементів, які є необхідними для забезпечення успішної діяльності під час якої відбувається збільшення кількості елементів у структурі професіоналізму та зміцнення зв'язків між ними. Під час даної фази відбувається індивідуалізація професійної діяльності, що набуває стабільного характеру [47].

Фаза стагнації, що характеризується накопиченням деструктивних елементів, які є наслідком негативного індивідуального та узагальненого досвіду має «переломний» характер. Так, у разі, якщо у майбутнього фахівця мотивація до професійного розвитку є недостатньою, відбувається незворотній розрив зв'язків між елементами професіоналізму. Наслідки проявляються як на рівні особистості професіонала так і на рівні показників діяльності [47].

Що стосується наступної фази – деградації, що характеризується зменшенням елементів у структурі професіоналізму та розривом зв'язків між ними, то під час неї основні зміни притаманні саме особистісному відношенню, ставленню та світогляду фахівця [47].

Таким чином, розглядаючи професійну освіту з позиції формування здатності фахівця до виконання своїх професійних обов'язків необхідно відзначити особливу роль післядипломної освіти у процесі становлення професіоналізму лікарів, які здобувають спеціалізацію, опановуючи окремий обраний фах саме на етапі післядипломного навчання удосконалюючи його вже на етапі неперервного професійного розвитку.

Відповідно до законодавства України післядипломна освіта – це спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її професійних знань, умінь та навичок або отримання іншої професії, спеціальності на основі здобутого раніше освітнього рівня та практичного досвіду, у тому числі здобуття другої (наступної) вищої освіти [21].

Однак, варто зазначити, що з урахуванням особливостей підготовки лікарів, післядипломна медична освіта, тлумачиться як обов'язків етап медичної освіти, де лікарі після отримання базової медичної кваліфікації стажуються і набувають досвіду для самостійного надання медичної допомоги населенню [48, с. 78].

Відтак, ми можемо констатувати, що очевидними постають полісемантичність і поліфункціональність поняття «післядипломна освіта», саме тому, на нашу думку, необхідно зробити наголос на розмежуванні понять «післядипломна освіта» та «неперервний професійний розвиток» саме у контексті підготовки лікарів, адже відповідно до стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти дані поняття не є тотожними [48].

Так, як вже зазначалося, післядипломна медична освіта має на меті саме отримання професійного досвіду і юридичного права на самостійну медичну практику відповідно до здобутої на цьому етапі спеціалізації (лікарського фаху), а відтак має чітко визначену тривалість, зміст та компонентну структуру, закріплену у навчальних планах та програмах підготовки [48, с. 96, 100].

Що стосується неперервного професійного розвитку, то законодавець визначає дане поняття як безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття вищої та/або післядипломної освіти, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності і триває впродовж усього періоду його професійної діяльності [49].

Варто зазначити, що, на нашу думку, у нормативно закріплених визначеннях наведених понять існує змістова колізія, що пов'язана з недостатньо чітким визначенням мети кожного з складників освіти дорослих. Однак, безпосередньо розглядаючи систему освіти у галузі охорони здоров'я мета та завдання неперервного професійного розвитку є чіткими та зрозумілими, а також можуть бути легко відмежованими від таких у післядипломній освіті. Наочним та зрозумілим для даного випадку є приклад наведений І.А. Зязюном, згідно з яким післядипломна освіта може бути розглянута нами як «динаміка руху по вертикалі», що супроводжується здобуттям індивідом нових освітніх кваліфікацій та спеціальностей, у той час, як неперервний професійний розвиток наочно зображується як «динаміка руху по горизонталі», коли лікар залишаючись на одному й тому ж формальному рівні удосконалює свою професійну компетентність [50, с. 15].

Відтак, неперервний професійний розвиток лікарів, що розпочинається на етапі самостійної медичної практики має на меті підтримання та удосконалення професійної компетентності лікаря, зокрема шляхом перегляду, поглиблення, розширення та оновлення знань, навиків, професійних [48, с. 104] та соціальних орієнтирів з урахуванням вимог часу.

Окремо, вважаємо за необхідне звернути увагу на те, що не дивлячись на розбіжності у орфографічному зображенні поняття, що визначає сталість процесів освіти та професійного розвитку, зокрема його представлені у таких синонімічних словникових формах як «безперервність» та «неперервність» у нашому дослідженні ми будемо використовувати саме поняття «неперервності» як таке, що на нашу думку, найбільш коректно розкриває постійність саме освітніх явищ та процесів як таких, що, безумовно, мають технічні паузи, зупинки, перерви і не можуть відбуватись повсякденно і щохвилинно, тобто без перерви, однак забезпечують постійність процесу професійного удосконалення та розвитку у континуумі професійного життя, а від так є такими, що не перериваються.

Та повертаючись саме до відмінностей щодо предметів післядипломної освіти та власне неперервного професійного розвитку, важливо зазначити, що спільною є їх мета, спрямована на забезпечення професіоналізму лікаря [51].

У даному контексті, привертає увагу, теза, висловлена С.О. Сисоєвою, щодо того, що основним складником у структурі професіоналізму є професійна компетентність як одна з провідних якостей сучасного фахівця, що передбачає, окрім технологічної підготовки, цілу низку інших якостей, які мають позапрофесійний або надпрофесійний характер, але водночас є необхідними сьогодні кожному фахівцю. Це, перш за все, такі якості особистості як самостійність, здатність приймати відповідальні рішення, творчий підхід до будь-якої справи; уміння доводити справу до кінця і постійно вчитися, гнучкість мислення; абстрактне, системне й експериментальне мислення; уміння вести діалог; комунікабельність; здатність до співробітництва тощо [52, с. 97).

Таким чином, подальший теоретичний аналіз проблеми формування компетентних фахівців потребує уточнення понять компетенція та компетентність.

Сьогодні, відповідно до Національного освітнього глосарію, компетентність визначається як динамічна комбінація знань, розумінь, умінь, цінностей та інших особистих якостей, що описують освітні здобутки за навчальною програмою, покладених в основу кваліфікації випускника [53].

Згідно з визначенням Міжнародного департаменту стандартів для навчання, досягнення та освіти (International Board of Standards for Training, Performance and Instruction – IBSTPI) поняття компетентності визначається як спроможність кваліфіковано здійснювати діяльність, виконувати завдання або роботу [54].

У робочій програмі Європейської Комісії «Ключові компетентності для навчання протягом життя. Європейська довідкова система» термін «компетентність» розглядається як комбінація вмінь, знань, здібностей і ставлення до навчання і набуття практичного досвіду [55].

Сутність поняття компетентність висвітлюється у роботах І.Д. Беха, як, насамперед, досвідченість, а не як обізнаність та/або поінформованість суб'єкта в певній галузі. Вчений наголошує на тому, що компетентність, як комплексна характеристика суб'єкта безпосередньо залежить від якості навчальних здобутків та базується на прагненні до самоствердження, задоволення власних соціальних потреб [56].

У дослідженнях Н.М. Бібік зазначено, що компетенція на відміну від компетентності як особистісного утворення, є відчуженою від суб'єкта, наперед заданою соціальною нормою освітньої підготовки спеціаліста, яка необхідна для його якісної продуктивної діяльності в певній сфері. Результатом набуття компетенцій є компетентність, яка передбачає особистісну характеристику, ставлення до предмета діяльності [57, с. 2].

Відповідно до визначення, запропонованого С.У. Гончаренком, компетентність – сукупність знань і вмінь, необхідних для ефективної професійної діяльності: вміння аналізувати, передбачати наслідки професійної діяльності, використовувати інформацію [58].

При визначенні поняття компетентність І.А. Зязюн зосереджує нашу увагу на його соціально-педагогічному контексті, як індивідуально-неповторної

властивості людини, що є продуктом власної життєтворчої активності, ініційованої процесом освіти [59].

З.Н. Курлянд розглядає компетентність як набір знань, умінь, навичок і ставлень, які здобуваються у процесі навчання, що забезпечують здатність до визначення та розв'язання проблем, характерних для певного виду діяльності людини, незалежно від конкретних обставин ситуації [60].

Компетентність як інтегровану характеристику особистості визначає О.В. Овчарук, наголошуючи, що дана якість побудована на комбінації взаємовідповідних пізнавальних відношень та практичних навичок, цінностей, емоцій, поведінкових компонентів, знань та вмінь, усього того, що можна мобілізувати для активної дії [61].

Привертає увагу визначення компетентності, запропоноване Дж. Равеном, так дослідник підкреслює значення відповідальності за свої дії та її усвідомлення поряд із специфічною здатністю яка включає вузькоспеціалізовані знання, особливі предметні навички, способи мислення, що забезпечує ефективність реалізації певних завдань у конкретній предметній галузі [62].

Компетентність, за визначенням О.Я. Савченко, – це інтегрована здатність особистості, набута в процесі навчання, що включає у себе знання, досвід, цінності і ставлення, які можуть цілісно реалізуватися на практиці [63].

У роботах Г.К. Селевка, компетентність визначається як інтегральна якість особистості, що ґрунтується на знаннях і досвіді, набутих у процесі навчання і соціалізації та забезпечує загальні здатності, готовність до певного виду діяльності [64, с. 20].

На думку американського педагога Е. Шорта компетентність можна розглядати відповідно до чотирьох загальних концепцій [65]:

- як поведінку або дію, пов'язану з набуттям людиною вмінь і навичок для певної діяльності, що не має творчого характеру;
- як володіння знаннями, вміннями та навичками для визначення та планування конкретної діяльності;

- як ступінь або рівень здібностей, що офіційно вважається достатнім, з метою відповідності кваліфікаційним вимогам прийнятим у певній професійній галузі або сфері діяльності;
- як властивість або спосіб буття індивіда з метою визначення природи певної особистісної якості, а також ступеня її необхідності.

Цікавим, на наш погляд, є визначення, запропоноване фахівцями програми «Визначення та відбір ключових компетентностей: теоретичні й концептуальні засади» (Defenition and Selection of Competencies – DeSeCo). Так, вони вважають, що компетентність це здатність особи успішно задовольняти індивідуальні та соціальні потреби і виконувати поставлені завдання [66].

Таким чином, аналізуючи різні наукові підходи, вважаємо, що влучним та зрозумілим виглядає розмежування понять компетенція та компетентність, запропоноване А.К. Марковою. Компетенція, за визначенням дослідниці – це певна сфера, коло питань, які вповноважена вирішувати людина; компетентність – власне здатність до практичного розв’язання, вирішення існуючої проблеми чи питання [67, с. 34].

Однак, з огляду на полікомпонентність поняття компетентність та його різнобічну спрямованість, вважаємо за потрібне зосередити нашу увагу саме на понятті професійної компетентності, як такого, що найбільшою мірою відображає готовність фахівця до провадження самостійної кваліфікованої професійної діяльності [68].

У енциклопедії освіти «професійна компетентність» (від латинського *professio* – офіційно оголошене заняття; *compete* – досягати, відповідати, підходити) визначається, як інтегративна характеристика ділових і особистісних якостей фахівця, що відображає рівень знань, умінь, досвіду, достатніх для досягнення мети з певного виду професійної діяльності, а також моральну позицію фахівця [42].

Професійна компетентність, на думку Н.В. Баловсяк, постає найвищим рівнем 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 [69, с. 6].

С.О. Сисоєва визначає поняття професійна компетентність як інтегровану професійно-особистісну характеристику фахівців, що забезпечує ефективність певного виду діяльності та відображає рівень сформованості професійно-значущих якостей фахівця [70].

Професійна компетентність, на думку В.О. Сластьоніна, – це інтегральна характеристика ділових і особистих якостей фахівця, що відображає не лише рівень знань, умінь, досвіду, достатніх для досягнення цілей професійної діяльності, але і соціально-етичну позицію особистості [71].

Також, деякими вченими, професійна компетентність розглядається у якості ключового когнітивного компонента підсистеми професіоналізму особистості та діяльності, сфери професійного ведення суб'єкта праці, системи знань, що постійно розширюється, що дозволяє виконувати професійну діяльність з високою продуктивністю [72].

Отже, у всіх наведених визначеннях поняття компетентність та професійна компетентність спільною ознакою постає досвідченість або ж наявність досвіду щодо вирішення певних життєвих ситуацій або розв'язанні поставлених задач. Така особливість найбільшою мірою розкриває роль післядипломного етапу освіти у системі підготовки лікарів, адже саме на етапі обов'язкової первинної спеціалізації в інтернатурі випускники медичних закладів вищої освіти підвищують рівень своєї практичної підготовки та здобувають готовність до самостійної лікарської діяльності.

У нашому дослідженні ми розглядатимемо згадані поняття у таких контекстах:

Компетентність лікаря – це складне соціально-особистісні новоутворення, що на основі інтеграції суспільного, індивідуального, професійного, культурного та іншого життєвого досвіду, набутих знань, умінь та навичок, сформованих світоглядних цінностей та персональних якостей зумовлює готовність та здатність людини до успішного виконання професійної діяльності.

Система компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти – цілісна, інтегративна, особистісна, багаторівнева характеристика, що формується в результаті професійної підготовки на до- та післядипломному освітніх етапах, а також у процесі неперервного професійного розвитку, успішність якої зумовлена сукупністю сформованих у фахівця компетентностей, що сприяють професійній соціалізації особистості, становленню у неї ціннісних орієнтацій, формуванню світоглядних переконань і поглядів, а також професійної майстерності, задоволеності результатами своєї професійної діяльності, здатності до встановлення вертикальної та горизонтальної комунікації, потреби та здатності до самостійного розвитку та удосконалення впродовж життя.

Професійна компетентність лікаря – інтегральна професійно-особистісна характеристика, котра передбачає наявність сукупності сформованих компетентностей, що забезпечують здатність особи ефективно та усвідомлено вирішувати задачі професійної діяльності відповідно до встановлених міжнародних та національних стандартів у галузі охорони здоров'я.

Поширення інформації щодо основоположного значення особистісних компетентностей працівників у процесі їх професійної діяльності, потреба щодо модернізації змісту освіти, гармонійного поєднання існуючого позитивного педагогічного досвіду та сучасних освітніх інновацій зумовило необхідність запровадження системи їх ефективного формування упродовж навчання – реалізації компетентнісного підходу в освіті.

Уперше поняття компетентнісного підходу до навчання ввів британський психолог Дж. Равен наголошуючи на необхідності формування здатності до самостійного пошуку інформації студентами, що передбачає окрім уміння користуватися різними джерелами, навички міжособистісного спілкування, винахідливості, вміння переконувати та виконувати функції лідера [73].

На думку Е.Ф. Зеєр, компетентнісний підхід можна представити як комплекс компетенцій, тобто проявів успішної продуктивної діяльності, комплексний особистісний ресурс, що забезпечує можливість ефективної

взаємодії з навколишнім світом у тій чи іншій сфері та залежить від необхідних для цього компетенцій [74].

Звертаємо увагу на лаконічне визначення сутності компетентнісного підходу, запропоноване І.О. Зімнею, зокрема, що результат освіти – це сама людина, котра пройшла навчання в певній освітній системі [75], її здатність діяти в різних проблемних ситуаціях [76].

В.Г. Кремень зосереджує увагу на тому, що компетентнісний підхід у вищій освіті передбачає навчання дією, відповідно забезпечуючи можливість до набуття, розширення й засвоєння студентами самостійного досвіду розв'язання реальних завдань і життєвих ситуацій, здібності адаптуватися та знаходити нестандартні творчі рішення, що відповідають індивідуальним потребам особистості та соціокультурному рівню розвитку суспільства [77, 78].

У нашому дослідженні ми розглядатимемо *компетентнісний підхід* як інтеграцію змісту, форм, технологій та методів професійної підготовки фахівців з метою формування компетенцій, необхідних для успішної життєдіяльності та професійної реалізації, адаптації в сучасних соціокультурних та суспільно-політичних умовах, самовизначення та саморозвитку особистості.

У подальшому для реалізації завдань нашого дослідження вважаємо за необхідне окремо зупинитися на аналізі таких понять як «післядипломна освіта» та «неперервний професійний розвиток», а також різних формах їх реалізації.

Що стосується післядипломної освіти, то відповідно до визначення Закону України «Про освіту» вона передбачає набуття нових та вдосконалення раніше набутих компетентностей на основі здобутої вищої, професійної (професійно-технічної) або фахової передвищої освіти та практичного досвіду та включає у себе [49]:

- *спеціалізацію* – профільну спеціалізовану підготовку з метою набуття особою здатності виконувати завдання та обов'язки, що мають особливості в межах спеціальності;
- *перепідготовку* – освіту дорослих, спрямовану на професійне навчання з метою оволодіння іншою (іншими) професією (професіями);

- *підвищення кваліфікації* – набуття особою нових та/або вдосконалення раніше набутих компетентностей у межах професійної діяльності або галузі знань;
- *стажування* – набуття особою практичного досвіду виконання завдань та обов’язків у певній професійній діяльності або галузі знань.

Відповідно до законодавства України інтернатура визначена як обов’язкова форма первинної спеціалізації осіб за лікарськими та провізорськими спеціальностями для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста або провізора-спеціаліста [49]. Тобто, даний 1-3 річний етап післядипломної освіти спрямований на опанування однієї з тридцяти доступних на етапі первинної спеціалізації лікарських спеціальностей, одразу після завершення шестирічної підготовки у закладі вищої медичної освіти.

У той же час, аналізуючи зарубіжну практику підготовки лікарів, у більшості країн світу, у тому числі: Європейському Союзі, Сполучених Штатах Америки та Канаді на етапі інтернатури відбувається уніфікована підготовка лікарів, що здебільшого передбачає опанування навиків із загально лікарської підготовки та невідкладної лікарської допомоги впродовж 1-2 років, після чого лікар має право претендувати на отримання ліцензії для здійснення самостійної професійної діяльності як лікар загальної практики. У разі, якщо фахівець бажає отримати певну лікарську спеціальність, він має продовжити своє післядипломне навчання в резидентурі тривалість якої залежить від обраної спеціальності та країни навчання, та складає близько 3-5 років [48, с. 78].

В Україні лікарська резидентура, яку законодавець визначає як форму спеціалізації лікарів-спеціалістів за певними лікарськими спеціальностями для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста згідно з переліком лікарських спеціальностей, затвердженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров’я [49] все ще перебуває на етапі запровадження.

Однак, варто відзначити, що на даний час передбачена можливість для подальшого здобуття післядипломної медичної освіти шляхом спеціалізації для осіб, які бажають опанувати більш вузький фах, або здобути нову спеціалізацію.

Так, спеціалізація являє форму післядипломної освіти для набуття лікарем чи провізором однієї з передбачених номенклатурами лікарських і фармацевтичних спеціальностей [23]. Проте програми спеціалізації є досить короткотривалими і розраховані, в середньому, на три місяця (максимальною є тривалість у дев'ять місяців – у разі якщо лікар-педіатр бажає набутися спеціалізацію із дитячої хірургії; у той же час лікар-травматолог може опанувати нейрохірургічний фах під час всього лише п'яти місячного курсу спеціалізації) [79].

Таким чином, післядипломна освіта відповідно до нормативно закріпленого визначення може бути реалізована в Україні шляхом первинної спеціалізації в інтернатурі, подальшої спеціалізації лікаря-спеціаліста для здобуття нової спеціальності, а також під час навчання у лікарській резидентурі, що наразі перебуває на етапі запровадження.

Що стосується неперервного професійного розвитку, то відповідно до визначення, закріпленого у постанові Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» неперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров'я це неперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього періоду професійної діяльності [26].

Розглядаючи форми неперервного професійного розвитку, то на сьогодні, відповідно до законодавства України до них можуть бути віднесена клінічна ординатура, а також різні форми удосконалення лікарів шляхом їх формального, інформального та неформального навчання.

Так, клінічна ординатура є вищою формою підвищення кваліфікації лікарів-спеціалістів з певного фаху у вищих закладах медичної освіти та клінічних науково-дослідних інститутах, що забезпечує одержання лікарем вищої кваліфікації на основі раніше здобутої освіти та набутого досвіду практичної роботи лікарем-спеціалістом з певного фаху та здійснюється з метою поглиблення

професійних знань, підвищення рівнів умінь та навичок лікаря-спеціаліста за його лікарським фахом з метою підготовки висококваліфікованого лікаря для самостійної роботи в закладах охорони здоров'я [22].

Однак, з огляду на те, що подібна освітня аналогія відсутня у розвинутих країнах, клінічна ординатура не здобуває інноваційного розвитку та поступово втрачає свою актуальність, що зокрема прослідковується при контентному аналізі Законів України «Про освіту» (2018 р.) та «Про вищу освіту» (2014 р.).

Що стосується удосконалення, то до недавнього часу воно було чітко структурованим де-юре, проте на жаль, не було достатньо ефективним де-факто, адже мало епізодичний характер у період між що п'ятирічними обов'язковими атестаціями лікарів.

Отже з 1993 р. в Україні існували наступні види професійного удосконалення, як нормативно закріпленої форми подальшого підвищення професійних знань та навичок лікаря чи провізора з метою підтримання сучасного рівня підготовки [23]:

- тематичне удосконалення передбачає підвищення кваліфікації з окремих розділів відповідної спеціальності.
- курси інформації і стажування забезпечує вивчення актуальних теоретичних питань і набуття практичних навичок з відповідного розділу спеціальності.
- підвищення кваліфікації за місцем роботи забезпечується поєднанням різних видів навчання, що здійснюється закладами вищої медичної освіти, курсами інформації і стажування, систематичною самоосвітою і постійною практичною роботою з отриманої спеціальності.

Відтак, критично осмислюючи визначення поняття неперервної освіти фахівців охорони здоров'я, закріплене у постанові Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я», очевидно постає суперечність із положеннями Закону України «Про освіту», що зокрема закріплює спеціалізацію як форму післядипломної освіти, що у випадку професійної підготовки лікарів здійснюється не лише на етапі інтернатури, як

первинної спеціалізації, а під час подальшої спеціалізації, що здійснюється на базі інтернатури з метою здобуття «вузького» фаху або зміни лікарської спеціальності.

Отже, поняття *«післядипломна освіта лікарів»* розглядається нами як багатоступеневий поліфункціональний процес навчання, що реалізується на етапах після завершення вищого закладу медичної освіти та спрямований на формування й удосконалення професійної компетентності лікаря, його здатності до вирішення завдань професійної діяльності з урахуванням сучасних світових медичних стандартів та етичних принципів, усталення першочергового значення життя та здоров'я кожного окремого індивідуума та суспільства в цілому, а також ефективного конкурування на світовому ринку праці.

Таким чином, на основі теоретичного аналізу базові поняття дослідження були класифіковані нами у дві групи. До першої віднесено загальні поняття, які характеризують сучасний розвиток вищої та післядипломної освіти: «неперервна освіта», «професійна підготовка», «професіоналізм», «післядипломна освіта», «неперервний професійний розвиток», «компетентність», «професійна компетентність». Друга група включає поняття, що розкривають специфіку післядипломної освіти лікарів: «інтернатура», «лікарська резидентура», «спеціалізація», «клінічна ординатура», «підвищення кваліфікації».

1.3. Проблема післядипломної освіти лікарів у педагогічній теорії

Питанням післядипломної освіти, присвячені роботи багатьох вітчизняних та зарубіжних вчених, так впродовж останніх десятиріч дослідницька спадщина у педагогічній та суміжних науках значно збагатилась, проаналізуємо її детальніше.

Нашу увагу привернула робота Н.Г. Протасової, що розкриває теоретичні та методичні основи функціонування системи післядипломної освіти педагогів в Україні. Означена праця окреслює тенденції розвитку післядипломної педагогічної освіти розглядаючи її як складно організовану, багатофункціональну, відкриту, відносно самостійну освітню систему взаємозв'язки та взаємодія складових компонентів якої забезпечують прогресивний розвиток [80].

Цікавими та надзвичайно актуальними у контексті післядипломної освіти лікарів, на нашу думку, є такі принципові положення, визначені у дослідженні як [80]:

- провідна роль в освіті належить самій особистості;
- освітні запити мають виходи з індивідуальних потреб та особливостей особистості, сприяти їх зростанню та задоволенню;
- природні прагнення людини до самовдосконалення та саморозвитку мають використовуватися у якості підґрунтя для подальшого навчання;
- партнерська взаємодія викладачів та учнів у процесі навчання.

Підтвердження щодо важливості висловлених думок знаходимо у класичних педагогічних працях В.О. Сухомлинського, так вчений підкреслює, що навчання це не механічне перекладання знань з голови вчителя до голови учня, це складний процес взаємовідносин основним завданням якого є вміле, доброзичливе та наполегливе відношення вчителя, що сприяє формуванню в учня бажання, потреби і здатності до самостійного здобуття знань, виникненню почуття радості від вирішення складних поставлених завдань, що вимагають багато зусиль [81, с. 91].

Так, не зважаючи на те, що дослідження В.О. Сухомлинського представлені у площині навчання учнів у школі, на нашу думку, питання щодо прищеплення любові до навчання є не менш актуальним і на етапі післядипломної освіти. Зокрема, дана позиція підкріплюється тим, що, для прикладу, у студентські роки, під час навчання у закладі вищої освіти студент чітко усвідомлює свою мету, що як мінімум відображається у потребі отримати диплом та певну професійну кваліфікацію, може додатково мотивуватися оцінюванням під час поточних та підсумкових занять у той час, як післядипломне навчання, що не має формалізованого оцінювання та часто не сприймається дорослою професійною особистістю як можливість отримання нових знань, а лише як формалізований захід, що передбачений певними галузевими нормативними документами. Саме тому, викладач, який працює із здобувачами післядипломної освіти, які мають достатній життєвий та професійний досвід має, у тому числі, власним прикладом спонукати дорослих учнів до саморозвитку та самовдосконалення, мотивувати їх

до пошуку нової, актуальної інформації підкреслюючи соціальні та особистісні переваги такого процесу [82, 83].

Повертаючись до аналізу дослідження системи післядипломної освіти педагогів, звертаємо увагу на представлену функціональну модель, а також результати експериментальної перевірки її концептуальної значущості. Так, автор визначає, що основним механізмом дії системи є перехід андрагогічних принципів у тенденцію розвитку системи – андрагогізації навчального процесу за умови проблемно-ситуативно-діалогічної організації навчання [80, с. 23].

Окрім цього, у дослідженні автором наголошується на проблемах фрагментарності та розрізненості теорії післядипломної освіти у методологічному плані, що обумовлено тривалим застосуванням базово-додаткового та професійно-кваліфікаційного підходів. Так, при базово-додатковому підході післядипломна освіта розглядалась лише як додаток до вже здобутої на додипломному етапі освіти, що, відповідно, зменшувало її значимість. У той же час при професійно-кваліфікаційному підході абсолютно не враховувалась особистість фахівця, завдання післядипломного етапу зводились лише до механічного формування навичок [81].

На нашу думку, означений стан речей є вкрай актуальним і у площині післядипломної освіти лікарів яка має багато спільних ознак із післядипломною педагогічною освіту, серед яких:

- законодавча закріплена періодичність післядипломного навчання із розрахунку не рідше ніж один раз на п'ять років;
- формалізованість мети післядипломної освіти, яка являє собою своєрідний допуск до отримання більш високої кваліфікаційної категорії лікаря або вчителя (друга, перша, вища), що має своє грошове відображення у заробітній платні;
- відсутність налагодженої контрольованої усвідомлюваної ефективної системи неперервного професійного розвитку фахівців.

Так, у якості перепон до ефективного розвитку системи післядипломної освіти у першу чергу постають наявні суперечності, які виникають між вимогами про задоволення суспільних потреб та інтересами кожного індивіда, між

знаннями, здобутими у процесі додипломного навчання та темпами їх старіння, між професійною сконцентрованістю фахівця та всебічним гармонійним розвитком людини [80].

Хочемо наголосити, що означені суперечності є особливо відчутними у медицині, адже робота лікарів, що безпосередньо пов'язана з збереженням життя та відновленням здоров'я людини, знаходиться під постійною суспільною увагою. Цікавим є той факт, що професія лікаря є однією з небагатьох, для якої законодавчо закріпленим є обов'язок надавати своєчасну та кваліфіковано допомогу, у тому числі першу невідкладну медичну допомогу [25], а отже виконувати свої професійні обов'язки не залежно від того, чи знаходиться людина на роботі, або це відбувається у позаробочий час, що створює знану психоемоційну, часто неусвідомлювану, напругу серед медичних працівників.

Таким чином очевидною постає проблема безперервного психологічного навантаження та емоційної напруги, що призводить до такого феномену як синдром емоційного вигорання лікарів, що визначається як механізм психологічного захисту особистості у відповідь на вплив психотравмуючих факторів трудової діяльності [84] та як наслідок призводить до зниження відчуття задоволеності від роботи, скорочення тривалості професійного довголіття та погіршення якості надання медичної допомоги [85, с. 116].

При дослідженні синдрому вигорання встановлено, що синдром виникає там, де існує хаос. Тобто де немає чітких посадових інструкцій та планування діяльності. Відтак, першою і необхідною умовою успішної та невиснажливої трудової діяльності є чітке визначення її цілей [86].

Окрім цього, особливо актуальним у попередженні емоційного вигорання є здатність до збалансованого поєднання роботи та відпочинку, що стосується не лише вихідних та робочих днів або ж обідніх перерв, однак і якість та періодичність інтервалів безпосередньо у процесі виконання трудових обов'язків, з урахуванням особливостей та специфіки роботи [86].

З огляду на це, на нашу думку, післядипломна освіта лікарів має бути спрямована не лише на удосконалення системи професійних компетентностей,

але й на формування навичок щодо психологічної самокорекції, психологічного розвантаження та формування емоційної стійкості медичних працівників.

Так, зокрема, вкрай необхідним є формування навичок щодо глибокого м'язового розслаблення, що супроводжується зняттям психологічного напруження. На рівні свідомої активному розслабленню сприяє повне мисленнєве відволікання від роботи, зокрема шляхом переключення уваги на якесь нове цікаве інформаційне поле, що викликає позитивні емоції. Що стосується фізіологічної сторони питання, то розслабленню сприяють нескладні фізичні справи, що не потребують багато місця та спеціальних умов та забезпечують можливість розслабити м'язи шиї, рухові м'язи очей, органи дихання, м'язи спини та кінцівок [86, 87].

Ми повністю поділяємо думку щодо важливості формування серед лікарів навичок щодо психологічної саморегуляції як такої, що сприяє емоційній та духовній витривалості і як наслідок сприятиме зменшенню ризиків емоційного вигорання.

Продовжуючи аналізувати педагогічний доробок у галузі післядипломної освіти крізь призму сучасних суспільних перетворень в нашій державі неможливо залишити по за увагою роботу Н.П. Кудрявцевої, присвячену вивченню організаційно-економічних механізмів державного регулювання післядипломної освіти. Так, у дослідженні означене питання розглядається як запорука забезпечення соціальної стабільності на ринку праці та передумова до неперервного розвитку людського капіталу [88].

У аналізованій роботі вперше обґрунтовано доцільність застосування коефіцієнту відповідності навчальних планів підготовки фахівців до їх практичного використання. Так, на думку автора, впорядкування навчально-методичної документації з огляду на практичні потреби у різних галузях господарської діяльності забезпечить передумови для економії до 25% бюджетних коштів, що виділяються на післядипломну освіту [88].

На нашу думку, ефективність такого підходу можна розглядати не лише з економічної точки зору, а й з позиції удосконалення формування системи професійних компетентностей лікарів, адже відповідно андрагогічним принципам

навчання дорослих важливими є саме актуалізації результатів навчання та його контекстність щодо професійної діяльності та інших життєво важливих цілей [89, с. 28-29]. Тобто, чим очевиднішою буде необхідність засвоєння тих чи інших знань або опанування навиків тим більших зусиль докладатиме дорослий учень до їх набуття.

Так, аналізуючи типові навчальні плани та програми первинної спеціалізації (інтернатури) лікарів знаходимо переліки практичних навичок, що мають бути засвоєні у процесі навчання. Варто відзначити, що у переважній більшості випадків, маніпуляції, які у ньому зазначені є формалізованими і не є такими, що може та має опанувати кожен лікар під час первинної спеціалізації. До таким можна віднести конікотомію тощо. У той же час навички проведення серцево-легеневої реанімації не значаться в типових навчальних планах та програмах у якості обов'язкових. Саме тому, на нашу думку, необхідним є ґрунтовний аналіз програм післядипломної підготовки у контексті практичної діяльності лікарів-спеціалістів з подальшим їх оновленням.

У цьому контексті привертають увагу дослідження, присвячені саме оптимізації змісту післядипломної освіти, так, зокрема В.М. Руссол вивчаючи дидактичні основи оптимізації змісту післядипломної освіти педагогічних працівників визначає поняття змісту післядипломної освіти як систему професійних і загальноосвітніх знань, умінь і навичок оволодіння якими забезпечує психологічну готовність та інтелектуальну здатність до виконання професійних функцій та підвищення кваліфікації на рівні сучасних стандартів. Серед умов, що забезпечують повноцінність змісту післядипломної освіти автор наводить такі, як: повнота, глибина, збалансованість конкретного і загального, завершеність, системність, гнучкість, оперативність та динамізм [90].

Також справедливо відзначено, що зміст післядипломної освіти повинен сприяти реалізації світоглядної функції навчання, відповідати сучасним суспільним вимогам і замовленням, сприяти всебічному розвитку особистості, забезпечувати можливість оптимальної побудови навчально-тематичних планів і програм.

Інноваційною та практично спрямованою виглядає модель навчально-тематичного плану післядипломної підготовки, яка складається з обов'язкового (базового) та компенсаторно-вибіркового компонентів. До першого включені мінімально необхідні і, разом з тим, максимально можливі для засвоєння у відведений час знання, вміння і навички, другий передбачає формування специфіки змісту навчання конкретних груп. Структура запропонованого навчально-тематичного плану, що покликана забезпечити предметно-інтегративну систему навчання має лінійний, наскрізний характер та передбачає блокове структурування матеріалу. Окремий наголос ставиться на важливості встановлення взаємозв'язків не лише між знаннями в окремому блоці, розділі чи темі, а і на необхідності забезпечення такої послідовності викладення матеріалу, що ґрунтуватиметься на реально існуючих зв'язках між поняттями, ідеями, проблемами тощо [90].

У цьому контексті, необхідним постає перегляд та реструктуризація навчальних планів та програм післядипломної підготовки лікарів, у першу чергу на етапі первинної спеціалізації в інтернатурі. Адже, сьогодні програми організовані вузько тематичними блоками підготовки, що не відображають взаємну інтеграцію знань та умінь при вирішенні конкретної клінічної ситуації. Відповідно, заключним результатом підготовки спеціалістів є засвоєння переліку знань та опанування ряду вмінь, що варіюють з урахуванням кожної конкретної спеціальності.

На нашу думку, означений стан речей, не забезпечує формування у лікарів так званого «клінічного мислення», що передбачає здатність до надання кваліфікованої допомоги пацієнтам у реальних умовах із застосуванням раніше здобутих знань та умінь.

Відповідно, навчальні плани та програми підготовки лікарів мають бути структуровані з урахуванням бажаного результату навчання, а саме здатності забезпечувати адекватне лікування.

Що стосується структури навчальних планів та програм післядипломної підготовки, то тут, на нашу думку, уваги потребує дослідження Т.М. Хлебнікової, присвячене організації особистісно-орієнтованого навчання слухачів у системі

післядипломної педагогічної освіти. Так, автором було розроблено індивідуальні освітні програми в основу яких закладено освітньо-кваліфікаційні характеристики, професіограми та моделі компетентності. Індивідуалізація полягала у можливості вибору кожним слухачем свого рівня виконання самостійних, творчих робіт та незалежному від інших у швидкості засвоєння змісту освіти, виборі видів і методів організації навчання, форми представлення результату [91].

Ми повністю погоджуємось з такою думкою, адже індивідуалізований підхід до розробки навчальних програм забезпечує гнучкість післядипломної освіти, що є надзвичайно актуальною як з урахуванням різних вихідних рівнів підготовки слухачів на післядипломному етапі так і часовими обмеженнями, що можуть виникати у дорослого учня.

Що стосується організації неформального навчання, як ефективної складової післядипломної освіти, то варто зазначити, що дане питання піднімається у роботі В.Ю. Арешонкова, яке присвячене педагогічним засадам самоорганізації слухачів системи післядипломної освіти. Так, автор відзначає, що рівень сформованості професійної компетентності фахівців зростає за умови організації їх самостійної діяльності, проведення конкурсів професійної майстерності, організації науково-дослідницької та експериментальної діяльності [92].

Вважаємо, що означена думка є актуальною й для системи післядипломної освіти лікарів, адже неформальна освіта дає можливість швидкого реагування на вимоги часу, є мобільною по відношенню до суспільних змін та створює необмежений простір до реалізації творчих задумів, що не потребують нормативно-обумовленого методологічного супроводу. За класифікацією Організації Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО) до неформальної освіти належать програми, курси, семінари, гуртки, лекторії, що організовуються і проводяться поза традиційною системою освіти та не потребують обов'язкового підтвердження певним документом про освіту [93]. Окремої уваги, на нашу думку, потребує саме залучення практикуючих лікарів до науково-дослідницької та експериментальної діяльності. Адже, відомо, що

науковий пошук, як вид наукового дослідження, у результаті якого здобувають принципово нові результати [94, с. 143] є передумовою удосконалення практичної діяльності щодо збереження та укріплення здоров'я населення.

Іншим важливим питанням, постає правове управління післядипломною освітою в нашій державі вивченню якого присвячене дослідження Л.І. Тарусової. На нашу думку, цікавим є те, що автор визначає необхідність удосконалення правових основ післядипломної освіти як під час її здійснення у вищих навчальних закладах так і під час освіти безпосередньо на робочих місцях та самоосвіти [95].

Дослідницею наголошується, що саме налагодження механізму правового управління забезпечує можливість провадження ефективної державної політики в сфері післядипломної підготовки з метою побудови дорожньої карти щодо розвитку й професійної підготовки працівників для потреб суспільного виробництва [95].

У дослідженні зазначено, що при створенні нормативно-правових документів у сфері післядипломної освіти необхідно враховувати характерні риси та існуючі традиції, що створюють перешкоди на шляху формування якісно нових правовідносин у сфері післядипломної освіти [95].

Особливу увагу привертає позиція щодо необхідності створення спеціалізованого Закону України «Про післядипломну освіту», адже регулювання взаємовідносин учасників на післядипломному етапі підготовки здійснюється за допомогою специфічного інструментарію та спрямоване на створення системи упорядкованих суспільних відносин щодо післядипломного розвитку особистості, подальшої професійної підготовки та адаптації працівників [95].

Практичну зацікавленість викликає авторська модель правового регулювання післядипломної освіти, зокрема щодо факторів, які мають бути враховані при її розробці [95]:

- зростання різних форм соціальної девіації;
- масовий дилетантизм;
- загальне ускладнення суспільного життя;
- кардинальна зміна потреб виробництва;

– зростання попиту на високоефективні наукоємні та високоінтелектуальні види діяльності.

На наш погляд, позиція, висвітлена автором, є вкрай актуальною для удосконалення післядипломної освіти лікарів, адже більшість нормативно-правових документів, що її врегульовують були створені ще на початку 90-х років ХХ сторіччя та не оновлювались належним чином, як то накази Міністерства охорони здоров'я України: «Про затвердження Положення про клінічну ординатуру» (1998 р.) [22], «Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів» (1996 р.) [18], «Про подальше удосконалення системи післядипломної підготовки лікарів (провізорів)» (1993 р.) [23] тощо. Відповідно, існуюча нормативно-правова база, яка стосується післядипломної підготовки лікарів не лише не відповідає сучасним світовим освітнім стандартам у галузі охорони здоров'я, але й створює передумови щодо виникнення правових колізії при узгодженні із оновленими нормативними актами вищої правової сили, як то Закон України «Про вищу освіту» тощо. Зокрема сьогодні відсутні правові підстави надання освітніх послуг у сфері післядипломної медичної освіти за кошти фізичних та юридичних осіб, що є невід'ємною складовою діяльності закладів вищої освіти у всіх цивілізованих країнах, особливо на післядипломному етапі, коли зміст професійної підготовки є варіативним та може вибудовуватись лікарем самостійно з урахуванням власних потреб, інтересів та попередньої освіти.

Ще однією актуальною проблемою постає питання щодо підвищення доступності післядипломної освіти, зокрема за рахунок запровадження дистанційних технологій навчання, вивченню якої присвячена робота С.Л. Рзаєвої [96].

Необхідно зазначити, що дистанційні освітні технології, які сьогодні набули значного поширення є особливо доречними для забезпечення неперервного професійного розвитку фахівців зокрема на етапі післядипломної освіти. Адже, як зазначає автор, ключовим моментом вибору дистанційних форм навчання є незалежність суб'єктів навчання від місця розташування та часу, що є особливо

актуальним для осіб, які навчаються на післядипломному етапі, адже у більшості випадків це працюючі дорослі люди, що мають ряд особистих та соціальних потреб і зобов'язань [96].

У дослідженні окрема увага приділяється питанню кваліфікації науково-педагогічного персоналу, що забезпечуватиме реалізацію дистанційного навчання, а також його кількості у порівнянні з викладачами, які забезпечують навчальний процес в аудиторному форматі за допомогою класичних освітніх технологій [96].

Розглядаючи зазначене дослідження з позиції післядипломної підготовки лікарів воно набуває особливого значення у контексті підвищення кваліфікації лікарів, зокрема шляхом передатестаційних циклів та тематичного удосконалення фахівців, адже сьогодні їх проходження, у переважній більшості випадків, реалізується з відривом від виробництва, а отже призводить до незручностей як з боку власне лікаря, який має на певний час призупиняти виконання своїх професійних обов'язків, що часто несе суттєве фінансове навантаження, так і зі сторони пацієнтів, які не зможуть вчасно потрапити на прийом, що створюватиме суспільну напругу.

Саме тому вважаємо, що сертифіковані лікарі-спеціалісти, які підвищують свою кваліфікацію у межах наявної спеціальності можуть у значній мірі застосовувати дистанційні освітні технології, що сприятиме свідомому зрушенню від формалізованого проходження циклів підвищення кваліфікації у встановленому місці та у визначений час до свідомого підвищення власної кваліфікації з урахуванням сучасних світових стандартів у зручному форматі.

Продовжуючи теоретико-методологічний аналіз післядипломної освіти, знаходимо роботу О.С. Нагорічної, яка присвячена питанням післядипломної підготовки працівників митної сфери на основі особистісно-орієнтованого підходу. Автор зазначає, що організація ефективної післядипломної освіти є необхідною умовою підвищення ефективності роботи будь-якої служби, адже саме кадровий склад у значній мірі визначає якість надання окремих послуг та функціонування цілісної системи. У дослідженні йдеться про важливість післядипломної освіти з огляду на безперервність ускладнення та розширення

послуг, які виконуються митниками, підвищення вимог до професійної діяльності при митному контролі та митному оформленні [97].

Варто відзначити, що мотиваційні підґрунтя післядипломного удосконалення фахівців митної служби є дуже наближеними до таких у системі охорони здоров'я, адже щоденна лікарська практика пов'язана з виконанням численних функцій та реалізацією повноважень, що постійно оновлюються та удосконалюються, а також є не однорідними за своєю формою. Так, під час здійснення професійних повноважень лікар потребує не лише глибоких знань та навичок у галузі медицини в цілому та своєї спеціальності зокрема, він повинен володіти основами психології при спілкуванні з хворим та його родичами, базовими знаннями у галузі правознавства та діловодства при оформленні історій хвороб, виписуванні рецептів, отриманні інформованої згоди від пацієнта тощо, навичками менеджменту при організації роботи середнього медичного персоналу і не лише. Відповідно система післядипломної освіти має бути гнучкою та варіативною, спрямованою на забезпечення професійних та особистісних попитів фахівців [97,].

Саме тому ми розділяємо думку щодо доцільності організації системи післядипломної освіти на основі особистісно-орієнтованого підходу, як такого, що сприяє гармонійному розвитку особистості з урахуванням культурних надбань та ментальності, створенню можливостей для підвищення комфорту праці, усталенню відчуття власної причетності до розбудови незалежної української держави [98].

Також, необхідно звернути увагу на тезу, висловлену у дослідженні Т.В. Трачук, що присвячене дидактичним засадам розвитку економічних знань вчителів на післядипломному етапі, так автор наголошує на тому, що специфічною рисою у системі післядипломної освіти є те, що вона здійснюється у колі самоосвіти фахівця, адже дорослий учень є активним суб'єктом свого навчання та самоосвіти. Відповідно, навчання на післядипломному етапі не є простою передачею інформативного повідомлення, воно являє собою ініціювання власної самоосвіти, вільного вибору форм і методів активного засвоєння нового матеріалу, набуття практичних умінь і навичок. Такий підхід відповідає сучасним

андрагогічним принципам навчання, що наголошують на важливості відчуття власної участі у процесі, а також самостійного прийняття рішень дорослим учнем [99].

Інтерпретуючи такий підхід до системи післядипломної підготовки лікарів важливо відзначити, що на етапі первинної післядипломної спеціалізації молодий лікар не просто має бути долученим до прийняття рішень, він має навчатись приймати їх самостійно, адже основним завданням інтернатури є саме підготовка фахівця до провадження самостійної практичної діяльності, що потребує сформованої здатності до прийняття зважених рішень, що стосуватимуться життя та здоров'я пацієнтів.

У той же час розглядаючи подальші етапи післядипломної освіти лікарів, що спрямовані на підвищення кваліфікації та удосконалення професійної майстерності, вважаємо, що участь курсантів у прийнятті рішень щодо питань організації навчального процесу, процедури оцінювання, форм, методів та часу навчання сприятиме підвищенню рівня їх зацікавленості, створюватиме передумови для творчості, надаватиме широкі можливості для застосування власного досвіду, що сприятиме зростанню відповідальності по відношенню до навчання, адже дорослі уважніше ставляться до наслідків прийнятих ними рішень, ніж до результатів навчального процесу, сконструйованого без їх участі [30].

Окремого значення на етапі післядипломної освіти набуває розвиток управлінської культури, що розглянуто у роботі О.М. Яркового на прикладі державних службовців. Вчений визначає управлінську культуру як творчу самореалізацію етично-моральних переконань та ідеалів адекватно до правових норм управлінської діяльності [100].

Управлінська культура державного службовця розглядається у дослідженні через категорію діяльності, що зокрема передбачає, що засвоєння ціннісних орієнтацій, які дозволяють реалізувати себе та функціональних обов'язків і повноважень, а також творчого потенціалу дозволяють у центр дослідницької уваги поставити особистість самого фахівця, враховуючи при цьому, що особистісні здатності службовця є основою його успішної діяльності [100].

Викликає зацікавлена цільова комплексно-кваліфікаційна програма розвитку управлінської культури державного службовця в умовах післядипломної освіти, яка складається з чотирьох компонентного дерева цілей і має прояв в управлінській спрямованості, психологічній готовності і здатності до самостійної творчої праці в галузі державного управління, що розкривається в таких аспектах [100]:

- високий рівень загальних та особистісних вимог до державних службовців: освіченість, вихованість, глибокі знання, загальна і політична культура, громадянська зрілість, соціальна активність, високі моральні якості;
- професійна спрямованість, готовність державного службовця до управлінської діяльності: знання цілей, завдань, обов'язків, прав, повноважень, складнощів і сутності управлінської діяльності;
- кваліфікаційні якості: висока компетентність, ділова ініціатива, сучасне державне мислення, витримка і самовладання, безперервне професійне навчання впродовж усієї трудової діяльності;
- професіоналізм: вдосконалення управлінської майстерності, опанування системою психолого-педагогічних знань та вмінь, розвиток функціонально-динамічних вмінь, розумових дій і операцій, що забезпечують високу ефективність і якість управлінської діяльності і розвитку управлінської культури.

Ми поділяємо думку автора щодо пріоритетності застосування андрагогічного підходу для забезпечення ціннісно-орієнтаційної спрямованості при навчанні дорослих, що зокрема було реалізовано під час практичного втілення цільової комплексно-кваліфікаційної програми розвитку управлінської культури державних службовців в умовах післядипломної освіти [100].

У даному контексті, хочемо відзначити, що культура професійної поведінки лікаря також має особливе значення з огляду на те, що за родом своєї діяльності переважна більшість осіб, з якими контактує лікар у повсякденній практиці перебувають у стані психоемоційного напруження, можливого роздратування, втоми, страждань та можуть значно різнитись за своїм культурним рівнем. Саме

тому, лікар своєю поведінкою має сприяти попередженню та, у разі їх виникнення, врегулюванню конфліктів. Дотримання гуманності у медичній практиці можна вважати мистецтвом перемагати хворобу не лише за допомогою класичних лікувальних процедур, але і використовуючи слово [101, с. 3].

Подібна ситуація притаманна не лише медичній професії, саме тому значна увага дослідників приділяється формуванню комунікативної компетентності фахівців, так робота О.О. Павленко, присвячена даному питанню у контексті неперервної професійної освіти фахівців митної служби [102].

Привертає увагу авторський підхід щодо виокремлення двовекторної структури комунікативної компетентності, що розглядається як компетентність фахівця і як компетентність посади та передбачає певну ієрархічність, адже комунікативна компетентність посади шляхом застосування стандартів роботи і процесів визначає необхідний рівень комунікативної компетентності фахівця. Однак за умови застосування зазначеного підходу виникають певні розбіжності, зокрема щодо того, що наявний рівень комунікативної кваліфікації фахівця може значно перевищувати вимоги до рівня комунікативної компетентності посади та навпаки [102].

У дослідженні комунікативна компетентність визначається як готовність фахівця до виконання певної комунікативної діяльності з необхідним рівнем якості. Отже сутність комунікативної компетентності як компетентності фахівця полягає в тому, що вона виступає поведінковою (особистісною) компетентністю, що передбачає такі вимоги до фахівця, як [102]:

- знання загальних закономірностей процесу комунікації (у тому числі ділової);
- знання механізмів досягнення взаєморозуміння;
- комунікативні вміння, що виявляються в готовності фахівця до виконання певної комунікативної діяльності з необхідним рівнем якості.

Що стосується сутності комунікативної компетентності посади, то вона розкривається автором крізь вимоги, які необхідні для успішного виконання комунікативних завдань згідно з посадою, тобто йдеться про стандарти роботи і

процесів для певного рівня посад, в основу яких мають бути закладені функціональні обов'язки, знання на рівні вимог посади, вміння та досвід та розглядається у якості функціональної компетентності і включає ті фрагменти діяльності, які працюючий у даній професійній сфері фахівець має бути спроможний зробити і продемонструвати [102].

Також необхідно відзначити, що, на думку автора, професійно комунікативна підготовка фахівця має складатись з мовного та комунікативно-психологічного аспектів. Що стосується змісту психологічної підготовки то його визначено як виховання комунікабельної особистості, що реалізується за допомогою інтеграції спецкурсів професійного і гуманітарного спрямування та здійснюється з метою в вдосконалення навичок усного і писемного мовлення, усталення прийомів аналітичної розумової роботи, які потребують знання мов тощо [102].

Ми погоджуємось з автором щодо запропонованого інтеграційного підходу до формування комунікативної компетентності фахівця, адже при навчанні дорослих має бути забезпечена практична спрямованість підготовки. Так, ефективність викладання класичних курсів гуманітарних дисциплін на етапі інтернатури буває невисокою, проте вона може бути значно підвищена за допомогою інтерпретації інформації, що передбачена для опанування тією або іншою гуманітарною дисципліною до конкретного клінічного випадку. Наприклад, спонукати лікаря до удосконалення іноземних мов можна із застосуванням коротких професійно зорієнтованих повідомлень або ж моделювання практичних випадків за участю іноземців, які потребують невідкладної допомоги та не володіють державною мовою спілкування [102]. Той же підхід можна застосувати і до прищеплення норм професійної етики та деонтології, що вивчається як окрема дисципліна на додипломному етапі у вигляді класичного аудиторного курсу, який рідко містить елементи інтерактивного навчання та є відірваним від клінічних реалій. У той же час, дорослий дипломований лікар, який уперше стикається із повноцінною практичною діяльністю під час проходження інтернатури зовсім по іншому сприйматиме рекомендації щодо застосування норма етики та деонтології при

врегулюванні та попередженні конфліктних ситуацій з хворими та їх родичами [103], налагодженні стосунків у колективі, отриманні професійної консультації від старших колег, потребі повідомити неприємні новин тощо.

Вважаємо, що комунікативна компетентність має формуватись та удосконалюватись на всіх етапах післядипломного навчання не лише з метою підвищення власної продуктивності лікаря, попередження професійного вигорання та налагодження довірливих стосунків з пацієнтами, але й з метою формування позитивного іміджу медичної служби в нашій державі, адже останнім часом все частіше постають питання етичності поведінки лікарів при виконанні своїх обов'язків, відсутності довіри до системи охорони здоров'я, що у свою чергу породжує такі негативні суспільні явища, як підвищення рівня самолікування серед населення нашої держави, зокрема за допомогою безконтрольного застосування антибіотиків, звернення до нетрадиційної не сертифікованої медицини тощо і як наслідок погіршення рівня здоров'я населення, скорочення тривалості життя, зниження показників народжуваності і так далі.

Також особливої уваги потребує дослідження М.М. Навроцької, присвячене розвитку професійного іміджу педагога в системі післядипломної освіти. Актуальність роботи підтверджується наявністю як суперечностей між: потребою суспільства щодо упровадження нових підходів до розвитку іміджу особистості та недостатністю відповідних наукових розробок; станом теоретичного обґрунтування і навчально-методичного забезпечення процесу розвитку професійного іміджу фахівця в умовах вищої освіти та домінуванням традиційної системи підготовки кадрів; значними можливостями післядипломної освіти щодо розвитку іміджу сучасного фахівця та недостатнім їх використанням [104].

Питання професійного іміджу є дуже гострими для медичної та педагогічної професій, адже не зважаючи на їх першочергову значущість для населення та історично сформований високий суспільний статус, останнім часом все частіше спостерігаються нівелювання престижності праці лікарів та вчителів, що не в останню чергу обумовлено скрутним матеріальним становищем, у якому опинилися представників зазначених професій. За таких умов фахівці, які вже

знаходяться у професії змушені шукати засоби для додаткового заробітку, необхідного для виживання, що значною мірою збільшує фізичне та емоційне навантаження на фахівців та відповідно сприяє емоційному вигоранню та зниженню мотивації до творчої професійної діяльності. Окрім цього, такий стан речей демотивує молодь, яка в умовах ринкових відносин в суспільстві має здебільшого комерціалізований світогляд та відповідно вважає, що рівень професійних вимог безпосередньо корелює із рівнем заробітку.

Саме тому близькою за своїм змістовим наповненням з позиції іміджу лікарів нам видаються складові професійного іміджу, визначені у дослідженні по відношенню до педагогів, а саме [104]: зовнішній вигляд (одяг, взуття, аксесуари, зачіска, макіяж, хода, манери, етикет); внутрішній образ (професійні знання, вміння, здібності, сфера свідомості, система цінностей, Я-концепція, рефлексія, інтуїція, здоров'я, критичне мислення, особисті якості); комунікативна складова (вербальні і невербальні особливості спілкування).

Також, ми поділяємо думку автора щодо педагогічних умов розвитку професійного іміджу фахівців в системі післядипломної педагогічної освіти, до яких належать: формування позитивної мотивації фахівців до розвитку власного іміджу в процесі моделювання професійного ідеалу; створення творчого інформаційно-розвивального освітнього середовища; залучення фахівців до розвитку власного іміджу через самоосвіту засобами комп'ютерних технологій [104, 105].

Визначені умови є справедливими і у контексті післядипломної підготовки лікарів, яка як і післядипломна освіта педагогів має періодичний нормативно визначений характер з огляду на першочергову соціальну пріоритетність для держави, та розглядається нами як запорука сталого інноваційного розвитку гуманістичного суспільства.

Що стосується післядипломної підготовки фахівців галузі охорони здоров'я, то тут уваги заслуговує робота О.А. Рижова, що присвячена проблемі методологічного та організаційного забезпечення системи післядипломної підготовки провізорів на основі інформаційних технологій. Зокрема, у роботі розглядається проблема забезпечення дистанційного навчання провізорів на

післядипломному етапі за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій [106].

Цікавою є авторська модель навчання на базі адаптивної системи дистанційного навчання, що ґрунтується на принципах суб'єкт-суб'єктних відносин, тобто активної співпраці між особою, яка навчається та викладачем. Особливий акцент у дослідженні робиться на методичне управління навчальним процесом засобами автоматизованої системи та тактичне управління через інтерфейс викладача, що забезпечує належну організацію зворотного зв'язку між особами, які навчаються та викладачем [106].

Актуальною у контексті реалізації особистісно-зорієнтованого підходу до навчання є ідея автора щодо розробки онтологій фармацевтичних дисциплін за допомогою інструментальних засобів, що є передумовою створення навчально-методичної літератури керівного типу, а також бази знань адаптивних комп'ютерних навчальних систем [106].

Окрім запропонованого навчально-методичного супроводу післядипломного дистанційного навчання провізорів у роботі представлені дані щодо ставлення провізорів-інтернів до дистанційної форми навчання та наявності необхідних навичок для самостійної реалізації вимог, передбачених навчальною програмою. Привертають увагу наведені результатами анкетування 468 провізорів-інтернів, відповідно до яких 77,8% опитаних вважає, що здобуття якісної освіти можливе шляхом дистанційного навчання. Майже 69,6% наголошує на необхідності дистанційних форм навчання на післядипломному етапі [106].

На нашу думку, дистанційне навчання має органічно поєднуватись з традиційними формами у процесі післядипломної підготовки лікарів, зокрема саме дистанційне навчання може сприяти належній організації самостійної роботи лікарів-інтернів, стимулювати у них навички щодо пошуку та опрацювання інформації, зокрема чинних нормативно-правових документів, сприяти належному формуванню інформативної компетентності, а також оптимізувати процес опрацювання навчально-методичної літератури. У той же час, обговорюючи програми неперервного професійного розвитку для лікарів, варто відзначити, що саме дистанційне навчання обіймає лідируючі світові позиції,

зокрема за рахунок просторової та часової гнучкості, що у поєднанні з широким різноманіттям технічних засобів для реалізації навчання забезпечує сприятливі умови для професійного розвитку та удосконалення в фахівця у найбільш зручному для нього вимірі.

Таким чином, науковий аналіз обраної проблеми показав, що існує значна кількість робіт, присвячених питанням удосконалення системи післядипломної освіти в цілому та її різних складових зокрема. Проте, що стосується власне системи післядипломної підготовки лікарів, з притаманними їй специфічними соціальними, структурними та організаційними особливостями, то означене питання не було розглянуто як цілісне окреме дослідження. Саме тому, на нашу думку, необхідним є комплексна реорганізація післядипломної медичної освіти, її переорієнтація у високоефективну систему підготовки та удосконалення компетентних фахівців, здатних до якісного виконання покладених повноважень, постійного розвитку та вдосконалення, усвідомлення власної відповідальності за збереження життя та укріплення здоров'я населення.

1.4. Концепція дослідження післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету

Концепція дослідження створює підґрунтя для цілісного системного всебічного та об'єктивного наукового пошуку щодо дослідження обраної проблеми. Концепція дослідження відображає систему теоретичних та методологічних положень, дослідницьку базу щодо наукових підходів, методів, які використовуються для вивчення обраної проблеми.

Поняття концепція (від латинського *conception* – розуміння, система) є полісемантичним за змістом, про що свідчить довідкова література та наукові джерела. Концепція – це спосіб розуміння, трактовки певних явищ, основну точку зору, керівну ідею для їх висвітлення; провідний замисел, конструктивний принцип різних видів діяльності [107, с. 633].

При формулюванні концепції дослідження важливо дотримуватись усталених вимог щодо її структури, так, зокрема щодо визначення методології

дослідження, набору методів проведення досліджень, а також принципів організації процесу дослідження [108, с. 21]. Отже, для визначення методології дослідження, як вчення про принципи побудови, форми та способи наукового пізнання [107, с. 806], необхідно відібрати його основні принципи, що являтимуть собою найабстрактніше вираження керівних ідей наукового пошуку. Поняття «принцип» (від латинського *principium* – початок, основа) визначається як основне вихідне положення будь-якої теорії, вчення, науки, світогляду тощо [107, с. 1072]. Виділяють дві підгрупи принципів пізнання: «здорового глузду», який ґрунтується на метафізичному методі і формальній логіці та діалектичного пізнання [109].

Метафізичний метод, що є протилежним до діалектики філософським методом, який розглядає явища їх незмінності та незалежності одне від одного, заперечуючи внутрішні протиріччя як джерел їх розвитку [107, с. 805].

Формальна логіка, яку древньогрецький вчений та філософ Аристотель називав аналітикою, визначається як наука про правила перетворення висловлювань, що зберігають істинне значення безвідносно до змісту понять, що входять до них. На відміну від неформальної логіки вона організована як формальна система, вибудована за чіткими правилами, що характеризується високим рівнем абстракції. Тобто, формальна логіка забезпечує виведення нового знання з раніше існуючого із застосуванням законів та правил мислення та без заглиблення до кожного конкретного досвіду [110].

Загалом, вважається, що логіка (від грецького *logic* – розмірковування, думка, розум) як наука про способи доведення та спростування, правильність мислення та здатність до розмірковування була заснована Аристотелем та представлена у його циклі робіт «Органон», що складається з шести творів, присвячених логіці: «Категорії», «Про тлумачення», «Топіка», «Перша аналітика», «Друга аналітика», та «Софістичні спростування» [107, с.730].

Проаналізуємо найважливіші принципи формальної логіки, які мають важливе значення для дослідження обраної нами проблеми. Що стосується самого принципу «здорового глузду», то він базується на правилах пізнавальної

діяльності, сформульованих французьким математиком і філософом Р. Декартом «для керівництва розуму і пошуку істини в науках», зокрема [111]:

- розділення складних задач, що не можуть бути вирішені на окремі задачі, які можуть бути розв'язані;
- перехід від менш складного до більш складного, від доведеного до недоведеного;
- недопущення випадання логічних ланцюгів у міркуванні (передбачає дослідження всіх положень і припущень у висновках, навіть тих, що здаються очевидними і загально визнаними).

Привертає увагу той факт, що на думку Р. Декарта безпосередня достовірність свідомості є основоположнішою від будь-якого знання [107, с. 374].

У подальшому принципи, сформульовані Р. Декартом було покладено в основу філософії «здорового глузду» – ідеалістичної школи у шотландській філософії (кінець XVIII – початку XIX ст.), заснованої шотландським письменником Т. Рідом, що також відома як «Шотландська школа», яка будучи сформованою у полеміці зі скептицизмом шотландського філософа Д. Юма та французьким матеріалізмом відстоювала існування вищого духовного світу [107, с. 1533).

Варто зазначити, що окрім правил, сформульованих Р. Декартом сьогодні до принципу «здорового глузду» відносять ще принцип об'єктивності, що передбачає визнання об'єктивного реального існування предмету, який має з'явитися у дослідженні та визначити себе самостійно, а не отримати своє визначення із зовні, адже в питаннях науки не жодна думка не відіграє вирішальної ролі [109, с. 53].

Так, своєю влучністю та актуальністю привертає увагу вислів ірландського філософа І. Ериугена (IX ст.), який зазначив, що «авторитет народжується від розуму, проте розум ніколи не народжується від авторитету» [109, с. 54].

Однак, мова йде зовсім не про заперечення авторитету, а лише про загрозу його перебільшення. На підтвердження цьому свідчать історичні факти, наприклад думка, висловлена великим філософом Аристотелем про те, що молочні зуби дитини формуються із затверділого молока матері [109, с. 55].

Наступним є принцип пояснення безлічі досліджуваних явищ за допомогою незначної кількості загальних основ, що створює передумови для досягання сутності речей, яка поєднує явища та розкриває логіку їх змін, як передумови цілеспрямованого перетворення дійсності. Англійський фізик і математик І. Ньютон визначав таке узагальнення як сутність науки, тобто перетворення значних обсягів інформації для більш компактного та доступного її представлення і використання широким загалом населення [109, с. 55].

Важливого значення має принцип достатньої повноти обґрунтування, в основі якого лежить формально-логічний принцип достатньої основи, запроваджений німецьким математиком та філософом ідеалістом Г. Лейбніцем (XVII ст.) [109, с. 55].

Однак, варто зазначити, що повне формально-логічне обґрунтування будь-якого положення науки не дозволяє дати знаменита «Теорема неповноти» австрійського математика К. Геделя, згідно якої будь-яка досить потужна несуперечлива система необхідно неповна. Тобто логіко-математична суть теореми полягає в тому, що неповнота має принциповий характер, а отже шляхом приєднання нових аксіом її неможливо повністю усунути так щоб не залишилось нічого невизначеного, а всі без виключення твердження розподілились на хибні та істинні [112].

Що стосується наступної підгрупи принципів пізнання, діалектичних, то необхідно, зазначити, що вони не заперечують принцип «здорового глузду», а лише доповнюють його [113].

Так, діалектика (від грецького *dialektike* – мистецтво вести бесіду, спір) являє собою теорію і метод пізнання явищ дійсності у їх розвитку та русі, науку про найбільш загальні закони розвитку природи, суспільства та мислення. До найбільш важливих етапів її розвитку належать: стихійна, наївна діалектика древніх мислителів (Геракліт); діалектика понять Платона, розвинута неоплатонізмом (Платон, Прокл); діалектичне вчення Дж. Бруно та Н. Кузанського; діалектика німецької класичної філософії (І. Кант, І. Фіхте, Ф. Шеллінг, Г. Гегель); діалектика російських революційних демократів XIX ст.

(А.І. Герцен, В.Г. Белинський, Н.Г. Чернишевський); матеріалістична діалектика (К. Маркс, Ф. Енгельс) [109, с. 392].

Що стосується основних діалектичних законів, то до них належать наступні.

1. Єднання та боротьба протилежностей;
2. Закон переходу кількісних змін у якісні;
3. Закон заперечення заперечення.

Розкриємо їх зміст.

Єднання та боротьба протилежностей – розкриває джерело саморуху, розвитку об'єктивного світу та пізнання, адже основу будь-якого розвитку, відповідно до зазначеного закону, становить протиріччя – боротьба (взаємодія) протилежних, взаємовиключних сторін та тенденцій, що одночасно з цим перебувають у внутрішньому єднанні та взаємопроникненні. Єднання протилежностей – відносне, їх боротьба – абсолютна. Єднання характеризує початкову стадію розвитку суперечності, боротьба розкриває його найвищий етап, що обумовлює якісне перетворення об'єкту і виникнення нового протиріччя [107, с. 431].

Закон переходу кількісних змін у якісні зазначає, що зміна якості об'єкту відбувається тоді, коли накопичення кількісних змін досягає певної визначеної граничної межі, після якої кількісні зміни об'єкту призводять до перебудови його структури, за рахунок чого утворюється якісно нова система зі своєю структурою та закономірностями розвитку. Кількісні та якісні зміни обумовлюють один одну. Цікавим є і той факт, що закон також обумовлює зворотну залежність щодо того, що якісні зміни призводять до кількісних. Також зазначається, що процес таких переходів одночасно є перевним та неперервним, так перервність постає у формі якісного стрибка, а неперервність – у формі кількісних змін [107, с. 998].

Третім із основних законів діалектики є закон заперечення заперечення, що характеризує напрям, форму та результат процесу розвитку, єднання поступальності та наступності у розвитку, виникнення нового й відносної повторюваності деяких моментів старого. Відповідно до зазначеного закону розвиток відбувається циклами, кожен з яких складається з трьох стадій: вихідний стан об'єкта, його перетворення у свою протилежність (заперечення),

перетворення цієї протилежності у свою протилежність. Таким чином процес розвитку має форму спіралі в якому кожен цикл відображається як виток спіралі, а сама спіраль – як ланцюг циклів. Зазначається, що дія закону повністю виявляється лише в цілісному, відносно завершеному процесі розвитку, у той час, як на кожній окремій стадії розвитку закон виступає як тенденція [107, с. 961].

Щодо основних діалектичних принципів наукового дослідження розглянемо деякі з них, які мають важливе значення для нашого дослідження [109]:

- загального зв'язку – заснований на філософському постулаті про матеріальну єдність світу, що передбачає всебічне охоплення предмета у тому числі його внутрішні та зовнішні зв'язки для його дійсного пізнання;
- розвитку – передбачає наявність часового зв'язку, в якому система, змінюючись за рахунок внутрішніх причин, зберігає властивості набуті у минулому і додає до них нові властивості, що забезпечує її активність, різнобічність, цілісність та досконалість;
- суперечності – полягає в умовній, що виникає а певних форм та зв'язків єдності та абсолютній боротьбі протилежностей як внутрішнього джерела розвитку дійсності;
- заперечення – визначається у відносному запереченні попереднього при переході до наступного, що обумовлює спіралеподібний розвиток природних явищ та суспільних процесів, а також демонструє зв'язок між кількісними і якісними сторонами предметів;
- історичності – передбачає визначення загального та специфічного у розвитку предметів та явищ з метою встановлення між ними зв'язків за походженням;
- системності – потребує сприйняття предмету з позиції упорядкованої єдності його підсистем і елементів з урахуванням криз і біфуркацій нестійкої фази існування, які передбачають множинність сценаріїв подальшого розвитку;

- єдності аналізу і синтезу – полягає у первинному розділенні для пізнання частин та вторинному поєднанні шляхом визначення місця і ролі окремих частин у існуванні цілого;
- єдності історичного та логічного – заснований на тому, що структура об'єкта є продуктом його еволюції і відбиває її основні етапи, що є особливо важливим для спрощення експериментальної перевірки гуманітарної теорії;
- сходження від абстрактного до конкретного – передбачає виокремлення сторін предмет чи явища, які в дійсності самостійно не існують, а можуть лише застосовуватись для подальшого синтезу уявлень щодо конкретного предмету.

Вагоме місце у дослідженні наукової проблеми належать методам дослідження як засобом отримання нових наукових фактів із застосуванням існуючих знань шляхом здійснення певних інтелектуальних операцій і/або практичних заходів, то для досягнення мети дослідження та вирішення його наукових завдань нами застосовувались методи теоретичного та емпіричного пізнання.

Саме поняття «метод» (від грецького *methods* – шлях дослідження, теорія, вчення) розкривається як спосіб досягнення будь-якої цілі, вирішення конкретної задачі; сукупність прийомів чи операцій практичного чи теоретичного засвоєння (пізнання) дійсності [107, с. 806].

Серед емпіричних нами обрано методи прямого та прихованого спостереження, порівняння, прямого та непрямого вимірювання, описування за допомогою теоретичних положень, а також експерименту, що створять емпіричну основу для подальшого пізнання.

Щодо теоретичних методів, то нами обрано аксіоматичний, теоретичного моделювання, гіпотетично-дедуктивний, а також системно-структурний методи, що слугуватимуть для обробки емпіричних даних з метою визначення та формулювання суті дослідження.

Окрім цього для належної організації та проведення дослідження необхідним є застосування ряду загально логічних методів, зокрема: аналіз (від

грецького *analysis* – розкладення) розчленування (уявне чи реальне) об'єкта на елементи. Аналіз нерозривно пов'язаний з синтезом, є синонімом наукового дослідження загалом. В формальній логіці – уточнення логічної форми (структури) міркування [107, с. 53]; синтез (від грецького *synthesis* – поєднання), поєднання (уявне чи реальне) різноманітних елементів об'єкта в єдине ціле (систему) [107, с. 1223]; індукція (від латинського *inductio* – наведення), умовивід від фактів до певної гіпотези (загальному твердженню). Розрізняють повну індукцію, коли узагальнення відноситься до кінцевоосяжної області фактів, та неповну індукцію, коли вона відноситься до безкінечно або кінцевонеосяжній області фактів [107, с. 497]; дедукція (від латинського *deductio* – виведення), висновок за правилами логіки; ланцюг умовиводів (міркувань), ланки якого (висловлювання) пов'язані відношенням логічної послідовності. Початком дедукції є аксіоми, постулати чи просто гіпотези, які мають характер загальних тверджень («зашальне»), а кінцем – наслідки з посилянь, теореми («часткове»). Якщо посилення дедукції істинні, то істинні і її наслідки. Дедукція – основний засіб доказування [107, с. 372]; аналогія (від грецького *analogia* – відповідність, подібність), подібність предметів (явищ, процесів) щодо певних властивостей. Умовивід за аналогією – знання, здобуте при розгляді певного об'єкту, що було перенесено на менш вивчений, подібний по істотним властивостям, якостям об'єкт. Такий умовивід є одним із джерел наукових гіпотез [107, с. 54]; моделювання, дослідження певних явищ, процесів чи систем об'єктів шляхом побудови та вивчення їх моделей; використання моделей для виявлення чи уточнення характеристик і раціоналізації способів побудови об'єктів, що конструюються. Моделювання – одна із основних категорій теорії пізнання. На ідеї моделювання фактично базується буд-який метод наукового дослідження – як теоретичний (при якому використовуються різного роду знакові абстрактні моделі), так і експериментальний (що використовує предметні моделі) [107, с. 828].

Важливим, на наш погляд, є принцип, сформульований Р. Томом щодо того, що якісне дослідження процесів і систем ніякою мірою не є чимось другорядним щодо кількісного, навпаки, воно має основоположний характер [114, 29, с. 34].

Як зазначають А.К. Айламазян і О.В. Стась, нелінійність описує тенденції різних процесів і систем до нестійкості, переходу до хаотичного руху. Звідси, врахування лінійності і не лінійності дає більш адекватне відображення реальних процесів у різних системах, тому що за їх допомогою виражається єдність стійкості і нестійкості, які є ядром змісту довільного руху [115, с. 55].

Складні та різноманітні процеси розвитку природи і суспільства, як зауважує О.В. Чалий, поступово отримують дедалі адекватні методики дослідження, що спираються на досягнення синергетики (від грецького *synergia* – спільний колективний вплив [116]) та інших наук. Ці методики постійно інтенсивно розвиваються й збагачуються новими ідеями, на їх підставі вже здобули пояснення такі процеси, як спонтанне ускладнення біологічних об'єктів, кореляція процесів структуроутворення, кооперативний характер перебігу цих процесів на великих просторових і часових інтервалах, притаманні багатьом системам значні відгуки на слабкі зовнішні впливи тощо [117, с. 246].

Лауреат Нобелівської премії І.Р. Пригожин зазначає, що всі системи містять підсистеми, які постійно флюктують [118, с. 186], тобто здійснюють випадкові відхилення від середніх значень фізичних величин [107, с. 1431]. Інколи окрема флюктуація або комбінація флюктуацій може стати настільки сильною, що структурна організація системи не витримує і руйнується. В цей переломний момент (у точці біфуркації) принципово не можливо передбачити, в якому напрямі відбуватиметься подальший розвиток: стане система деградувати або перейде на новий вищий рівень упорядкування та організації [118, с. 186]

Важливою при побудові концепції дослідження є думка висловлена Я.В. Цехмістером щодо керування нелінійною системою, тобто переходами системи з одного можливого для неї шляху розвитку на інший. Для цього потрібно вплинути на систему в той момент, коли вона знаходиться в стані нестійкості (поблизу точки біфуркації), причому організувати вплив необхідно топологічно надто чітко, й саме такий вплив переведе систему на бажаний шлях, можливий для неї. При цьому такий вплив може бути занадто слабким, але, що найважливіше, надто точним, він може спонукати до радикальної зміни всієї

еволюції системи тому, що після цього впливу розвиток системи може піти іншим шляхом, який спонукає до якісно нового майбутнього її стану [29, с. 205].

Даний феномен наочно зображується у науково фантастичній книзі Дж. Своллов «Ефект метелика», що показує, як невеликі початкові відмінності можуть призвести до великих непередбачуваних наслідків з часом [119].

Варто зазначити, що загальним уявленням про системи ми зобов'язані Л.ф. Берталанфі, який писав: «Життя – це не стільки структура, скільки процес, який підтримує структуру» [120, с. 95].

Практичний інтерес при визначені концепції дослідження викликають тенденції або принципи переходу до «кращого стану» систем довільної природи (фізичної, хімічної, біологічної, соціальної, політичної тощо), що були висловлені з погляду теорії катастроф В.І. Арнольдом та наведені у дослідженні О.В. Чалого [117, с. 24]: тендітності гарного (стійкого) – система, що знаходиться на межі стійкості, з більшою ймовірністю переходить в нестійкий стан. Це пов'язано з досить зрозумілим з інтуїтивної точки зору, адже «гарні» (стійкі) системи мають задовольняти кільком (інколи багатьом) вимогам, тоді як «погані» можуть мати хоча б один недолік, тобто між «гарними» та «поганими» системами в цьому сенсі відсутня симетрія; погіршення на шляху до кращого – в процесі послідовної еволюції системи до кращого стійкого стану з «поганого» нестійкого відбувається погіршення, до того ж на початковій стадії процесу переходу до кращого стану швидкість погіршення зростає. Максимум протидії на шляху до кращого реалізується до досягнення найгіршого стану. Далі, в цьому самому поганому стані, протидія зменшується й може повністю зникнути, коли система знаходиться вже достатньо близько до кращого стану; стрибкоподібного покращення – якщо система стрибком, а не в процесі поступової еволюції, проходить найгірший стан і опиняється поблизу «гарного», тоді далі вона самовільно рухається в бік цього гарного стану; еволюції до катастрофи – нехтування основними законами природи і суспільства, які спираються на ефекти зворотного зв'язку (в соціальних системах – це, насамперед, особиста відповідальність за прийняте рішення), веде до катастрофи.

Враховуючи зазначене важливим, на нашу думку, у процесі формулювання концепції дослідження є врахування позитивного значення синергетики для сучасної освіти, що було сформульовано О.В. Чалим [116, с. 3-4]: можливість інтегрування знань з різних дисциплін, посилення між предметних зв'язків, пояснення єдності законів розвитку природи і суспільства; сприяння більш повній реалізації основних дидактичних умов організації та здійснення освітнього процесу на підставі головних його принципів – науковості, систематичності, єдності конкретного й абстрактного, зв'язку теорії з практикою тощо; об'єднання різноманітних явищ природи і суспільства, які нині належать до компетенції різних галузей знань; застосування «натурфілософського» підходу до вивчення актуальних наукових і освітніх проблем розвитку природи і суспільства, що значною мірою компенсує процеси диференціації, які були такими характерними для розвитку науки протягом останніх століть.

Узагальнюючи зазначене, нами були обрані наступні принципи організації і проведення дослідження:

- 1) принцип єдності теорії і практики;
- 2) принцип визначеності;
- 3) принцип пізнавальності;
- 4) принцип об'єктивності;
- 5) принцип комплексності;
- 6) принцип системності;
- 7) принцип гуманізму;
- 8) принцип особистісного підходу;
- 9) принцип причинності;
- 10) принцип розвитку;
- 11) спільної участі;
- 12) принцип професійної компетентності дослідника.

Розкриємо їх зміст:

Тож, враховуючи зазначене, нами були обрані наступні принципи організації і проведення дослідження:

1) єдності теорії і практики – передбачає цілісність цих взаємопов'язаних і взаємообумовлюючих складових людської діяльності. Так, зокрема післядипломна освіта лікарів, що є предметом нашого дослідження та визначається як складне комплексне полісемантичне утворення суб'єктами якого є дорослі особистості потребує першочергового практичного спрямування, встановлення очевидного взаємозв'язку із практичною діяльністю осіб, які навчаються, адже лише у випадку забезпечення життєвої та професійної цінності знань, умінь та навичок, що пропонуються для опанування, доросла людина здатна до їх добровільного ефективного та надійного засвоєння;

2) визначеності – полягає у повному та всебічному відображенні основних закономірностей об'єктивних процесів. Таким чином, досліджуючи явище післядипломної освіти лікарів необхідним є усвідомлення її місця у системі професійної медичної підготовки та становленні компетентного лікаря, як етапу практичної підготовки до самостійної діяльності, а також усвідомлення взаємозв'язку між переходом кількості у якість, наприклад необхідності багаторазового повторення визначених навчальним планом та програмою медичних маніпуляцій, як запоруки формування професійної готовності до їх невідкладного самостійного кваліфікованого виконання;

3) пізнавальності – визначає широкі можливості для пізнання людиною світу. Даний принцип є надзвичайно актуальним при неперервному професійному розвитку лікарів, адже сьогодні за умови інформатизації суспільства перешкоди на шляху до знань фактично нівелюються, адже людина, яка бажає освоїти нові професійні технології, методики або підходи має надзвичайно широкі можливості, що часто можуть бути реалізовані безпосередньо х місця роботи або з дому;

4) об'єктивності – потребує всебічного та неупередженого вивчення процесів, явищ та речей у їх широкому різноманітті. Варто зазначити, що даний принцип набуває важливого значення при доборі змісту, форм та методів післядипломної освіти, а також розробці педагогічних технологій та методик, адже навчаючи дорослих необхідно пам'ятати про сукупність особистісних суспільних та індивідуальних потреб та зобов'язань (брак часу, знижена

мобільність, фінансові обмеження тощо), що можуть перешкоджати практичному застосуванню та реалізації навіть найбільш досконалої методики;

5) комплексності – потребує послідовного використання комплексу методів під час тривалого періоду педагогічного дослідження, адже, що стосується формування професійної готовності лікарів до самостійної кваліфікованої діяльності, то це є складний, довготривалий та поступовий процес, що потребує дотримання визначеної послідовності його реалізації;

6) системності – дозволяє розкрити цілісність педагогічних об'єктів, виявити різноманітні типи зв'язків та звести їх в єдину теоретичну картину. Так, реалізація даного принципу потребує дослідження процесу формування та удосконалення системи компетентностей лікаря за усіма її складовими компетентностями, зіставляючи їх формувати цілісну картину ефективності післядипломної освіти;

7) гуманізму – визнає найвищу цінність людини, її гідність, честь та достоїнство, право на щастя, виявлення своїх здібностей. У контексті дослідження професійної підготовки лікарів цей принцип має подвійне значення адже з одного боку передбачає панування атмосфери взаємоповаги та взаєморозуміння безпосередньо під час процесу навчання, а з іншого – потребує його усталення у свідомості лікарів, адже саме медичний фах є одним з найбільш гуманних у світі, таким, що потребує вміння співпереживати, відчувати та поділяти почуття інших;

8) особистісного підходу – проявляється в закономірностях формування готовності до самостійної професійної діяльності, що виявляються у різних індивідуальних для кожної особистості формах. Важливо розуміти, що робота лікарів є творчим, проте стандартизованим процесом, що пов'язаний із психоемоційною напругою та стресом, саме тому необхідно враховувати індивідуальні особливості здобувачів післядипломної освіти, виконувати наставницьку функцію по відношенню до кожної особи, яка навчається окремо, адже в для когось складним є власне мануальне засвоєння навички, у той час як для іншого найбільше зусиль потребує подолання невпевненості у собі та формування здатності до прийняття самостійних рішень тощо;

9) причинності – передбачає встановлення зв'язку між подіями чи процесами. Даний принцип є особливо значущим з позиції оцінювання післядипломної освіти як системного явища усіма суб'єктами освітньої діяльності. Встановлення причинно-наслідкових зв'язків є передумовою для переходу на наступний рівень пізнання відносно того на якому виникло досліджуване явище;

10) розвитку – потребує розвитку явищ у динаміці, тобто у процесі розвитку і становлення. При дослідженні післядипломної освіти, що є багатоступеневих явищем, що відбувається упродовж всього професійного життя лікаря важливим є врахування вектору його руху, що має бути спрямований у позитивному напрямку прогресуючого розвитку, однак, має передбачати і випадки, коли рух особистості відбувається у регресуючому від'ємному напрямку та потребує комплексних психолого-педагогічних заходів корекції;

11) спільної участі – залучення осіб, які навчаються до процесу планування, реалізації й оцінювання результатів навчання разом із викладачем. Зазначений адрагогічний підхід є особливо важливим на етапі післядипломної освіти, адже він не лише дозволяє збільшити залученість осіб, які навчаються до процесу навчання та підвищити їх відповідальність щодо власних результатів, але й створює сприятливі умови для обміну професійним досвідом між колегами;

12) професійної компетентності дослідника – потребує фаховості викладача, як спеціаліста у галузі викладання, а також усвідомленого розуміння ним сутності педагогічних явищ і особливостей їх прояву в конкретних умовах і ситуаціях. Дане положення є невід'ємним при дослідженні явища післядипломної освіти, адже авторитет вчителя, перед особистістю дорослого учня може бути сформований лише за умови визнання його професіоналізму, ерудованості та інших позитивних якостей особистості. Принцип єдності теорії і практики передбачає цілісність цих взаємопов'язаних і взаємообумовлюючих складових людської діяльності. Так, зокрема післядипломна освіта лікарів, що є предметом нашого дослідження та визначається як складне комплексне полісемантичне утворення суб'єктами якого є дорослі особистості потребує першочергового практичного спрямування, встановлення очевидного взаємозв'язку із практичною

діяльністю осіб, які навчаються, адже лише у випадку забезпечення життєвої та професійної цінності знань, умінь та навичок, що пропонуються для опанування, доросла людина здатна до їх добровільного ефективного та надійного засвоєння.

Принцип визначеності полягає у повному та всебічному відображенні основних закономірностей об'єктивних процесів. Таким чином, досліджуючи явище післядипломної освіти лікарів необхідним є усвідомлення її місця у системі професійної медичної підготовки та становленні компетентного лікаря, як етапу практичної підготовки до самостійної діяльності, а також усвідомлення взаємозв'язку між переходом кількості у якість, наприклад необхідності багаторазового повторення визначених навчальним планом та програмою медичних маніпуляцій, як запоруки формування професійної готовності до їх невідкладного самостійного кваліфікованого виконання.

Принцип пізнавальності визначає широкі можливості для пізнання людиною світу. Даний принцип є надзвичайно актуальним при неперервному професійному розвитку лікарів, адже сьогодні за умови інформатизації суспільства перешкоди на шляху до знань фактично нівелюються, адже людина, яка бажає освоїти нові професійні технології, методики або підходи має надзвичайно широкі можливості, що часто можуть бути реалізовані безпосередньо з місця роботи або з дому.

Принцип об'єктивності потребує всебічного та неупередженого вивчення процесів, явищ та речей у їх широкому різноманітті. Варто зазначити, що даний принцип набуває важливого значення при доборі змісту, форм та методів післядипломної освіти, а також розробці педагогічних технологій та методик, адже навчаючи дорослих необхідно пам'ятати про сукупність особистісних суспільних та індивідуальних потреб та зобов'язань (брак часу, знижена мобільність, фінансові обмеження тощо), що можуть перешкоджати практичному застосуванню та реалізації навіть найбільш досконалої методики.

Принцип комплексності потребує послідовного використання комплексу методів під час тривалого періоду педагогічного дослідження, адже, що стосується формування професійної готовності лікарів до самостійної

кваліфікованої діяльності, то це є складний, довготривалий та поступовий процес, що потребує дотримання визначеної послідовності його реалізації.

Принцип системності дозволяє розкрити цілісність педагогічних об'єктів, виявити різноманітні типи зв'язків та звести їх в єдину теоретичну картину. Так, реалізація даного принципу потребує дослідження процесу формування та удосконалення системи компетентностей лікаря за усіма її складовими компетентностями, зіставляючи їх формувати цілісну картину ефективності післядипломної освіти.

Принцип гуманізму визнає найвищу цінність людини, її гідність, честь та достоїнство, право на щастя, виявлення своїх здібностей. У контексті дослідження професійної підготовки лікарів цей принцип має подвійне значення адже з одного боку передбачає панування атмосфери взаємоповаги та взаєморозуміння безпосередньо під час процесу навчання, а з іншого – потребує його усталення у свідомості лікарів, адже саме медичний фах є одним з найбільш гуманних у світі, таким, що потребує вміння співпереживати, відчувати та поділяти почуття інших.

Принцип особистісного підходу проявляється в закономірностях формування готовності до самостійної професійної діяльності, що виявляються у різних індивідуальних для кожної особистості формах. Важливо розуміти, що робота лікарів є творчим, проте стандартизованим процесом, що пов'язаний із психоемоційною напругою та стресом, саме тому необхідно враховувати індивідуальні особливості здобувачів післядипломної освіти, виконувати наставницьку функцію по відношенню до кожної особи, яка навчається окремо, адже в для когось складним є власне мануальне засвоєння навички, у той час як для іншого найбільше зусиль потребує подолання невпевненості у собі та формування здатності до прийняття самостійних рішень тощо.

Принцип причинності передбачає встановлення зв'язку між подіями чи процесами. Даний принцип є особливо значущим з позиції оцінювання післядипломної освіти як системного явища усіма суб'єктами освітньої діяльності. Встановлення причинно-наслідкових зв'язків є передумовою для переходу на наступний рівень пізнання відносно того на якому виникало досліджуване явище.

Принцип розвитку потребує розвитку явищ у динаміці, тобто у процесі розвитку і становлення. При дослідженні післядипломної освіти, що є багатоступневих явищем, що відбувається упродовж всього професійного життя лікаря важливим є врахування вектору його руху, що має бути спрямований у позитивному напрямку прогресуючого розвитку, однак, має передбачати і випадки, коли рух особистості відбувається у регресуючому від'ємному напрямку та потребує комплексних психолого-педагогічних заходів корекції; спільної участі – залучення осіб, які навчаються до процесу планування, реалізації й оцінювання результатів навчання разом із викладачем. Зазначений адрагогічний підхід є особливо важливим на етапі післядипломної освіти, адже він не лише дозволяє збільшити залученість осіб, які навчаються до процесу навчання та підвищити їх відповідальність щодо власних результатів, але й створює сприятливі умови для обміну професійним досвідом між колегами.

Принцип професійної компетентності дослідника потребує фаховості викладача, як спеціаліста у галузі викладання, а також усвідомленого розуміння ним сутності педагогічних явищ і особливостей їх прояву в конкретних умовах і ситуаціях. Дане положення є невід'ємним при дослідженні явища післядипломної освіти, адже авторитет вчителя, перед особистістю дорослого учня може бути сформований лише за умови визнання його професіоналізму, ерудованості та інших позитивних якостей особистості.

Таким чином, ми бачимо, що необхідність реалізації кожного з означених принципів наукового пізнання є необхідною передумовою проведення експериментального дослідження на належному рівні.

Що стосується організаційної структури дослідження, то воно складається з таких етапів: пошуковий; підготовчий; планувальний; гіпотетичний; експериментальний; підсумовуючий; аналітичний; узагальнюючий.

Так, на пошуковому етапі з метою визначення досліджуваної проблеми та вибору власне теми дослідження здійснюється контентний аналіз науково-педагогічної літератури, проаналізовано основоположні нормативно-правові акти з питань освіти, а також проведено огляд сучасних освітніх тенденцій.

Підготовчий етап передбачає формування картотеки за інформаційними джерелами, а також їх реферування.

На цьому етапі йде обґрунтування вибору теми, формулювання мети і завдань дослідження, окреслення переліку питань, що вивчатимуться, відбір методів дослідження, складання плану дослідження, визначення потенційної актуальності та новизни дослідження з урахуванням існуючих напрацювань у сфері післядипломної освіти лікарів, а також підготовка засобів, необхідних для проведення наукового пошуку. Також відбувається висунення припущення, для пояснення закономірностей притаманних післядипломній освіті лікарів, що береться за основу дослідження як істинне та потребує подальшої перевірки з метою її спростування чи підтвердження.

На основному етапі на основі теоретичного аналізу проблеми, вивчення стану її практичної розробки, обґрунтовується зміст базових пошуків дослідження, розробляється концепція та модель післядипломної освіти лікарів, обґрунтовується система компетентності лікаря та критерії ефективності запропонованої моделі післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

На експериментальному етапі здійснюється власне перевірка гіпотези, шляхом проведення педагогічного експерименту, що передбачає відбір матеріалу із застосуванням спеціальних класичних та, за потреби, розробкою авторських методик та методів його проведення.

Під час підсумовувального етапу здійснюється теоретична обробка результатів отриманих на експериментальному етапі.

Під час аналітично-узагальнювального етапу здійснюється аналіз отриманих експериментальних даних, формуються висновки про перевірку гіпотези, ефективність розробленої моделі, відбувається власне літературне оформлення результатів проведеного наукового пошуку.

Що стосується ресурсної бази дослідження, як основного джерела інформації для провадження наукового пошуку, то вона складається з:

- нормативно-правових документів з питань освіти, зокрема вищої та післядипломної, а також неперервного розвитку фахівців охорони здоров'я;
- міжнародних та вітчизняних концепцій щодо розвитку систем освіти, зокрема післядипломної та охорони здоров'я;
- Національної рамки кваліфікацій, кваліфікаційних характеристик фахівців, навчальних планів та програм підготовки спеціалістів;
- історичного досвіду післядипломного навчання;
- педагогічної теорія та практика, у тому числі щодо післядипломної освіти лікарів;
- наявного методичного забезпечення післядипломної освіти;
- педагогічного досвіду післядипломної освіти лікарів у розвинутих країнах світу;
- даних офіційної статистики;
- результатів педагогічного експерименту тощо.

Розкриємо зміст наукових підходів покладених нами в основу нашого дослідження.

Серед наукових підходів, що мають бути визначальними щодо дослідження системи післядипломної освіти лікарів, нами визначено такі, як: системний, аксіологічний, акмеологічний, компетентнісний, особистісно орієнтований, культурологічний, дослідницький, індивідуально-творчий, рефлексивно-діяльнісний та андрагогічний.

Так, системний підхід забезпечує цілісність сприйняття післядипломної освіти лікарів, як системи підготовки до кваліфікованої професійної діяльності, її мети та необхідних результатів із урахуванням діалектики взаємозв'язку між її компонентами, а також основними умовами існування такої системи.

Що стосується аксіологічного підходу, то саме він забезпечує формування у лікарів ціннісного ставлення до професійної діяльності, інтересу до професійного удосконалення та розвитку, потреби щодо пошуку нової інформації, професійного оволодіння нею, яке відбувається через усвідомлення лікарем цілей і цінностей

його професійної діяльності, що утворюють внутрішню основу готовності до інновацій.

Акмеологічний підхід забезпечує можливість для розгляду післядипломної освіти лікарів як складової їх професійного становлення, розвитку та саморозвитку, формування готовності до здійснення кваліфікованої діяльності у галузі охорони здоров'я.

Що стосується особистісно-орієнтованого підходу, то він є важливим для визначення та розвитку особистісних якостей лікарів, їх суб'єктивного досвіду, інтересів, мотивів, індивідуально-психологічних особливостей, як важливих факторів у формуванні професійної готовності.

Компетентнісний підхід є визначальним при модернізації змісту післядипломної освіти лікарів з позиції кінцевих цілей, що мають бути досягнуті у процесі навчання та розкриваються крізь формування професійної компетентності лікарів. Також, необхідним є застосування андрагогічного підходу, як такого, що дозволить оптимізувати процес післядипломної підготовки лікарів з позиції психолого-педагогічних особливостей навчання дорослих.

Таким чином, нами розкрито концепцію дослідження як систему концептуальних положень, що відображають міждисциплінарність обраної проблеми, обґрунтовано комплекс методологічних підходів, принципів (єдності теорії і практики, системності, комплексності, об'єктивності тощо) та методів дослідження, що мають бути використані при здійсненні дослідницького пошуку щодо проблеми післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

Висновки до першого розділу

Результати проведеного історико-педагогічного аналізу становлення післядипломної освіти лікарів в Україні дозволили виокремити такі основні періоди її становлення: госпітальний (1889-1906 рр.) – засновано перші в Україні повторювальні та демонстративні курси з бактеріології для земських лікарів; організовано систематичні курси з теоретичної та практичної бактеріології для лікарів; відкрито перші повторювальні курси з патологічної анатомії; ранній

університетський (1906-1918 рр.) – на базі Університету святого Володимира у Києві засновано перший в історії України університетський осередок післядипломної освіти лікарів у вигляді шеститижневих повторювальних курсів з різних медичних предметів для окремих груп лікарів; університетський (з 1918 рр. по теперішній час) – створено інноваційний спеціалізований освітній заклад післядипломної медичної освіти – Клінічний інститут удосконалення лікарів з подальшим заснуванням спеціалізованих осередків післядипломної медичної освіти в інших українських містах, зокрема Харківського інституту удосконалення лікарів та Клінічного інституту удосконалення лікарів у місті Одеса; розширено практику післядипломної підготовки лікарів в Україні із залученням медичних закладів вищої освіти.

У розділі досліджено стан післядипломної освіти лікарів періоду незалежності України в контексті організаційних перетворень у вищій освіті: впроваджено ступеневу вищу освіту, упорядковано напрями підготовки і спеціальності вищої освіти; трансформовано типи закладів вищої освіти. Охарактеризовано зміни у вищій медичній і післядипломній освіті. У 90-ті роки ХХ ст. – на початку ХХІ ст. запроваджено форми (інтернатура, клінічна ординатура та циклова підготовка) і види післядипломної освіти (спеціалізація, удосконалення, стажування, підвищення кваліфікації); відбувалась розбудова спеціалізованих освітніх інституцій (медичні інститути набули статусу університетів). Відбувається стандартизація медичної освіти шляхом упровадження державної атестації для випускників медичних спеціальностей у формі стандартизованого тестового та практично орієнтованого державних іспитів. Удосконалено систему підготовки фахівців для галузі охорони здоров'я шляхом запровадження ступеневої освіти (освітньо-кваліфікаційні рівні молодших спеціалістів, бакалаврів, спеціалістів, магістрів медицини), визначенням вимог до терміну і змісту до- та післядипломної підготовки лікарів. Таким чином, можна відзначити розвиток післядипломної медичної освіти на теренах України, зокрема шляхом запровадження обов'язкових програм післядипломної підготовки лікарів, а також створення та розбудови спеціалізованих освітніх інституцій.

На основі теоретичного аналізу базові поняття дослідження класифіковано у дві групи. До першої віднесено загальні поняття, які характеризують сучасний розвиток вищої та післядипломної освіти: «неперервна освіта», «професійна підготовка», «професіоналізм», «післядипломна освіта», «неперервний професійний розвиток», «компетентність», «професійна компетентність». Друга група включає поняття, що розкривають специфіку післядипломної освіти лікарів: «інтернатура», «лікарська резидентура», «спеціалізація», «клінічна ординатура», «підвищення кваліфікації».

У розділі з'ясовано підходи до тлумачення поняття «неперервна освіта» як процес особистого, соціального та професійного розвитку індивіда впродовж його життя, здійснюваний з метою удосконалення якості життя як окремої особистості, так і суспільства (Д. Раве); як безкінечне пізнання світу, під час якого відбувається розвиток особистості (В.ф. Гумбольдт). Багатовимірність поняття «професійна підготовка» підтверджують дослідження, в яких визначено його різні дефініційні ознаки: як сукупність спеціальних знань, навичок, умінь, якостей, трудового досвіду та норм поведінки, що є передумовами для успішної професійної діяльності фахівця, а також система організаційних заходів, що сприяють формуванню знань, умінь, навичок і професійної готовності до трудової діяльності (І.В. Соколова); як засіб стимулювання індивідуального потенціалу особистості, її пізнавальної та творчої активностей на основі здобутих загальнонаукових і професійно значимих знань, вмінь та навичок (Л. Губер). Проаналізовано феномен «професіоналізму» як підготовленість до виконання завдань професійної діяльності, як одну з провідних якостей сучасного фахівця, рівні сформованості якої визначають ступені, етапи його руху до високих показників праці (С.О. Сисоєва); як інтегральну характеристику поняття професійної підготовки (Л.П. Сущенко); динамічний стан людини (С.А. Дружиллов).

На основі аналізу широкої джерельної бази, зокрема документів міжнародних організацій, зроблено висновок про розбіжність в тлумаченні значень базових понять, які включено до другої групи.

Поняття «професійна компетентність лікаря» визначено як інтегральну професійно-особистісну характеристику, котра передбачає наявність сукупності сформованих компетентностей, що забезпечують здатність особи ефективно та усвідомлено розв'язувати завдання професійної діяльності відповідно до встановлених міжнародних і національних стандартів у галузі охорони здоров'я. Поняття «система компетентностей лікаря», що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, визначено як цілісну, інтегративну, особистісну, багаторівневу характеристику, що формується в результаті професійної підготовки на до- та післядипломному освітніх етапах, а також у процесі неперервного професійного розвитку, успішність якої зумовлена сукупністю сформованих у фахівця компетентностей, що сприяють професійній соціалізації особистості, становленню у неї ціннісних орієнтацій, формуванню світоглядних переконань і поглядів, а також професійної майстерності, задоволеності результатами своєї професійної діяльності, здатності до встановлення вертикальної та горизонтальної комунікації, потреби та здатності до самостійного розвитку та удосконалення впродовж життя.

У дисертації післядипломна освіта лікарів розглядається як безперервний, багатоступеневий і поліфункціональний освітній процес, котрий реалізується після завершення медичного закладу вищої освіти (додипломний етап) та спрямований на формування й удосконалення професійної компетентності лікаря, його здатності до розв'язання завдань професійної діяльності з урахуванням сучасних світових медичних стандартів, етичних і деонтологічних принципів, усвідомлення пріоритету життя і здоров'я кожної людини та суспільства в цілому, а також з метою успішного конкурування на світовому ринку праці.

На основі теоретичного аналізу проблеми післядипломної освіти лікарів визначено основні напрями наукових досліджень з теоретичних і методичних основ функціонування системи післядипломної освіти, діяльності медичних закладів вищої освіти, правового регулювання післядипломної освіти; організації післядипломної освіти із запровадженням технологій дистанційного навчання. Доведено, що проблему післядипломної освіти вивчено у площині діяльності окремих професійних груп (педагогів, працівників митної сфери, поліцейських,

державних службовців). Незважаючи на значний масив наукових праць, присвячених проблемі післядипломної освіти працівників сфери охорони здоров'я (спеціалістів з медсестринства, керівників системи охорони здоров'я, провізорів та фармацевтів), післядипломна освіта лікарів в умовах медичного університету, з притаманними їй специфічними соціальними, структурними та організаційними особливостями, не була предметом окремого комплексного дослідження.

У роботі розкрито концепцію дослідження як систему концептуальних положень, що відображають міждисциплінарність обраної проблеми, обґрунтовано комплекс методологічних підходів, принципів (єдності теорії і практики, системності, комплексності, об'єктивності тощо) та методів дослідження, що мають бути використані при здійсненні дослідницького пошуку щодо проблеми післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

РОЗДІЛ 2

ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ

У розділі розглянуто особливості післядипломної освіти лікарів; проаналізовано процес імплементації компетентнісного підходу у післядипломній освіті лікарів в Україні; охарактеризовано організацію та сучасний стан післядипломної освіти лікарів; представлено зарубіжний досвід післядипломної освіти лікарів.

2.1. Особливості післядипломної освіти лікарів

Здоров'я населення є інтегральним показником суспільного розвитку країни, відображенням її політичного, соціально-економічного та морального станів, могутнім чинником формування демографічного, економічного, трудового потенціалів держави й суспільства. Підготовка лікаря, здатного повністю відповідати високим професійним орієнтирам, є важливою проблемою, яка стоїть перед професійною медичною освітою [29, с. 7]. Особливого значення набуває проблема формування професійної компетентності лікарів на етапі післядипломної освіти, як такому, що спрямований на підготовку лікаря до самостійної професійної діяльності.

Суспільна значущість і складність професії лікаря вимагає від нього високого рівня професійної підготовки, досконалих знань сучасної теорії та практики медицини, опанування навичок, тактикою, відомими методами та прийомами лікарської діяльності. Лікар повинен удосконалювати свої знання та навичкам, докладати необхідних зусиль до професійного самовдосконалення на рівні сучасного стану медицини.

Своєю актуальністю та сучасністю вражають слова З.П. Замасного, висловлені майже 20 років тому, щодо того, що реформування системи охорони здоров'я в країні відбувається у складних соціально-економічних умовах, її успіх, а також подальший розвиток нашої медичної науки значною мірою залежить від підготовки кадрів, здатних робити реформи. Перманентне протягом багатьох

років реформування системи медичної освіти все ще не дає суттєвих якісних змін у підготовці спеціалістів. Невисока ефективність пошуків оптимальних навчальних програм та організаційно-методичних підходів до організації навчального процесу зумовлюються низкою об'єктивних причин. Це, насамперед, загальна криза у суспільстві як економічна, так і морально-ідейна, властива такому перехідному періоду, який переживає нині наша держава. Як наслідок – низький рівень стимуляції молоді до здобуття належної медичної освіти. Кількість тих, хто бажає навчатись у медичних університетах, і кількість студентів, які намагаються добре вчитись, відрізняється не на користь останніх [121, с. 12].

Розвиток системи медичної освіти щільно пов'язаний зі змінами, що відбуваються в суспільстві. Україна отримала унікальний історичний шанс поставити владу на службу кожному громадянину, збудувати справедливу і заможну європейську державу, яку шанують і цінують її власні громадяни і до якої з повагою ставляться на міжнародній арені. Україна вступила в період духовного піднесення, що надає нам унікальний шанс ствердитися як держава високоосвічених, високоморальних, працелюбних і вільних громадян, яких поважатимуть у світі [122].

Відтак, розглядаючи медичну освіту, її особливості та специфіку, визначальним постає власне об'єкт лікарської діяльності – людина, її життя та здоров'я, які є найвищими суспільними та державними цінностями, що мають охоронюваний статус [123].

У цьому контексті, вважаємо за необхідно звернути увагу на визначення поняття «здоров'я», що безпосередньо характеризує об'єкт діяльності лікарів. Так, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів [124]. Саме тому професійна діяльність медичних працівників має бути спрямована не лише на лікування та попередження захворювань, але і на сприяння виникненню психічного та соціального благополуччя людей, що відповідно вимагає додаткових професійних знань, емоційних зусиль та емпатійного світосприйняття від лікаря.

Саме тому, вважаємо, що для забезпечення базису для системного вивчення особливостей та специфіки підготовки лікарів, зокрема на післядипломному етапі необхідним є звернення до таких філософських категорій, як «індивідуальне, особливе та загальне», що відображають об'єктивні зв'язки світу та характеризують процес його пізнання. Так, індивідуальне визначає предмет, що є обмеженим у просторі та часі; загальне – подібна, абстрагована від індивідуальних та особливих явищ властивість, ознака, на підставі якої, предмет або явище об'єднуються у той чи інший клас, вид чи рід. Єднання у різноманітті – закон, що поєднує різноманіття явищ у систему. Що стосується особливого, то це єднання індивідуального та загального, предмет, що розглядається у своїй конкретній цілісності як визначено загальне та як не виключене із взаємозв'язку всесвіту індивідуальне. У той же час індивідуальне визначається як форма існування загального у дійсності, а особливе – як загальне, реалізоване в індивідуальному [107, с. 430].

Таким чином, у якості загального у нашому дослідженні визначимо професійне становлення та розвиток фахівців. Особливим постає полісемантична післядипломна освіта. А індивідуальним – власне післядипломну освіта лікарів.

Отже, професійне становлення лікаря є тривалим та багатоступеневим процесом, спрямованим на формування компетентного фахівця здатного до надання кваліфікованої медичної допомоги, здійснення профілактики захворювань та популяризації здорового способу життя серед населення [29, с. 112].

З огляду на соціальну значущість та суспільну відповідальність професії лікаря, обґрунтованою постає тривалість його професійної підготовки. Так, на сьогодні, в умовах запровадження ступневості вищої освіти зацікавлення викликає особливий виокремлений статус програм додипломної підготовки магістрів за спеціальністю «Медицини».

Відповідно до законодавства України існують такі ступені вищої освіти, як: молодший бакалавр; бакалавр; магістр; доктор філософії/доктор мистецтва; а також доктор наук. Присудження відповідного ступеня вищої освіти передбачає успішне виконання особою відповідної освітньої або наукової програми [21].

Так, що стосується освітнього ступеня магістра, здобуття якого здійснюється на другому рівні вищої освіти, то обсяг освітньо-професійної програми його підготовки становить 90-120 кредитів європейської кредитно-трансферної системи, а обсяг освітньо-наукової програми – 120 таких кредитів. Важливо, що у якості вступної вимоги для осіб, бажаючих здобути кваліфікацію магістра визначено наявність у них ступеня бакалавра без зазначення спеціальності або галузі знань у якій його здобуто [21].

Тобто, успішно опанувавши освітньо-професійну програми підготовки на першому рівні освіти в обсязі 180-240 кредитів європейської кредитно-трансферної системи та здобувши кваліфікацію бакалавра, скажімо, за спеціальністю «Економіка», особа має повне право продовжити своє навчання за освітньо-професійною програмою підготовки магістрів, наприклад, за спеціальністю «Журналістика».

Така вертикальна та горизонтальна інтеграція освітньо-професійних програм за різними спеціальностями створює ряд переваг для становлення компетентної всебічно розвинутої особистості фахівця з вищою освітою, сприяє формуванню широти його професійного та соціокультурного світогляду, а також забезпечує передумови для сприятливої трудової адаптації, що у сучасних умовах постіндустріального суспільства вимагає від фахівця значної різноманітності знань, умінь та навиків.

Однак, зазначений стан речей не розповсюджується на здобуття вищої освіти за програмами підготовки магістрів медичного, фармацевтичного або ветеринарного спрямування.

Так, для осіб, які бажають стати дипломованими лікарями необхідним є успішне виконання відповідної освітньої програми у обсязі, що становить 300-360 кредитів європейської кредитно-трансферної системи та розрахована в Україні на шестирічний цикл підготовки [21].

Поряд з тим, необхідно наголосити на можливості здобуття ступенів вищої освіти молодший спеціаліст та бакалавр у галузі знань «Охорона здоров'я», однак у даному випадку кваліфікація, яку здобуде випускник буде визначена як молодший спеціаліст за спеціальністю «Медицина», сестра медична або

фельдшер, тобто формулювання «лікар бакалавр» у законодавстві відсутнє. Адже кваліфікація «Лікар» може бути присуджена лише особі, яка успішно виконала освітню програму підготовки магістрів за спеціальністю «Медицина» [21].

Таким чином, ми бачимо, що законодавець встановлює більш жорсткі вимоги щодо процесу додипломної підготовки лікарів, що зокрема характеризується своєю тривалістю, неперервністю та професійною послідовністю.

Що ж стосується післядипломної освіти, то на відміну від більшості інших спеціальностей, де вона є суто добровільною, або такою, що реалізується у вигляді періодичного підвищення кваліфікації та подальшої атестації фахівців на етапі неперервного професійного розвитку, переважно один раз на п'ять років, то для лікарів даний вид навчання є обов'язковим, що закріплено законодавчо [18].

Так, дипломовані лікарі, які здобули кваліфікацію «Магістр» за спеціальністю «Медицина», на відміну від своїх колег економістів, юристів, менеджерів, вчителів, інженерів та інших фахівців не можуть розпочинати свій самостійний професійний трудовий шлях, адже обов'язковим етапом їх післядипломного навчання є первинна спеціалізація в інтернатурі з метою здобуття ними звання лікаря-спеціаліста за певною спеціальністю, що є так званою «перепусткою» до самостійної медичної практики.

Тобто, саме на цьому етапі дипломований лікар, який закінчив шестирічний курс додипломного навчання за загально медичною програмою підготовки набуватиме одну з тридцяти лікарських спеціальностей, доступних для опанування на етапі первинної спеціалізації. Щодо тривалості інтернатури, то законодавцем вона визначається у роках і становить від одного до трьох років (див. додаток В) [125].

Так, частіше за все три роки навчаються лікарі, які здобувають хірургічні спеціальності (Акушерство та гінекологія, Дитяча хірургія, Нейрохірургія, Хірургія), два роки триває первинна спеціалізація для фахівців терапевтичного напрямку та представників вузьких хірургічних спеціальностей (Внутрішні хвороби, Загальна практика – сімейна медицина, Педіатрія, а також Отоларингологія, Офтальмологія, Урологія та інші), півтора роки вчать лікарі,

які здобувають більш вузьку спеціалізацію терапевтичного спрямування (Психіатрія, Дерматовенерологія, Неврологія тощо), а також існує не чисельна кількість спеціальностей, за якими первинна спеціалізація триває лише рік (Патологічна анатомія, Лабораторна діагностика тощо) [125].

Варто зазначити, що відповідно до навчальних планів і програм підготовки лікарів-спеціалістів в інтернатурі обсяг навчального навантаження інтернів на рік становить 1560 годин, що складає 52 кредити європейської кредитно-трансферної системи [126].

Особливістю даного етапу навчання лікарів є власне практична спрямованість їх професійної підготовки з метою формування професійної готовності до самостійної кваліфікованої професійної діяльності [18].

З метою забезпечення найбільш ефективної інтеграції теоретичної та практичної підготовки у лікарів в інтернатурі процес навчання організовано в особливій очно-заочній формі. Так, відповідно до законодавства України, під час заочної фази навчання лікарі-інтерни без відриву від роботи, що здійснюється на посаді лікаря-інтерна за спеціальністю навчання, або у формі стажування на відповідній посаді вивчають літературу і виконують контрольні завдання, у той час, як під час очної фази навчаються у закладах вищої медичної освіти з повним відривом від роботи (стажування) [23].

Відтак, з огляду на те, що спеціалізація лікарів відбувається на етапі післядипломного навчання закономірною постає можливість щодо вторинної спеціалізації лікарів, що на сьогодні відбувається шляхом проходження курсу спеціалізації тривалість якого становить від одного (наприклад – проходженні спеціалізації за спеціальністю «Дитяча дерматовенерологія» лікарями – дерматовенерологами) до дев'яти місяців (наприклад – при проходженні спеціалізації за спеціальністю «Дитяча хірургія» лікарями, які закінчили інтернатуру за спеціальностями педіатричного профілю) та в середньому становить 3 місяці (наприклад – як при проходженні спеціалізації за спеціальністю «Кардіологія» лікарями-терапевтами, або спеціалізації за спеціальністю «Дитячої хірургії» лікарями-хірургами). Виключення становить спеціалізація за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я», для

лікарів, які закінчили інтернатуру за будь-якою спеціальністю медичного профілю і плануються до зарахування на посади топ-менеджерів у галузі управління державною системою охорони здоров'я тривалість якої становить 18 місяців [79].

Аналізуючи перелік циклів спеціалізації лікарів та їх тривалість з позиції світової практики післядипломної освіти лікарів, де набуття вузької субспеціалізації або опанування нового широкого фаху можливе лише шляхом проходження підготовки в резидентурі, що становить від одного до трьох років, а в окремих країнах може тривати до шести, неможливо не відзначити абсурдність деяких позицій щодо здобуття вторинної спеціалізації в Україні [48, с. 78].

Так, спеціалізація лікарів ортопедів-травматологів за спеціальністю «Нейрохірургія» триватиме п'ять місяців на базі двохрічної інтернатури. У той час як сама лише інтернатура за спеціальністю «Нейрохірургія» триває три роки. Таким чином, законодавець вважає, що послідовне опанування двох різних спеціальностей може тривати менше (у даному випадку – два роки і п'ять місяців) ніж саме оволодіння однією з них. Теж саме стосується і спеціалізації за спеціальністю «Акушерство та гінекологія», що для лікарів, які закінчили інтернатуру за однією зі спеціальностей «лікувальна справа» (окрім лікарів-хірургів та дитячих гінекологів) вона триватиме дев'ять місяців, у той час як сама лише інтернатура за спеціальністю «Акушерство та гінекологія» триває три роки (тридцять три місяці). Відтак, для прикладу, лікар-дерматовенеролог або лікар-фтизіатр, які навчались в інтернатурі впродовж півтора року можуть здобути фах лікаря-акушера гінеколога лише за дев'ять місяців тобто загалом навчаючись за програмами післядипломної освіти два роки і три місяці, що на понад пів року швидше від своїх колег, які проходять трирічну інтернатуру за відповідною спеціальністю [79, 125].

Окрім цього необхідно відзначити де-юре відсутність деяких медичних спеціальностей в Україні, які де-факто набули значного поширення у медичній практиці нашої держави та є нормативно визначеними у розвинутих країнах світу. Зокрема, у якості прикладу можна розглянути пластичну хірургію.

Пластична хірургія як розділ хірургії, що спрямований на усунення деформацій і дефектів органу, тканини або поверхні людського тіла чи корекції видимих фізіологічних змін відомий людству ще з прадавніх часів [127]. Так, у папірусі Едвіна Сміта – транскрипції стародавнього єгипетського медичного тексту, одного з найстаріших відомих хірургічних трактатів (3000 до 2500 років до н.е.) описується пластична хірургія зламаного носа [128].

Сучасною тенденцією розвитку пластичної хірургії є її естетична спрямованість, адже більшість пластичних операцій не мають реконструктивної функції. Так, за даними Американської спілки пластичних хірургів у 2016 році її членами було здійснено понад 17 млн. естетичних пластичних операцій 89,7% з яких були малоінвазивними. Загальна кількість реконструктивних пластичних операцій за аналогічний період становить трохи менше 6 млн. Серед найбільш поширених хірургічних втручань з естетичною метою визначають: збільшення грудей, ліпосакцію, ринопластику, блефаропластику та підтяжку обличчя [129].

В Україні офіційна статистика щодо кількості пластичних операцій не ведеться, та за деякими даними з естетичною метою їх виконується близько 15 000 на рік. Саме тому, питання щодо правового регулювання пластичної хірургії в Україні набуває все більшої актуальності [130].

У Сполучених Штатах Америки, що є лідером за кількістю пластичних операцій на рік (20% від загальної кількості пластичних операцій в світі) [131] право на їх проведення мають особи, які успішно пройшли 6-річну програму післядипломної підготовки в резидентурі з пластичної хірургії або пройшли 3-річну резидентуру з загальної хірургії та 3-річну резидентуру з пластичної хірургії. Для пластичних хірургів, які додатково бажають здобути вузьку субспеціальність існують програми однорічної спеціалізації [132].

До компетенції пластичного хірурга у Сполучених Штатах Америки належить здійснення обстежень пацієнтів з вродженими деформаціями або дефектами, що виникли унаслідок хвороби чи травми, виконання оперативних втручань з метою виправлення, реконструкції або відновлення фізичних чи функціональних дефектів, а також проведення оперативних втручань з естетичною метою [132].

В Україні можливості для післядипломного навчання на здобуття звання лікаря-спеціаліста з пластичної хірургії немає, адже у Класифікаторі професій ДК 03:2010 та, відповідно, у «Довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників» відсутня професія «лікар-хірург пластичний» [143]. Відтак, на практиці до проведення пластичних операцій переважно допускаються лікарі хірургічних спеціальностей, які пройшли курси підвищення кваліфікації в Україні або за кордоном з пластичної хірургії або її окремих розділів [130].

З метою удосконалення пластичної та реконструктивної хірургічної допомоги населенню України Міністерством охорони здоров'я України було видано наказ від 02 квітня 2009 №210, яким, зокрема регламентувався порядок спеціальної підготовки лікарів-хірургів з пластичної та реконструктивної хірургії, а також затверджувалась типова посадова інструкція лікаря-хірурга, структурного підрозділу закладу охорони здоров'я, який буде надавати спеціалізовану медичну допомогу з пластичної та реконструктивної хірургії [133]. Проте, означений нормативно-правовий акт було скасовано відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06 серпня 2010 р. №660 як такий, що підлягав державній реєстрації та не був зареєстрований в Міністерства юстиції України [134].

Також варто зазначити, що відповідно до резолюції XXIII З'їзду хірургів України, що проходив 21-23 жовтня 2015 р. у м. Київ було висловлено пропозиції щодо внесення до переліку лікарських спеціальностей спеціальності «пластична та реконструктивно-відновна хірургія», а також прийняття розробленого Всеукраїнською асоціацією пластичних, реконструктивних та естетичних хірургів проекту наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про удосконалення медичної допомоги з пластичної хірургії населенню України» [135]. Однак, питання щодо допуску лікарів за спеціальністю «Хірургія» до проведення пластичних операцій в Україні все ще залишається неврегульованим законодавчо.

Проект наказу розроблений з метою регламентації діяльності закладів охорони здоров'я та лікарів у сфері пластичної хірургії. Введення лікарської спеціальності «пластична хірургія» дозволить покращити якість і підвищити клінічну та економічну ефективність медичної допомоги. Відповідно до проекту,

пластична хірургія як розділ медичної допомоги, передбачає комплекс медичних та реабілітаційних заходів спрямованих на усунення [135]:

- анатомічних та функціональних дефектів покривних тканин і структур, що до них прилягають, різної локалізації, які виникають внаслідок вроджених вад розвитку, гострих травм та їх наслідків, захворювань і хірургічних втручань (реконструктивна пластична хірургія);
- вад покривних тканин і структур, що до них прилягають, різної локалізації, які виникають внаслідок вікових змін, а також внесення корекції в свою зовнішність за бажанням пацієнтів (естетична пластична хірургія).

Реконструктивні та пластичні операції допомагають усунути деформації, дефекти тканин і органів, і відновити їх функції методами пластичної хірургії. На сьогодні подібні операції проводяться всім, хто отримав тілесне ушкодження в результаті травми, хвороби або мають вроджені дефекти. Необхідність проведення таких операцій різко зросла у зв'язку з великою кількістю пацієнтів поранених у ході бойових дій у зоні проведення антитерористичної операції. Успішно проведена реконструктивна операція може докорінно змінити якість життя людини та допоможе по вернути відчуття повноцінного життя.

Зрозуміло, що у випадках, коли пацієнт залишається задоволеним естетичним результатом проведеного хірургічного втручання, а його життя та здоров'ю не завдано шкоди під час пластичної операції, питання підготовки лікарського персоналу залишаються поза увагою. Проте, у разі, якщо виникають питання щодо відшкодування шкоди, завданої каліцтвом, іншим ушкодженням здоров'я або смертю фізичної особи лікарська кваліфікація є надзвичайно важливою як з позиції захисту пацієнтів, так і з позиції захисту самих лікарів.

Аналізуючи у даному контексті нормативно-правові акти, що врегульовують питання, пов'язані з медичною діяльністю, увагу привертають положення ст. 138 Кримінального кодексу України відповідно до якої передбачено відповідальність за «Зайняття лікувальною діяльністю без

спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого....» [136].

Отже, лікувальна діяльність визнається незаконною лише за умов, коли вона здійснюється: без спеціального дозволу; особою, яка не має належної медичної освіти [136]. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10 серпня 2000 р. №195 «Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини» спеціальний дозвіл це документ, який підтверджує відповідність конкретної особи кваліфікаційним вимогам для провадження медичної діяльності у галузі народної і нетрадиційної медицини, за умови обов'язкового контролю такої діяльності з боку лікаря. Однак, хірургічні втручання, відповідно до зазначеного наказу не належать до загально дозволених видів медичної діяльності, що здійснюється за спеціальним дозволом [137].

Обов'язковою умовою незаконності лікувальної діяльності є здійснення такої діяльності суб'єктом, який не має належної медичної освіти. Належною медичною освітою слід вважати сукупність знань, які відповідно до чинного законодавства надають право на заняття лікувальною діяльністю певного виду. Відтак, суб'єктами незаконної лікувальної діяльності можуть бути особи які: взагалі не мають медичної освіти; мають медичну освіту, але здійснюють медичну діяльність не відповідно до одержаної спеціальності і (або) рівня підготовки [138].

Отже, вивчаючи питання щодо «належної» медичної освіти фахівців, що надають медичні послуги з пластичної хірургії, то з огляду на те, що програми післядипломного навчання на здобуття звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Пластична хірургія» сьогодні в Україні відсутні, дане питання залишається законодавчо неврегульованим та у випадку виникнення судових спорів може трактуватися лише за власним розумінням та переконанням суду.

Саме тому, на нашу думку, абсолютно необхідними та своєчасними є кроки щодо реформування післядипломної освіти лікарів в Україні, зокрема шляхом приведення її у відповідність до міжнародних стандартів.

У цьому контексті необхідно зазначити, що важливе місце у розвитку та стандартизації медичної освіти відіграє Всесвітня федерація медичної освіти (World Federation for Medical Education – WFME), що була заснована у

Копенгагені (Данія) у 1972 р. за ініціативи Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization – WHO) та Всесвітньої медичної асоціації (World Medical Association – WMA) з метою підвищення якості медичної освіти в усьому світі шляхом запровадження найвищих наукових та етичних стандартів в медицині [139].

Основним напрямком діяльності Всесвітня федерація медичної освіти є розробка міжнародних стандартів на етапах базової, додипломної та післядипломної медичної освіти, а також неперервного професійного розвитку, які станом на 2011 р. були застосовані близько половиною медичних шкіл в усьому світі [139].

Варто зазначити, що така стандартизація підготовки лікарів є не лише позитивним досвідом, вона є необхідною вимогою часу щодо забезпечення рівних суспільних можливостей щодо доступу до медичної допомоги населення в усьому світі. Адже лише за умови професійної підготовки лікарів з урахуванням сучасних здобутків світової науки та медичної практики людство потенційно наблизиться до подолання таких найбільш суспільно небезпечних захворювань, як: лихоманка Ебола, холера, червоний вовчак, «пташиний грип», поліомієліт, «коров'ячий сказ», малярія, туберкульоз, онкологічні захворювання, синдром набутого імунodefіциту (СНІД), вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) тощо [140].

Розглядаючи стандарт післядипломної освіти, затверджений Всесвітньою федерацією медичної освіти у 2015 р. звертаємо увагу на лаконічність його структури. Так основний текст документи становить лише 33 сторінок та включає у себе такі розділи: місія та результати; освітні програми; оцінювання; інформація для здобувачів освіти; інформація для надавачів освіти; освітні ресурси; удосконалення програм підготовки; управління та адміністрування; а також неперервне оновлення [141].

Також існує окремий стандарт, що врегульовує власне неперервний професійний розвиток лікарів (2015 р.) основний зміст якого викладено на 23 сторінках та структуровано за такими розділами, як: місія та результати; освітні програми; оцінювання та документація; особистість лікаря; забезпечення

неперервного професійного розвитку; освітні ресурси; удосконалення заходів неперервного професійного розвитку; організація; неперервне оновлення [142].

Що ж стосується неперервного професійного розвитку фахівців в Україні, то на сьогодні його особливий статус визначається постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я», зокрема зазначений документ відображає концептуальний напрям реформування професійного удосконалення лікарів, що залишилася у спадок від радянської освітньої системи в ефективну систему підтримання та розвитку професійних компетентностей лікаря упродовж всього періоду його професійної діяльності у його загальній цілісності та безпосередній етапності [26].

Відтак, у зазначеному документі неперервний професійний розвиток фахівців у сфері охорони здоров'я визначається як неперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дає змогу фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб сфери охорони здоров'я та триває протягом усього періоду професійної діяльності [26].

Таким чином, у даному випадку особливими постають межі, визначені для неперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, адже для представників інших спеціальностей даний етап матиме свій початок одразу після завершення додипломного навчання, у той час як для лікарів цей період відтермінується до моменту здобуття конкретної лікарської спеціальності, адже сама лише кваліфікація магістра медицини не дає права на провадження самостійної медичної практики в нашій державі.

Однак, критично осмислюючи визначення поняття неперервної освіти фахівців охорони здоров'я, на нашу думку, недостатньо визначеним виглядає місце, що визначає початковою точкою даного процесу завершення інтернатури, адже відповідно до Класифікатора професій України сьогодні існує понад 100 лікарських посад [143], у той час на етапі первинної спеціалізації в інтернатурі доступними для опанування є лише тридцять з них [125]. Тобто, якщо випускник

медичного університету чітко бачить себе, наприклад, лікарем нефрологом, то карта його післядипломного навчання, відповідно до чинної нормативної бази, передбачатиме дві облікові точки, а саме проходження двохрічної інтернатури за спеціальністю «Внутрішні хвороби» і подальшу шестимісячну спеціалізацією за спеціальністю «Нефрологія». Таким чином, на нашу думку, якщо фахівець, який після завершення інтернатури продовжує своє післядипломне навчання, що передбачає присвоєння звання лікаря-спеціаліста з певної спеціальності, то такий освітній етап правильніше вважати продовженням післядипломної освіти, а не власне одним з перших етапів неперервного професійного розвитку, як прямо зазначено у нормативному документі. Відтак, на нашу думку, у зазначеному нормативному визначенні слово інтернатура було б доцільніше замінити на етап післядипломного навчання, що завершується присвоєнням звання лікаря спеціаліста з певної спеціальності.

Обґрунтованість нашої позиції підтверджується загальним для всіх галузей знань визначенням післядипломної освіти, наведеним у Законі України «вищу освіту», де зазначено, що вона передбачає набуття нових та вдосконалення раніше набутих компетентностей на основі здобутої вищої, професійної (професійно-технічної) або фахової передвищої освіти та практичного досвіду та включає у себе: спеціалізацію, перепідготовку, підвищення кваліфікації та стажування. Що стосується післядипломної освіти фахівців у галузі охорони здоров'я, то до неї законодавець відносить інтернатуру та лікарську резидентуру [49].

На нашу думку, зазначені формулювання свідчать про те, що опанування нової спеціальності, у тому числі під час спеціалізації, зокрема за часів відсутності реально діючого інституту лікарської резидентури, є не чим іншим як складовою частиною післядипломної освіти лікарів.

Для підтвердження висловленої нами думку доречно розглянути визначення післядипломної освіти, запропоноване Всесвітньою федерацією медичної освіти, що зокрема визначає, як фазу у якій лікарі розвивають свої компетентності під керівництвом з моменту здобуття базової медичної кваліфікації та до моменту самостійної практики і може включати в себе освіту до реєстрацій (що передбачає право на провадження самостійної практики), систематичне професійне навчання,

освітні програми спеціалізації чи субспеціалізації, а також інші формалізовані освітні програми для опанування визначених експертних функцій [141, с. 15].

Таким чином, важливо пам'ятати про структурну складність післядипломної освіти лікарів як в Україні, де вона представлена у вигляді інтернатури та спеціалізації, так і в розвинутих світових країнах, де найчастіше вона реалізується у вигляді інтернатури та резидентури.

Вважаємо за необхідне звернути увагу на визначення неперервної професійної освіти наведено Всесвітньою федерацією медичної освіти, що визначає цей процес як період освіти та практичної підготовки лікарів, що розпочинається після завершення базового та післядипломного етапів медичної освіти та триває впродовж всього професійного життя кожного лікаря. Проте неперервний професійний розвиток також може розглядатися як неперервний процес, що триває упродовж всього життя починаючи з того моменту, коли студент поступає в медичну школу і триває доти, поки лікар займається професійною діяльністю [142, с. 8]. Хочемо відзначити, що нам імпонує таке визначення неперервної професійної освіти, адже виходячи із самої сутності поняття «неперервність» всі етапи професійної підготовки фахівця мають бути поєднані у єдину складно організовану взаємопов'язану систему ефективності функціонування якої залежить від ефективності функціонування кожної з її складових.

Говорячи про особливості неперервного професійного розвитку лікарів, важливо відмітити його законодавчо визначену обов'язковість. Так відповідно до нормативно-правової бази України всі лікарі, які здійснюють професійну діяльність що п'ять років підлягають атестації з метою оцінки їх професійного рівня та складності виконуваних робіт, відповідності кваліфікаційним вимогам і посадовим обов'язкам [144].

Зазначимо, що подібна обов'язковість щодо підтвердження професійної кваліфікації притаманне лише небагатьом сферам народного господарства. Так, поряд з фахівцями галузі охорони здоров'я періодичній оцінці професійного рівня підлягають педагогічні працівники [145]; наукові працівники [146]; соціальні працівники та інші фахівців, які надають соціальні та реабілітаційні послуги

[147]; керівні, інженерно-технічні працівники та інші спеціалісти підприємств і організацій промисловості, будівництва, сільського господарства, транспорту та зв'язку [148]; працівники керівного складу державних підприємств та державні службовці [149]; посадові особи митної служби [150]; посадові особи місцевого самоврядування [151], що може сприйматися як свідчення першочергової суспільної пріоритетності саме перелічених фахівців, а відтак і підвищених вимог щодо рівня їх професійної кваліфікації.

Атестації лікарів здійснюються з метою присвоєння або підтвердження звання лікаря-спеціаліста та з метою присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії [144].

За загальним правилом атестацію з метою присвоєння звання лікаря-спеціаліста фахівці проходять на завершальному етапі спеціалізації, у тому числі первинної, після чого підлягають атестації через п'ять років та мають право підтвердити звання лікаря-спеціаліста або ж претендувати на присвоєння другої кваліфікаційної категорії за наявності професійного стажу понад п'ять років, надалі дана процедура повторюється не рідше ніж один раз на п'ять років, або частіше, за бажанням самого лікаря. Так, перша кваліфікаційна категорія може бути присвоєна фахівцям з понад семирічним стажем, а вища категорія – особам, що здійснюють професійну діяльність понад десять років [144].

Важливо наголосити, що умовою допуску лікарів до атестації є здійснення такої форми неперервного професійного розвитку, як проходження передатестаційного циклу на базі закладу вищої медичної освіти [144].

Дана форма освіти визначається як професійне удосконалення, спрямоване на подальше підвищення професійних знань та навичок лікарів з метою підтримання сучасного рівня підготовки тривалість якого становить один місяць, що проводиться в очній формі, тобто з повним відривом від роботи на період навчання [144, 152]. Варто зазначити, що дана форма післядипломної освіти збереглася ще з радянських часів та на сьогодні виглядає повним атавізмом, адже з одного боку місячна відсутність лікаря на робочому місці, що в умовах планової економіки звісно була оплачуваною, сьогодні створює суттєве фінансове навантаження на фахівця, зокрема якщо він працює у приватному секторі, або

створює передумови для виникнення корупційо-генних ризиків, через потенційне бажання лікарів «домовлятися» про більш поблажливу місячну щоденну відвідуваність очних занять.

Саме тому, на нашу думку, актуальним та таким, що відповідає світовим стандартам є підхід, передбачений у Положенні про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302, що передбачає фіксацію результатів проходження неперервного професійного розвитку у період між атестаціями та їх конвертацію у бали, необхідні для проходження атестації у особистому освітньому портфоліо лікаря [26]. Проте, на жаль, зазначене положення не відміняє існуючих застарілих наказів Міністерства охорони здоров'я України, що встановлюють обов'язковість проходження очних передатестаційних циклів, як обов'язкової умови допуску фахівців до атестації.

Висловлена теза набуває додаткової актуальності при розгляді крізь призму принципів андрагогічного навчання, адже ефективний процес навчання дорослих учнів можливий лише за умови свідомого, осмисленого сприйняття цього процесу [89, с. 28]. Тобто лікар має першочергово усвідомлювати потребу у неперервному розширенні та оновленні власних професійних знань, умінь та навичок, а не механічно виконувати обов'язкові застарілі ритуали, що сприйматимуться скоріше як повинність, а не як крок до професійного зростання та удосконалення.

Індивідуалізація процесу навчання, що має розглядатися у невід'ємній єдності із принципом опори на досвід дорослого учня, адже якщо дорослий, дипломований лікар, що часто має значний професійний досвід і досить усталений світогляд бере участь у курсах формального навчання, то їх зміст, форми та методи мають бути підібрані та адаптовані до особистих потреб [89, с. 28]. Так, на нашу думку, абсолютно не доцільним є проведення класичних лекційних занять, що на сьогодні ще й досі передбачені у навчальних планах передатестаційних циклів. Зрозуміло, що у радянські часи, коли для доступу до сучасної професійної інформації потрібно було докласти суттєвих зусиль, що принаймні передбачало відвідування працюючою суспільно навантаженою

особою бібліотеки, або ж оформлення не дешевої підписки для особистого користування професійним періодичним виданням конспектування лекцій у закладах післядипломної освіти було дійсно корисним, цікавим та актуальним. Однак, у час інформаційних технологій, доступність інформації фактично визначається лише бажанням особи її отримати. Саме тому, з урахуванням сучасного стану суспільних перетворень та передового досвіду розвинутих країн щодо навчання дорослих загалом та неперервного професійного розвитку лікарів зокрема, вважаємо, що найбільш вагомим на етапі неперервного професійного розвитку є укріплення потреби, потягу та здатності до навчання як усвідомленого осмисленого проблемно-зорієнтованого переважно самостійного процесу [153].

Акцентуємо увагу на психоемоційній специфіці лікарського фаху, що обумовлена підвищеною відповідальністю за результати власної діяльності, роботою в ситуаціях, що часто бувають екстремальними, повсякденною комунікацією із пацієнтами, які здебільшого є хворими, роздратованими через біль, страждання або страх, їх родичами, які у бажанні допомогти рідним не рідко поведуться грубо та агресивно, а також іншими факторами [154].

У даному контексті важливою є формування психологічної готовності лікарів до роботи у таких умовах на етапі первинної спеціалізації, а також опанування молодими фахівцями методик для попередження професійного вигорання на подальших етапах післядипломного навчання та неперервного професійного розвитку [155].

Означена теза є особливо актуальною з огляду на те, що лікар, на відміну від представників інших професій, зобов'язаний служити найвищим суспільним цінностям – життю і здоров'ю населення не лише знаходячись на роботі, а у повсякденному житті. Варто наголосити, що дана норма є не лише етичним суспільним баченням, однак і положенням, що закріплено законодавчо.

Так, відповідно до статті 78 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» всі медичні та фармацевтичні працівники повинні «безплатно надавати відповідну невідкладну медичну допомогу громадянам у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях». Також згідно статті 52

зазначеного закону «Медичні працівники зобов'язані надавати медичну допомогу у повному обсязі хворому, який знаходиться в критичному для життя стані» [25].

Дані статистики свідчать, що однією з найбільш поширених причин смерті в Європі є захворювання серцево-судинної системи, внаслідок яких відбувається раптова зупинка кровообігу як в лікарняних так і позалікарняних умовах. У разі виявлення зупинки кровообігу, відповідно до стандартів Європейської ради реанімації необхідно розпочати ряд заходів, що мають назву «Ланцюг виживання» та включають у себе: якнайшвидше розпізнання критичного стану та виклик допомоги; миттєвий початок серцево-легеневої реанімації; проведення дефібриляції (при наявності дефібриляційного ритму); забезпечення післяреанімаційного лікування [156].

Таким чином, відповідно до законодавства України кожен медичний працівник у разі виявлення зупинки кровообігу повинен негайно розпочати заходи серцево-легеневої реанімації, незалежно від того, чи перебуває він на робочому місці, чи знаходиться, скажімо, на відпочинку.

Проте, останнім часом медична спільнота приділяє все більше уваги питанням гуманності проведення реанімаційних заходів зокрема по відношенню до паліативних хворих, адже відновлення кровообігу у даному випадку, часто може означати лише продовження страждань пацієнта не відновлюючи для нього навіть мінімально достатньої якості життя.

У цьому контексті, увагу привертає практика Сполучених Штатів Америки та ряду європейських країн, зокрема Великої Британії щодо можливості правового закріплення пацієнтом свого рішення щодо відмови від реанімації. Так, зокрема у Сполучених Штатах Америки протоколу відмови від реанімації може бути застосовано до особи, що досягла 18 років та є дієздатною на момент прийняття рішення [157].

В Україні, на сьогодні відсутні законодавчі підстави для прийняття медичним персоналом рішення про відмову від проведення реанімаційних заходів по відношенню до пацієнта не залежно від анамнезу останнього.

Варто зауважити, що гранична тривалість проведення серцево-легеневої реанімації не визначена жодним нормативним документом. Відповідно до статті

52 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» активні заходи щодо підтримання життя хворого, у тому числі серцево-легенева реанімація, припиняються лише у випадку, коли стан людини визначається як «незворотня смерть» [25], що має бути констатована із додержанням вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 вересня 2013 р. № 821 «Про встановлення діагностичних критеріїв смерті мозку та процедури констатації моменту смерті людини» [158].

Відповідно до рекомендацій Європейської ради реанімації єдиним показом для припинення серцево-легеневої реанімації є стійка асистолія, що триває 20 хвилин і більше. У такому випадку команда, що здійснює реанімаційні заходи має підстави для їх припинення, адже достовірний прогноз на успішну реанімацію у даному випадку відсутній [156].

В інших випадках не проведення реанімації є підставою для притягнення медичного працівника до відповідальності за статтями 139 «Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний згідно з установленними правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого», 140 «Невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого» Кримінального кодексу України [136].

Відтак очевидною постає істотна особливість медичної професії у порівнянні із іншими, адже кожен лікар-спеціаліст з одного боку має усвідомлювати свої законодавчо визначені професійні обов'язки та бути готовим до їх реалізації не залежно від часу та місця свого знаходження, а з іншого боку має бути психологічно сформованим та навченим щодо емоційного самоуправління та балансування, а також фізичного а розумового розслаблення.

У даному контексті вважаємо за доцільне привести вислів О.А. Грандо, який зазначав, що від холодного серця та ясного розуму один крок до байдужості та формалізму [159].

Післядипломна освіта лікарів, яка є складною спеціалізованою нелінійною системою, спрямованою на професійне становлення лікарів, має сприйматися у

невід'ємній єдності із іншими складовими медичної освіти та професійної підготовки фахівців інших галузей, у той же час потребує врахування притаманних їй особливостей та специфіки, що обумовлені високою соціальною відповідальністю професії лікаря [160].

Таким чином науковий аналіз особливостей післядипломної освіти лікарів дозволив визначити такі, як: обмеженість самостійної професійної практичної діяльності після завершення навчання за освітньою програмою підготовки магістрів за спеціальністю «Медицина»; законодавчо закріплену обов'язковість здобуття лікарями післядипломної освіти як форми первинної спеціалізації та подальшого підвищення кваліфікації не рідше одного разу на п'ять років; державну стандартизацію програм післядипломної медичної освіти; тривалість обов'язкової післядипломної підготовки на етапі первинної спеціалізації (від 1 до 3 років); очно-заочну організацію післядипломної освіти як такої, що сприяє інтеграції теоретичної та практичної підготовки лікарів; наявність процедури періодичної атестації лікарів для визначення знань і практичних навичок з метою присвоєння/підтвердження звання «лікар-спеціаліст» з певної спеціальності та можливості здобуття лікарем кваліфікаційної категорії; невідповідність між програмами первинної та вторинної спеціалізації лікарів, а також фактичними напрямками роботи практичних фахівців у галузі охорони здоров'я.

2.2. Компетентнісний підхід у післядипломній освіті лікарів

Відповідно до визначення, наведеного у новому тлумачному словнику української мови, компетентнісний підхід (від латинського *competentis* – належний, відповідальний) передбачає аксіологічні, мотиваційні, рефлексивні, когнітивні, операційно-технічні та інші результати навчання, які відображають набуття не тільки знань, умінь і навичок, а й досвіду емоційного-ціннісного ставлення до дійсності [161, с. 245].

У витоків становлення компетентнісного підходу важливими є роботи британського психолога Дж. Равена, який, зокрема у 1984 р. надав розгорнуте визначення поняттю компетентності, зокрема розкривши його як явище, що

складається з великої кількості компонентів, багато з яких є незалежними по відношенню один до одного, так деякі компоненти належать до когнітивної сфери, а інші – до емоційної. Цікавим, на наш погляд, є думка науковця щодо взаємозамінності когнітивних та емоційних компонентів компетентності як складових ефективної поведінки [73].

Також саме Дж. Равен уперше ввів поняття компетентнісного підходу до навчання наголошуючи на необхідності формування здатності до самостійного пошуку інформації студентами, що передбачає окрім уміння користуватися різними джерелами, навички міжособистісного спілкування, винахідливості, вміння переконувати та виконувати функції лідера [73].

Дане твердження є особливо цікавим з позиції розгляду компетентнісного підходу як такого, що спрямований на формування здатності ефективної поведінки, що може бути як особистісно так і професійно зорієнтованою.

У дослідженні Т.І. Коваль представлено етапи становлення компетентнісного підходу, а саме [162, с. 16]: перший етап (1960-1970 рр.) – введення у науковий обіг поняття «компетенція» (Н. Хомський, Р. Уайт), розмежування понять «компетенція/компетентність», початок досліджень різних видів мовної компетенції; другий етап – 1970-1990 рр. – використання категорії «компетенція»/«компетентність» у теорії і практиці навчання мови (особливо нерідної), управління, керівництва, менеджменту, а також у навчанні спілкуванню; розгорнуте тлумачення поняття «компетентність» (Дж. Равен); початок третього етапу розвитку компетентнісного підходу (competence-based education – CBE) (з 90-тих років XX століття) характеризується тим, що в документах, матеріалах ЮНЕСКО окреслюється коло компетенцій, які повинні розглядатися усіма суб'єктами освітнього процесу як бажаний результат освіти.

Що стосується компетентнісного підходу в освіті, то для нього притаманна орієнтація на досягнення достатньо високого рівня знань, досвіду, обізнаності для здійснення діяльності та спілкування в різних галузях і сферах, що розглядається як основа для подолання односторонньо-предметної орієнтації освіти [163, с. 61-62].

Відповідно до Національного освітнього глосарію вищої освіти компетентнісний підхід визначається як підхід до визначення результатів навчання, що базується на їх описі в термінах компетентностей та є ключовим методологічним інструментом реалізації цілей Болонського процесу та за своєю сутністю є студентоцентрованим [164, с. 28].

Варто зазначити, що, у рамках Болонського процесу європейські університети приймають компетентнісний підхід, як інструмент посилення соціального діалогу вищої школи зі світом праці, поглиблення їх співпраці та відновлення у нових умовах взаємної довіри [162, с. 17]

В.Г. Кремень зосереджує нашу увагу на тому, що компетентнісний підхід у вищій освіті передбачає навчання дією, відповідно забезпечуючи можливість до набуття, розширення й засвоєння студентами самостійного досвіду розв'язання реальних завдань і життєвих ситуацій, здібності адаптуватися та знаходити нестандартні творчі рішення, що відповідають індивідуальним потребам особистості та соціокультурному рівню розвитку суспільства [77].

Компетентнісний підхід сьогодні розглядається як один із засобів оновлення сучасної освіти, зокрема за рахунок системності у сприйнятті освітнього об'єкту, що сприяє налагодженню стійких взаємозв'язків між когнітивним, діяльнісним та особистим рівнем розвитку майбутнього фахівця [161, с. 225; 165], що стає все більш поширеним та претендує на роль концептуальної основи освітньої політики, здійснюваної як державами, так і впливовими міжнародними організаціями [166, с. 241].

Так, основним вектором на який спрямовано компетентнісний підхід є посилення практичної орієнтації освіти, підкреслення значення досвіду, вмінь та навичок, що спираються на наукові знання, що обумовлює необхідність орієнтації системи професійної підготовки на розвиток системного комплексу умінь, смислових орієнтацій, адаптаційних можливостей, досвіду і способів трансформаційної діяльності з отриманням конкретного продукту [166, с. 241].

Як зазначає С.О. Сисоєва, компетентнісний підхід спрямований на підготовку компетентної особи, формування у неї компетентності, яка відповідає запитам ринку праці [162, с. 17].

Так, І.А. Гурняк зазначає, що запровадження компетентнісного підходу в освіті забезпечує узгодження суспільних вимог до кваліфікації сучасного компетентного фахівця та інтересів окремої особистості, зокрема здатності самостійно приймати відповідальні рішення, а також ефективно ліквідувати виробничі та соціокультурні проблеми [167].

На думку Е.Ф. Зеєр, компетентнісний підхід можна представити як комплекс компетенцій, тобто проявів успішної продуктивної діяльності, комплексний особистісний ресурс, що забезпечує можливість ефективної взаємодії з навколишнім світом у тій чи іншій сфері та залежить від необхідних для цього компетенцій [74].

Визначаючи сутність компетентнісного підходу І.О. Зімня вказує на те, що результат освіти – це сама людина, котра пройшла навчання в певній освітній системі [75].

В роботах М.В. Нагач зауважено, що компетентнісний підхід постає у якості концептуальної основи державної освітньої політики, що реалізується відповідно до існуючих міжнародних стандартів, спрямованих на підвищення ролі практичної орієнтації освіти – підвищення якості фахових вмінь та професійних навичок, здобутих у процесі навчання [168].

При визначенні сутності компетентнісного підходу Н.В. Нагорна визначальну роль відводить умінню практичного розв'язання проблем, що виникають у пізнавальній, технологічній і психічній діяльності, у сферах етичних, соціальних, правових, професійних, особистих взаємовідносин, а не лише поінформованості студента [169].

А.В. Хуторський зазначає, що компетентнісний підхід сконцентрований не на сукупності засвоєної у процесі навчання інформації, а власне на здатності людини діяти в різних проблемних ситуаціях [76].

Сутність компетентнісного підходу, на думку Г.П. Шевченко, полягає у формуванні визначеного кола професійних компетентностей, що відповідають рівню і тенденціям розвитку світової економіки, науки, освіти, культури й інших сфер життєдіяльності людини та суспільства; особистісно-орієнтованому спрямуванні навчального процесу, з метою формування належної ширини

суспільно-політичного, професійного та культурного світогляду, здатності критичного осмислення оточуючої інформації, усвідомлення значущості гармонійності взаємовідносин у трудовому колективі тощо [170, 171].

Компетентнісний підхід, на думку О.І. Пошетун, визначається як спрямованість освітнього процесу на формування та розвиток ключових та предметних компетентностей особистості, що постають інтегрованою характеристикою особистості [172].

Загалом, відповідно до сучасних уявлень мета підготовки та оцінювання на основі компетентнісного підходу полягає у забезпеченні цілеспрямованого формування компетентної робочої сили. Саме тому, у процесі навчання, заснованому на компетентнісному підході ключовим є визначення компетентностей, які мають бути досягнуті, а також добір адекватних засобів та інструментів оцінювання кінцевих результатів [173].

Застосування компетентнісного підходу в освіті, зокрема проблеми його реалізації в освітньому процесі привертає увагу багатьох учених.

Так, О.В. Овчарук, розглядаючи поняття ключової компетентності, пріоритетними механізмами формування професійних вмінь визначає демократичні принципи й індивідуалізм у процесі організації навчання [174].

Н.С. Побірченко у своїх роботах окреслює, що, за сучасних умов зміщення освітніх пріоритетів від наявних знань до сформованої у процесі навчання здатності до розв'язання конкретних проблем притаманних різним сферам професійного, суспільного та культурного життя, запровадження компетентнісного підходу постає не лише у якості засобу оновлення змісту освіти, але й як механізм приведення його у відповідність із сучасними вимогами [175].

Р.С. Гуревич та М.Ю. Кадемія визначають основні умов ефективної реалізації компетентнісного підходу в освіті, зокрема [176, с. 68-69]:

- організаційно-управлінські (навчальний план, семестрові графіки, складання розкладу, вироблення критеріїв визначення рівня компетентності, матеріально-технічне оснащення навчального процесу);

- навчально-методичні (відбір змісту занять, інтеграція різних курсів, виділення провідних ідей);
- технологічні (контрольно-оцінні, організація активних форм навчання, визначення груп умінь, що входять до компетентності, використання інноваційних технологій);
- психолого-педагогічні (здійснення діагностики розвитку студентів, система стимулювання мотивації навчання, визначення критеріїв компетентності, оцінний для рефлексії етап кожного заняття, включення студентів в управління).

Узагальнюючи позитивну роль від застосування компетентнісного підходу у професійній підготовці фахівців Н.І. Мачинська відзначає наступні переваги [177, с. 76-77]:

- акцентування на вагомих результатах освіти, зокрема щодо здатності людини вирішувати практичні проблеми, а не лише бути поінформованим щодо них;
- формування у майбутніх фахівців професійної готовності, а не лише передачу знань та вмінь від викладача до студента;
- оновлення методик навчання, спрямованих на формування досвіду професійної діяльності, упевненості майбутнього фахівця у власних силах, а також готовності брати на себе відповідальність за результати своєї діяльності, а не лише знань, умінь та навичок.

За результатами аналізу досліджень, присвячених проблемі компетентнісного підходу в освіті, ми також відзначаємо, що для представників кожного типу професій необхідним є свій комплекс індивідуальних особливостей, що сприяють успішному опануванню і подальшому виконанню професійної діяльності.

Професійне становлення лікарів розглядається з позиції компетентнісного підходу як такого, що безпосередньо спрямований на формування професійно необхідних компетентностей, тобто здатностей до надання кваліфікованої медичної допомоги, що набуває особливого значення саме на етапі

післядипломної освіти, як такому, що забезпечує саме формування професійної готовності до здійснення самостійної кваліфікованої медичної практики [29].

Цікавою, на наш погляд, з позиції компетентнісного підходу в освіті є думка М.М. Амосова, який вважав, що освіта є головним напрямом формування особистості, що за допомогою своїх засобів розвиває інтелект і підвищує рівень компетентності людини у будь-якій сфері діяльності, але особливо це стосується медичного фаху [178, с. 136].

Б.Г. Ананьєв зазначає, що людські фактори мають бути вирішальними у медицині, а отже поєднання клінічного діагнозу з психодіагностикою, спеціальних знань патології органів зі знанням про особистість, вмінням розбиратись в її станах та властивостях, а також розгляд існуючого діагностичного досвіду, як одного з джерел знань про людей і конкретну особу є необхідними передумовами провадження успішної медичної практики [179].

На думку В.П. Андропова, успішна діагностична діяльність лікаря потребує достатньо розвинутої уяви, розумових дій, суджень та інших операцій (аналіз, синтез, порівняння, протиставлення, узагальнення, класифікація), що у комплексі формують здатність лікаря до ефективної професійної діяльності [180].

Однак, слід зауважити, що діагностичні здібності лікаря потребують не лише професійних знань, інтелекту, навичок діагностичної та лікувальної роботи, але й високої тактовності, вміння зрозуміти хворого, розібратися у психологічних питаннях, особливих моральних якостях серед яких співчуття, співпереживання, розуміння почуттів іншої людини. Як зазначає Т.П. Гаврилова, таким якостям відповідають здатність до емпатії, як специфічного способу соціальної перцепції та емоційної сенситивності, як мотиву альтруїстичної поведінки [181].

Здатність до рефлексії також розглядається вченими, як необхідна особистісна якість лікаря у контексті провадження успішної професійної, зокрема діагностичної, діяльності, адже медична діяльність, за своєю природою, є рефлексивною, тобто такою, що потребує обов'язкового осмислення і переосмислення лікарем стереотипів досвіду, що є необхідною передумовою для виникнення інновацій, постановки правильного діагнозу та призначення

адекватного лікування для кожного пацієнта, який є особливим і неповторним за своєю особистісною природою [182, с. 32].

Відповідальність, як особлива якість лікаря, також визначається важливою для правильної постановки діагнозу, адже, вона поєднує у собі результат інтеграції всіх психічних функцій особистості, а саме: суб'єктивного сприйняття оточуючого світу, оцінки власних життєвих ресурсів, емоційного ставлення до належного [183].

Роль мислення, як фактору успішної професійної діяльності лікаря підкреслюють у своїх роботах О.Ф. Білібін [184, с. 9], В.П. Казначєєв [185, с. 37], А.Д. Куимов [186, с. 7], Г.І. Царьгородцев [184, с. 9], В. Д. Шадриков [187, с. 107], визначаючи його як результат взаємодії таких розумових вмінь, як: класифікація, проведення аналогій, аналіз, узагальнення та синтез, що у свою чергу є невідемними компонентами ефективної лікарської діяльності.

Проте, провідна, системоутворююча роль у формуванні клінічного мислення лікарів відводиться мотивації, що поєднує у собі любов до своєї професії та людей, бажання допомогти іншій людині отримуючи від цього моральне задоволення, адже ефективність фахового становлення можлива лише за умови наявності позитивної мотивації до опанування професією [188, с. 107; 280, с. 35].

Таким чином, ми бачимо, що застосування компетентнісного підходу саме на етапі післядипломного навчання, як підходу, що заснований на кінцевих визначених вимірюваних цілях є доцільним не лише з позиції оптимізації освітнього процесу шляхом мінімізації часових, фінансових і психоемоційних витрат на його реалізацію, але й з позиції підвищення вмотивованості та ефективності професійної підготовки лікарів з позиції андрагогічного навчання дорослих, адже навчання у відповідності до практичних потреб є основою професійного навчання [89, 189].

Аналізуючи наявний науковий та практичний досвід щодо реалізації освітніх ініціатив, заснованих на компетентнісному підході, у якості ключових особливостей можемо виділити такі, як: у центрі навчання знаходиться особа, яка

навчається; навчання є сфокусованим на конкретно визначені компетентності, а також базується на результатах навчання [190].

Відповідно до сучасних стандартів медичної освіти виділяють такі основні компетентності, що мають бути сформовані у лікаря-спеціаліста: постачальник послуг з охорони здоров'я; пропагандист здоров'я та здорового способу життя; професіонал; вчений; член команди з охорони здоров'я та учасник системи охорони здоров'я; довічний учень. Для кращого розуміння представлених компетенцій лікаря розглянемо кожен із них детальніше [191].

Так, у якості постачальника послуг з охорони здоров'я лікар повинен вміти [191]: встановлювати ефективну комунікацію з пацієнтом для збору детального анамнезу його життя та хвороби; демонструвати емпатію до пацієнта та його проблем; здійснювати оцінку психічного стану пацієнта та у разі потреби та відсутності патологічних змін здійснювати його корекцію; проводити повне фізикальне обстеження; обирати необхідні для проведення дослідження з урахуванням соціально-економічного співвідношення між вартістю та ефективністю, а також інтерпретувати їх результати; реагувати на складні нестандартні виклики, притаманні медичній практиці; розробляти пацієнт-орієнтовані управлінські заходи, у партнерській взаємодії з самим пацієнтом, його родичами та іншими працівниками галузі охорони здоров'я, засновані на положеннях доказової медицини щодо управління рішеннями; поважати права пацієнтів та залучати їх та їх близьких до прийняття управлінських рішень.

Що стосується компетенції лікаря, як поширювача знань про здоров'я та здоровий спосіб життя, то до неї необхідно віднести реалізацію наступних завдань [191]: визначити основні детермінанти здоров'я та принципи оздоровлення; розуміти економічні, психологічні, соціальні та культурні чинники, які заважають благополуччю; наголошувати на ролі харчування та фізичної активності в здоров'ї; визначати основні ризики для здоров'я у межах певної громади, включаючи демографічні, професійні та екологічні ризики, а також ендемічні та поширені хронічні захворювання; доводити до населення принципи профілактики захворювань серед громади та її окремих груп; володіти епідеміологією поширених захворювань у межах визначеної громади, та застосовувати системні

підходи, корисні для зменшення захворюваності та поширеності цих захворювань; забезпечувати догляд за конкретними групами, включаючи вагітних жінок, дітей, немовлят, підлітків і людей похилого віку; здійснювати відповідні заходи інфекційного контролю.

Наступна з компетенцій лікаря, яка визначає його як професіонала, передбачає такі завдання та функції, як [191]: дотримання етичних та деонтологічних стандартів професійної поведінки у практичній діяльності, зокрема чесності, відданості, доброти та поваги; демонстрація поважного ставлення до різних культурних переконань і цінностей; забезпечення однакового ставлення до всіх пацієнтів і уникнення стигматизації будь-якої категорії незалежно від соціального, культурного, етнічного походження або обмежених здатностей; зберігання конфіденційності інформації про пацієнтів; дотримання правових аспектів медичної практики, у тому числі з метою уникнення поширених медичних помилок; здійснення призначень, що відповідають стану та потребам пацієнта.

Наступна компетенція, відповідно до якої лікар виступає вченим передбачає здатності до [191]: опису нормальної структури організму та його основних систем із поясненням їх функції; пояснення молекулярних, біохімічних та клітинних механізмів, важливих для підтримання гомеостазу тіла; розпізнання та опису основних змін у розвитку людини та впливу росту, розвитку та старіння на особистість людини та його родичів; пояснення нормальної поведінки людини та застосування теоретичних основ психології при інтерпретації різноманітних поведінкових реакції людей і суспільних груп по відношенню до хвороби; визначення різноманітних причин захворювання (генетичних, розвитку, метаболічних, токсичних, мікробіологічних, аутоімунних, неопластичних, дегенеративних і травматичних) та пояснення їх патогенезу; описання змін структури та функцій організму та його основних систем при різних захворюваннях і станах; окреслення механізму терапевтичної та фармакокінетичної дії ліків, побічних ефектів та взаємодії ліків, у тому числі поліпрагмазії та їх вплив на населення; демонстрація конкретних практичних навичок інструментального дослідження, наукового визначення механізму їх

застосування та інтерпретації загальних діагностичних модальностей, у тому числі: візуалізації, електрокардіограми, лабораторних аналізів, патологічних досліджень та функціональних оціночних тестів тощо.

Окрім цього, лікар має бути компетентним як член команди з охорони здоров'я та учасник системи охорони здоров'я і відповідно реалізовувати такі позиції, як [191, 192]: повага до колег та інших співробітників, як передумова для ефективного ведення пацієнтів; реалізація стратегії, що сприятиме взаєморозумінню серед учасників системи охорони здоров'я вирішенню та попередженню конфліктів, що сприяє підвищенню якості спільної роботи; застосування навичок лідерства для покращення функціонування команди; встановлення ефективної комунікації, у тому числі за допомогою письмового медичного запису, електронного медичного запису або інших цифрових технологій; об'єктивного усвідомлення власних професійних та особистих можливостей та своєчасного звернення, у разі потреби, за допомогою до колег; застосування фундаментальних знань з економіки охорони здоров'я для забезпечення рентабельності та ефективності системи охорони здоров'я; використання медичної інформатики для покращення якості лікування пацієнтів; дотримання нормативних вимог щодо ведення медичної документації із точним, повним, своєчасним та доступним представленням клінічно значущої інформації; удосконалення якості надання медичних послуг шляхом забезпечення та реалізації процесу неперервного поліпшення якості.

Акцентуємо увагу ще на одну компетенцію лікаря, який перебуває у постійному процесі навчання, без якої, на нашу думку, не можливо належним чином, у достатньому обсязі та протягом тривалого часу реалізовувати компетентності, що були представлені вище. Так, зокрема у даному контексті передбачається здатність лікаря до [191]: регулярного обмірковування та оцінювання власної роботи за допомогою різних показників ефективності та джерел інформації; розробки, впровадження, контролю та перегляду особистого навчального плану професійного розвитку; визначення можливостей та використання різних ресурсів для навчання; долучення до міжпрофесійних заходів та навчання у співпраці з колегами; формулювання конкретних запитань,

спрямованих на усунення практичних недоліків або теоретичних прогалин у клінічній або іншій дотичній діяльності; ефективного управління часом і ресурсами, у тому числі визначення пріоритетів; розуміння наукових принципів дослідження, включаючи його етичні аспекти; критичного оцінювання результатів наукових досліджень з точки зору цілісності, надійності та практичної придатності; аналізу та використання числових даних, у тому числі за допомогою основних статистичних методів; узагальнення та представлення аудиторії (як професійній так і неформальній) висновків наукових досліджень.

Вищезазначені здатності детермінують вимоги до особистості сучасного лікаря, а відтак потребують особливого підходу щодо її формування та розвитку.

Саме тому, вважаємо за доцільне розглянути питання щодо особливостей відбору змісту, здійснення викладання та організації процесу навчання на основі компетентнісного підходу.

Отже, рушійною силою у реалізації навчання на основі компетентнісного підходу є його зорієнтованість власне на кінцевий результат у вигляді компетентностей, що потребують формування. А отже арсенал навчальних цілей має бути сформульований і вмонтований у навчальний план саме виходячи із переліку компетентностей, як кінцевого результату, що має бути досягнуто по завершенню навчання [190].

Таку цільову орієнтацію можна використовувати як базовий параметр для визначення того, як кожен із навчальних курсів або дисциплін інтегрується до загальної навчальної програми, а також індивідуальних потреб фахівця у роботі, а отже дозволяє комплексно оцінювати такі програми з позиції викладання, навчальної діяльності, оцінювання та зворотного зв'язку для підтвердження відповідності визначеним цілям і результатам.

Отже, для ефективної реалізації компетентнісного підходу у навчанні питання змісту, форм і методів викладання, оцінювання тощо має бути ґрунтовно представлено у навчальних програмах, що розглядаються як дорожні карти реалізації компетентнісного зорієнтованого навчання [193].

На нашу думку такий підхід є особливо актуальним стосовно післядипломної освіти лікарів, адже як вже зазначалося раніше навчання

дорослих осіб має бути перш за все практично зорієнтованим, а також максимально ґрунтуватися на особистому досвіді особи, яка навчається [89].

Саме тому, при підготовці навчальних планів та програм післядипломної освіти першочерговим має бути саме визначення компетентностей, що будуть формуватися та/або удосконалюватися у процесі підготовки. Виходячи із результатів аналізу світового досвіду найбільш ефективною щодо такого відбору є практика формування експертних груп, що складаються з викладачів, практикуючих лікарів, майбутніх здобувачів освіти, а також потенційних працедавців, адже саме за умови представництва всіх сторін, зацікавлених у підготовці компетентного фахівця залишається якомога менше, так званих, «темних плям» та професійно важливих питань, що не передбачені для опанування у процесі професійної підготовки [193].

Зрозуміло, що на даному етапі вихідною обліковою точкою для подальших роздумів має бути наявний перелік професійних компетентностей спеціаліста, що у різних країнах світу може бути або затверджений законодавчо, або бути представлений у навчальних планах та програмах, що розробляються і затверджуються самостійно на рівні закладів вищої освіти.

Так, для прикладу, аналізуючи національну підготовку лікарів інтернатурі, відправною точкою для подальшого формування переліку професійних компетентностей лікаря на формування яких власне і буде спрямований перший обов'язковий етап післядипломного навчання лікаря стане Випуск 78 «Охорона здоров'я» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, розробленого відповідно до Класифікатора професій (ДК 003-9511), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117, що містить у собі відомості щодо завдань та обов'язків фахівців відповідно до наявної професії та займаної посади [194], а також типові навчальні плани та програми первинної спеціалізації лікарів за різними спеціальностями, що підлягають перегляду та затвердженню Міністерством охорони здоров'я України не рідше одного разу та п'ять років та відповідно до поточної редакції містять розділ, що визначає перелік знань та вмінь, якими має оволодіти лікар-спеціаліст після завершення інтернатури.

Необхідно звернути уваги, що саме етап експертного визначення компетентностей фахівців, що стануть кінцевими цілями навчального етапу є найбільш важливим, адже саме у відповідності до компетентностей, вибраних визначальними для кожної освітньої програми у подальшому будуть добиратися форми та методи реалізації змісту, оцінювання тощо [195].

Наступний етап передбачає визначення компонентів для кожної компетентності, що слугуватимуть такими собі «маячками» для руху у напрямі опанування певної компетентності та виступаючи, у якості проміжних вимірюваних результатів виконуватимуть мотивуючу функцію для здобувачів освіти [193].

Для прикладу, ми можемо розглянути таку компетентність, як проведення серцево-легеневої реанімації. У якості вимірюваних проміжних точок (етапів), без опанування яких не можливе ефективне формування зазначеної компетентності, визначено:

- розпізнання стану раптової зупинки кровообігу;
- знання послідовності дій за «ланцюгом виживання»;
- оволодіння технікою проведення закритого масажу серця;
- оволодіння технікою забезпечення прохідності дихальних шляхів із використанням надгортанних приладів;
- оволодіння технікою проведення штучної вентиляції легень;
- знання серцевих ритмів;
- оволодіння технікою оцінки серцевого ритму із електродів та ложок дефібрилятора;
- оволодіння технікою проведення дефібриляції;
- оцінка відновлення серцевої діяльності та знання алгоритму подальших дій;
- здатність до встановлення ефективної комунікації в команді.

Окремої уваги потребує питання встановлення ефективної комунікації серед осіб, які задіяні у проведенні серцево-легеневої реанімації. Так, не дивлячись на те, що кожен з етапів має свої комунікативні особливості, які є обов'язковою складовою їх опанування (для прикладу, попередження команди про те, що наразі

буде проводитись дефібриляція і всім необхідно відійти від пацієнта, не торкатись його або дотичного приладдя та прибрати кисень є обов'язковою умовою щодо опанування техніки проведення дефібриляції), необхідним є проговорення послідовності власних дій та команд іншим учасникам (стосується лідера команди) без їх механічного відтворення з метою усвідомлення потреби щодо чіткого формулювання завдань кожному з учасників, а також важливості налагодження ефективного зворотного зв'язку в команді.

Таким чином, у ході опанування компетентності щодо проведення серцево-легеневої реанімації необхідно поступово у заздалегідь визначеному або довільному порядку (що має бути визначено для кожної компетентності) опанувати кожен із визначених вимірюваних проміжних точок які є абсолютно необхідними для успішного формування компетентності в цілому. На нашу думку, такий підхід не лише сприяє підтриманню позитивної мотивації серед здобувачів післядипломної освіти, адже кожна засвоєна складова емоційно сприйматиметься як маленька перемога на шляху до мети, але й забезпечить умови для більш точного виявлення проблемних питань, що потребують більшої уваги для окремого здобувача чи їх групи у процесі підготовки.

Отже у процесі конструювання освітніх програм компетентнісно зорієнтованого навчання необхідно пам'ятати про те, що неефективний зміст та заходи його реалізації мають бути усунуті, або, принаймні, зменшені максимально не зважаючи на їх можливу традиційність та історичну усталеність. Даний підхід витікає з того, що компетентнісно зорієнтоване навчання було побудовано на основі методів критичного вивчення практичної роботи для підвищення її ефективності [196]. Таким чином, всі стадії та заходи, що не підпорядковані кінцевій меті, тобто формуванню конкретної компетентності або її компоненту мають бути усунуті, як такі, що є недоречними та лише перевантажують навчальний план зайвою інформацією.

У даному контексті вважаємо за доцільне привести вислів, наведений у дослідженні С.О. Сисоєвої про те, що розвиток в Україні системи неперервної освіти на гуманістичних засадах, підвищення якості підготовки фахівців, їх конкурентоспроможності і мобільності, вимагає суттєвого збільшення обсягів

знань, умінь та навичок, необхідних фахівцю, при незмінних строках його підготовки (в деяких випадках – навіть менших). Така суперечність призводить до необхідності розв'язання проблем організації навчального процесу у закладах професійної освіти, його спрямованості на розвиток таких особистісних і професійних якостей майбутнього фахівця, які сприятимуть його творчій, самостійній діяльності, успішній адаптації в нових соціально-економічних умовах [36, с. 250].

Говорячи про особливості реалізації компетентнісно орієнтованого навчання, необхідно зазначити, що більшість дослідників акцентує увагу на тому, що даний процес має бути гнучким, адже він визначається не кількістю аудиторних годин і числом повторів щодо виконання певної навички, а саме своїм результатом – сформованістю певної компетентності [197]. Якщо лікар, який здобуває первинну спеціалізацію, скажімо, вже вміє дрениувати плевральну порожнину, адже працюючи ще за студентських років медичною сестрою у реанімаційному відділенні опановував цю компетентність і наразі успішно демонструє її засвоєння, то зовсім не потрібно в обов'язковому порядку зобов'язувати його повторно засвоювати цю навичку у складі групи, адже це лише зменшуватиме його зацікавленість у навчанні та, так би мовити, знижуватиме освітній темп. Дане твердження також є надзвичайно актуальним і з позиції вторинної спеціалізації лікарів, а також програм неперервного професійного розвитку під час реалізації яких обов'язково має бути враховано практичний досвід та попередню спеціалізацію лікаря.

Окремо в літературі наголошують, що гнучкість освітніх програм, заснованих на компетентнісному підході також є важливою з позиції економії фінансових витрат на навчання [193], адже, якщо стандартно для формування певної компетенції передбачено скажімо 20 аудиторних годин, а дехто з осіб, які навчаються, маючи певні здібності та попередній досвід, засвоює її за 6, чому він і надалі має оплачувати навчальний час, який він не використовує за призначенням, тобто не навчається? Так само даний принцип працюватиме і у зворотному напрямі, якщо стандартно відведеного часу не вистачає для формування певної

компетентності, то за окрему плату має бути передбачена можливість щодо його збільшення. Однак, на практиці дана гнучкість майже не реалізується.

Що стосується особливостей викладання в умовах застосування компетентнісного підходу, то воно передбачає саме партнерську взаємодію між особами, які навчаються та викладачами. При цьому викладач першочергово має бути компетентним у предметі викладання, тобто не лише орієнтуватися у теоретичних положеннях, але і володіти компетентностями, представленими до опанування у рамках курсу або дисципліни, що вивчається [198, 199].

Говорячи про практику післядипломної освіти лікарів, здебільшого викладачі, які забезпечують процес їх підготовки є саме практикуючими лікарями та відповідно мають достатній рівень професійної компетентності. Проте зазначимо, що у даному випадку проблемним часто постає саме питання педагогічної підготовки таких практикуючих лікарів до викладацької діяльності в умовах компетентнісно зорієнтованого навчання, адже необхідним є глибоке розуміння структури кожної із компетентностей, що мають бути сформовані, а також здатність до адаптування освітнього процесу з урахування досвіду та освітніх потреб кожної особи, яка навчається із дотриманням заздалегідь чітко визначених цілей курсу [200].

Аналізуючи зазначене ми можемо говорити про важливість спеціалізованої підготовки саме викладачів, які звикли застосовувати класичний навчальний підхід, що у літературі часто визначається як орієнтований на вчителя, до реалізації компетентнісно зорієнтованих освітніх програм, які є власне спрямованими на саме навчання, адже у випадку недостатньої підготовленості персоналу такий підхід може перетворитися з ефективного засобу формування професійної компетентності фахівців до формалізованого слідування стандартному переліку виконання розрізнених між собою маніпуляцій [201].

Наступним важливим питанням організації процесу компетентнісно орієнтованого навчання є підготовка до нього самих осіб, які навчаються, котрі так само, як і вчителі мають усвідомлювати цілі такого навчання, розуміти взаємозв'язок між переліком найближчих навчальних цілей та подальшою професійною діяльністю, усвідомлювати важливість якісного формування

компетентностей, а не лише формального їх складання за мінімально допустимими стандартами [202].

Таким чином обов'язковою умовою реалізації компетентнісного підходу у навчанні є професійне адміністрування зазначеного процесу у тому числі із належним інформаційним супроводом усіх залучених суб'єктів шляхом розробки і запровадження лаконічних проте деталізованих і зрозумілих стандартів, що розкриватимуть усі важливі аспекти, складові та особливості процесу навчання, а також визначатимуть ролі усіх його учасників та партнерів у процесі реалізації компетентнісного підходу у навчанні.

Важливо, що адміністрування у даному випадку, так само як і на етапі конструювання змісту, ефективніше здійснювати із залученням експертів з числа викладачів та роботодавців, що сприятиме дотриманню концептуальної мети щодо підготовки конкурентоспроможних, кваліфікованих, практично зорієнтованих працівників [193].

Абсолютно необхідним за умови запровадження компетентнісно орієнтованого навчання є перегляд системи оцінювання та його інструментарію. Особливого значення дане питання набуває у розрізі післядипломної підготовки лікарів, які є дорослими сформованими особистостями та для налагодження ефективної співпраці потребують чіткого усвідомлення, що процес педагогічного оцінювання не є спрямованим власне на засвідчення рівня сформованості у них професійної компетентності загалом, або певної компетентності зокрема, а здійснюється саме з метою здобуття ними позитивного досвіду від самого оцінювання, що має бути представлено у вигляді експертної думки із обґрунтованим викладенням побажань для удосконалення та обов'язковим застосуванням елементів «позитивної критики», що сприятиме формуванню в особи, яка навчається довіри до результатів оцінювання [203].

Необхідно пам'ятати, що при виборі методів оцінювання дорослих учнів вони мають бути співставними та адекватними щодо кінцевих цілей навчання [204]. Так, говорячи про оцінювання у системі післядипломної освіти лікарів цікавою є методика оцінювання на робочому місці. Такий підхід передбачає спостереження експертами за фахівцем, який працює та виконує поставлені йому

завдання в умовах реального колективу. Варто зазначити, що така методика оцінювання є досить складною для реалізації, адже потребує значних часових ресурсів, розробки відповідного інструментарію, а також спеціалізованої підготовки експертів, однак поряд із тим справедливо наголосити на її високій інформативності, зокрема щодо надання практичних рекомендацій для професійного удосконалення осіб, які навчаються [205].

У даному контексті розглянемо досвід компетентнісного підходу в оцінюванні у медичній освіті, що реалізується у формі Об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ). Дана методика призначена для перевірки клінічної майстерності та таких компетентностей, як спілкування, клінічне обстеження, медичні процедури, виписування рецептів, маніпуляційні техніки, радіографічне розташування, оцінка рентгенографічного зображення та інтерпретація його результатів. Дана методика дозволяє оцінити здатність до прийняття медичних рішень, створює можливість для виявлення та подальшого аналізу помилок, а також забезпечує відкритий простір для вдосконалення процесу прийняття рішень на основі доказової практики відповідальності за реальність [206].

Організаційно іспит передбачає покрокове відвідування тематичних станцій, на кожній з яких один або два неупереджених екзаменатори, які не повторюються від станції до станції, перевіряють кандидатів у клінічних ситуаціях за участю реальних пацієнтів, акторів або симуляційних манекенів [207].

Для більшості станцій при проведенні об'єктивного структурованого клінічного іспиту застосовується простий алгоритм, а саме: дослідити, пальпувати, перкусіювати та аускультувати, дотримання якого має забезпечити кандидату принаймні мінімальну оцінку «склав» [206].

Подібна практика запроваджується у медичних закладах вищої освіти України. Так у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця вже другий рік поспіль проводиться пілотний проект, що передбачає проведення атестації на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста для інтернів за спеціальностями «Анестезіологія та інтенсивна

терапія», «Внутрішні хвороби», «Загальна практика – сімейна медицина», «Медицина невідкладних станів» та «Педіатрія» у вигляді об'єктивного структурованого клінічного іспиту. Необхідно зазначити, що не дивлячись, на те, що даний механізм наразі ще потребує значного удосконалення зокрема щодо методичного супроводу та власне оптимізації процесу підготовки в інтернатурі та все ж вже на сьогодні має позитивні відгуки як зі сторони викладачів так і зі сторони інтернів.

У будь-якому разі, незалежно від методики, що використовуватиметься для процесу оцінювання, головним є завдання щодо її ефективності для перевірки компетентностей, визначених у якості кінцевих цілей навчання [193].

Таким чином реалізація компетентнісного підходу у післядипломній лікарів спрямована на реалізацію концептуальної мети щодо покращення продуктивності лікарів на робочому місці шляхом забезпечення очікуваної результативності процесу їх післядипломної освіти.

2.3. Організація та сучасний стан післядипломної підготовки лікарів

З огляду на стрімкі процеси глобалізації, що притаманні суспільству у XXI столітті, характерною, як В.Г. Кремень є «...загострена конкуренція між державами і націями, котра набуває всепланетарного характеру, охоплюючи всі сфери суспільної діяльності, а не тільки економіку, інформаційні сфери. Гідне місце в цьому світі посіде тільки та держава, яка найефективніше працюватиме в сучасних умовах суспільного життя, опанує новітні технології» [208, с. 18].

Сучасний стан соціальних та економічних перетворень, що відбуваються у нашій державі, обумовлює необхідність оновлення й удосконалення існуючої системи підготовки фахівців з урахуванням процесів, властивих культурній глобалізації. Відтак, все більш актуальним постає питання підготовки конкурентоспроможного людського капіталу, здатного до інноваційного розвитку країни, особистої самореалізації та задоволення суспільних потреб [209].

Зміни, що відбуваються у суспільних запитах та орієнтирах, обумовлюють оновлення тенденцій щодо організації навчального процесу серед яких, зокрема

такі [177, с. 123]: принципові зміни майже в усіх професіях; поява нових професій; зростання ролі горизонтальної мобільності упродовж трудового життя; професіоналізація освіти (розчинення меж між класичними академічними та прикладними професіями); упровадження «ринкових механізмів» у професійну освіту; нарощування горизонтальної ієрархії організацій; децентралізація економічної відповідальності за якість роботи; активізація малого підприємництва; формування й розвиток адекватної системи професійної освіти всіх рівнів і шаблів, що дозволяє забезпечувати «освіту впродовж усього життя»; посилення ролі й ускладнення завдань «особистісного розвитку», «уміння на все життя»; зміна стилів життя на всіх рівнях суспільства: глобальному, соціальному, організаційному, індивідуальному; розширення фактору динамізму й невизначеності. Зазначені тенденції, на думку О.В. Прохорової, виражаються у посиленні когнітивних й інформаційних основ сучасного виробництва, що потребує від фахівців здатності щодо успішної організації діяльності у широких соціальних, економічних і культурних контекстах, тож дедалі більшого значення набувають саме інтелектуальні, комунікативні, рефлексивні і моральні якості особистості, а не лише професійні знання та навички [177, с. 123].

Система охорони здоров'я, як індикатор громадянського розвитку населення, виступає одним з пріоритетних напрямів національної політики. У цьому контексті, все більшої уваги потребує завдання щодо удосконалення кадрового забезпечення медичної галузі з урахуванням міжнародних стандартів якості. Таким чином, наріжним постає питання щодо формування ефективної системи освіти упродовж життя, що забезпечить можливості для безперервного професійного розвитку та вдосконалення лікарів [48].

Відповідно до Закону України «Про вищу освіту» післядипломна освіта розглядається як «спеціалізоване вдосконалення освіти та професійної підготовки особи шляхом поглиблення, розширення та оновлення її знань, умінь і навичок на основі здобутої раніше вищої освіти (спеціальності) або професійно-технічної освіти (професії) та практичного досвіду» [21].

Відповідно до Міжнародних стандартів в медичній освіті для покращення якості охорони здоров'я, представлених Всесвітньою Федерацією медичної освіти

(Копенгаген, 2003), післядипломний етап професійного становлення лікарів є обов'язковим в усьому світі та спрямований на здобуття самостійного практичного досвіду на основі раніше здобутої кваліфікації [210, с. 181].

Розглядаючи структуру післядипломної освіти лікарів в Україні, її можна умовно розмежувати на загальнообов'язковий та варіативний компоненти (рис. 2.1).

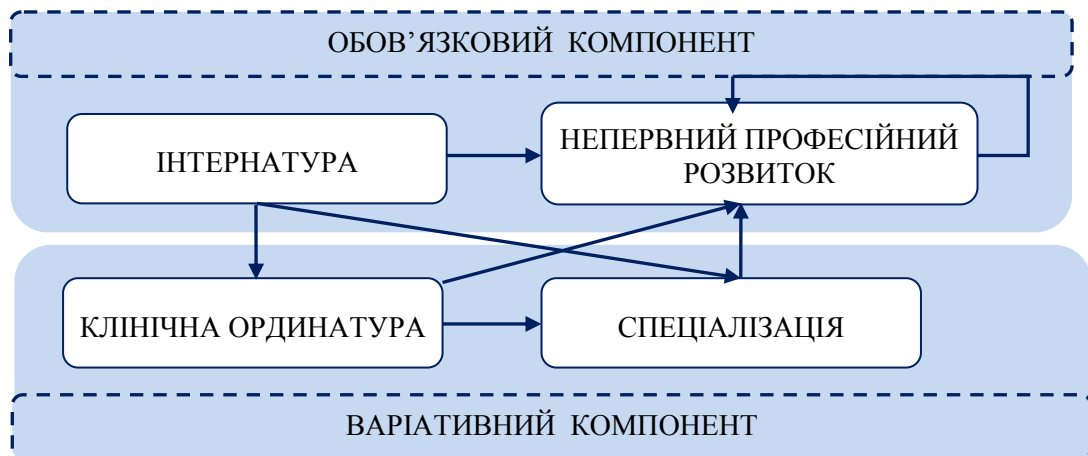


Рис. 2.1. Структура післядипломної освіти лікарів в Україні

[Джерело: власне опрацювання]

Першим з обов'язкових етапів післядипломної освіти, що є необхідним для провадження самостійної медичної практики на території нашої держави, є первинна спеціалізація (інтернатура) завданнями якої є підвищення рівня практичної підготовки випускників медичних закладів вищої освіти, формування їх самостійної готовності до лікарської діяльності [18].

На сучасному етапі розвитку медичної освіти в Україні навчання в інтернатурі здійснюється за тридцятьма лікарськими спеціальностями [125]. За умови успішного виконання лікарем-інтерном вимог навчального плану спеціалізації і програми підготовки, що здійснюється упродовж 1-3 років за результатами атестації йому присвоюється звання лікаря-спеціаліста [144].

Відповідно до Закону України «Про вищу освіту», найближчим часом планується звуження переліку спеціальностей, опанування яких буде можливим одразу після успішного завершення додипломного етапу навчання. Подальша спеціалізація, з метою опанування вузької спеціальності під час двохрічної

лікарської резидентури, стане можливою для осіб, які раніше здобули кваліфікацію лікаря-спеціаліста [21].

Наступною формою післядипломного навчання, що є обов'язковою для всіх лікарів, є удосконалення, що передбачає подальший розвиток професійних знань та навичок з метою підтримання сучасного рівня підготовки лікаря та має здійснюватись не рідше одного разу на п'ять років [23].

Після проходження удосконалення лікарі підлягають атестації завданням якої є підтвердження звання лікаря-спеціаліста на наступні п'ять років або присвоєння чергової лікарської категорії (друга, перша, вища). Слід зазначити, що присвоєння, а в подальшому, підтвердження лікарської категорії може відбуватись за умови виконання спеціалістом передбачених нормативно-правовою базою вимог щодо наявного практичного стажу роботи, а також участі в науково-освітніх заходах [144].

До варіативного компоненту післядипломної освіти відносять клінічну ординатуру, спеціалізацію (перепідготовку), підвищення кваліфікації (понад законодавчо визначене удосконалення) [211].

Клінічна ординатура є формою підготовки лікаря-спеціаліста з метою здобуття вищої кваліфікації на основі раніше здобутої освіти та набутого досвіду практичної роботи з певного фаху [22].

Спеціалізація (перепідготовка) здійснюється зі спеціальностей, що не передбачені для опанування під час первинної спеціалізації в інтернатурі. Відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. №117, визначається понад 130 лікарських професій [143], у той час, як вже було зазначено вище, підготовка в інтернатурі реалізується лише за тридцятьма з них [125]. Так, особа, яка бажає працювати лікарем-кардіологом має спершу отримати звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Внутрішні хвороби» по завершенню двохрічного терміну навчання в інтернатурі і лише після цього пройти спеціалізацію з кардіології, що триватиме, для такого фахівця, три місяці.

До форм підвищення кваліфікації понад законодавчо визначене удосконалення відносять стажування, участь у науково-практичних конференціях, семінарах, тренінгах тощо [211].

На нашу думку, саме цей етап післядипломної освіти є найбільш значущим у контексті безперервного професійного розвитку лікарів, здатних до постійного самовдосконалення впродовж усього життя з метою вирішення сукупності проблем, що постають нині перед системою охорони здоров'я всієї світової цивілізації [29, с. 39]. Однак, слід відзначити, що механізм реалізації ідеї неперервної професійної освіти є недостатньо впорядкованим на теренах нашої держави [212].

При розгляді цієї проблеми слід враховувати, що на сучасному етапі економічного розвитку країни самоосвіта часто виходить з поля зору практичних лікарів, набуваючи виключно формального значення з метою підтвердження раніше здобутої спеціальності / кваліфікаційної категорії. Достатньо часто освітні та наукові інновації є доступними лише для наукових, науково-педагогічних співробітників, а також осіб, які працюють у потужних спеціалізованих вузькопрофільних регіональних центрах [211].

Саме тому важливим є питання щодо підвищення доступності програм післядипломної освіти для лікарів практичної ланки у тому числі із застосуванням дистанційного навчання, як такого, що сприяє забезпеченню мобільності професійного розвитку [211].

Також необхідно звернути увагу, що в умовах демократизації суспільства, переходу на ринкову економіку, підвищення вимог щодо стандартів надання послуг населенню нашої держави все більшої актуальності набуває питання щодо встановлення зворотного зв'язку зі споживачем, що зокрема відображено у Міжнародному стандарті системи менеджменту якості (ISO 9001) [213].

Освіта, що є пріоритетним напрямом державної політики, також виступає у якості послуги, що надається користувачу за рахунок держави або за кошти фізичних і юридичних осіб. Визначення поняття «освітня послуга» закріплено в Законі України «Про освіту» та розглядається як комплекс визначених законодавством, освітньою програмою та/або договором дій суб'єкта освітньої

діяльності, що мають визначену вартість та спрямовані на досягнення здобувачем освіти очікуваних результатів навчання [49].

Таким чином, важливим є саме досягнення здобувачем освіти очікуваних результатів навчання. Отже, відповідно до Міжнародного стандарту системи менеджменту якості (ISO 9001) набуває широкого розповсюдження у системі освіти України. Зокрема впродовж останніх років все більше закладів вищої освіти проходять сертифікацію на підтвердження відповідності стандартам ISO, зокрема у сфері надання освітніх послуг [213].

Як вже було зазначено, зв'язок із споживачем визначається окремою вимогою до послуг відповідно до Міжнародного стандарту системи менеджменту якості (ISO 9001). Відповідно до стандарту комунікація зі споживачем передбачає забезпечення його інформацією, що стосується освітньої послуги, а також вивчення думок та отримання відгуків від користувачів щодо послуг, у тому числі, аналіз претензій [213].

У Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця система управління якістю запроваджена з 2015 року, що підтверджено відповідними сертифікатами аудиторських перевірок [214]. Отже закладом вищої освіти реалізується вимога щодо забезпечення зворотного зв'язку зі споживачами освітніх послуг. Враховуючи особливості медичної освіти, зокрема специфіка післядипломного етапу навчання в інтернатурі [141], нами було запроваджено дистанційну технологію зворотного зв'язку зі споживачами послуг післядипломної освіти, зокрема інтернами.

Питання налагодження дистанційного зворотного зв'язку зі споживачами освітніх послуг розглянуті у науковому доробку як вітчизняних [215, 216, 217], так і зарубіжних [218, 219] учених, проте більшість із зазначених робіт розглядають саме питання налагодження зворотного зв'язку серед учасників процесу дистанційного навчання. У нашому випадку інтернатура відбувається в аудиторному форматі, однак можливість відповісти на питання анкети дистанційно, на нашу думку, сприяє об'єктивізації дослідження, адже можливість вибору місця та часу проходження анкетування сприяє наданню респондентами більш щирих, правдивих та повних відповідей.

Вважаємо, що до переваг застосування дистанційних технологій для налагодження зворотного зв'язку необхідно віднести:

- комунікативність – дозволяє провести анкетування значного контингенту осіб у найкоротші терміни, що є особливо важливим на етапі післядипломного навчання, адже лікарі-інтерни опановують спеціальність у розгалуженій мережі закладів охорони здоров'я;
- доступність – усуває обмежень щодо часового та просторового доступу до анкети, що є перевагою при проведенні опитувань серед дорослих споживачів послуг післядипломної освіти, адже у даному випадку інтерни можуть самостійно планувати свій час;
- продуктивність – забезпечує автоматичну обробку та інтерпретацію результатів анкетування, що дозволяє зменшити обсяг рутинних нетворчих завдань для співробітників закладу освіти;
- економічність – мінімізує витрати на проведення анкетування, адже на сьогодні існує велика кількість безкоштовних он-лайн ресурсів, що дозволяють створювати онлайн анкети без використання витратних матеріалів (фарба, папір тощо).

Для налагодження ефективного зворотного зв'язку з інтернами, метою якого було визначення рівня їх задоволеності підготовкою на етапі первинної спеціалізації в інтернатурі за допомогою Google Forms, нами було проведено анкетування для чого створено анкету, що складається з 18 запитань відкритого та закритого типів [220].

У процесі анкетування було опитано 698 лікарів-інтернів, які є представниками 19 спеціальностей. Так, 56,2 % ($\pm 0,84$ %) опитаних навчаються за кошти державного замовлення, 30,1 % ($\pm 0,6$ %) – проходять повний період інтернатури в університеті за кошти фізичних та юридичних осіб. 13,8 % ($\pm 1,62$ %) осіб проходять очну частину (теоретичний курс) навчання в університеті, а заочну частину (практичний курс) в лікувально-профілактичних закладах, які є визначеними базами інтернатури відповідно до наказу департаменту охорони здоров'я територіального органу виконавчої влади за кошти фізичних та юридичних осіб [220].

На питання щодо задоволеності спеціальністю інтернатури 82,8 % ($\pm 1,62$ %) опитаних відповіли «так», що корелює із відповідями на питання щодо задоволеності заочною частиною навчання (практична діяльність інтерна під керівництвом досвідчених колег), де 84,5 % ($\pm 1,3$ %) відповіли позитивно. Також, співставною є кількість осіб, які планують в подальшому працювати за обраною спеціальністю – 83,7 % ($\pm 1,53$ %) [220].

54,2 % ($\pm 0,84$ %) респондентів виявили задоволення проходженням очної частини інтернатури (теоретична підготовка). Серед причин, що викликають незадоволеність респонденти відзначали недостатню практичну спрямованість, відсутність суттєвих відмінностей від додипломної програми навчання, а також нестачу спеціалізованих навчально-методичних матеріалів. У той же час, викладанням під час очної частини навчання задоволені 60,1 % ($\pm 0,6$ %), керівником інтернатури – 79,4 % ($\pm 1,17$ %). Важливо, що 73,1 % ($\pm 0,6$ %) опитаних інтернів залучаються керівником очної частини інтернатури до сумісного ведення пацієнтів у відділеннях закладів охорони здоров'я [220].

Лише 55 % ($\pm 2,98$ %) опитуваних оцінили матеріально-технічну базу, як достатню для навчання на очному циклі інтернатури [220].

На питання щодо доцільності вивчення суміжних циклів під час очної частини навчання схвально відповіли 60,1 % ($\pm 0,6$ %) опитаних, задоволеними їх викладанням виявились 71,1 % ($\pm 0,6$ %) [220].

Обговорюючи питання щодо посадових зловживань, то з ними під час навчання в інтернатурі стикались 17,2 % ($\pm 0,84$ %), у той час як безпосередньо з проявами корупції зустрічались лише 5,4 % ($\pm 1,17$ %) інтернів [220].

У ході опитування інернам також було запропоновано висловити свої побажання та надати пропозиції щодо покращення організації навчального процесу під час первинної спеціалізації. За результатами їх аналізу ми можемо об'єднати їх у наступні групи: необхідність перегляду підготовки на основі компетентнісного підходу; стандартизація навчального часу інтерна; оптимізація навчально-методичного забезпечення; практична спрямованість навчання [220].

Застосування технологій дистанційного анкетування у практиці зворотного зв'язку зі споживачами послуг післядипломної освіти замість періодичного

набуває безперервного характеру. Інтерн має можливість висловити своє враження, а також озвучити скарги та побажання, що стосуються освітнього процесу не лише під час проведення планового анкетування дати якого будуть визначені менеджментом закладу освіти, а одразу після виникнення такого бажання чи потреби, адже електронний опитувальник розміщено у загальному доступі безпосередньо на офіційному сайті університету [220].

Варто зазначити, що практика застосування дистанційних технологій для забезпечення зворотного зв'язку була застосована нами для анкетування науково-педагогічних співробітників, які проходили курси підвищення кваліфікації викладачів [220].

Практика дистанційного опитування розглядалася нами не лише з позиції забезпечення ефективного зворотного зв'язку, але і у якості складової курсу підвищення кваліфікації, адже дистанційний формат опитування створює можливість для залучення викладачів до практичного застосування сучасних технологій комунікації у процесі навчання [220].

Таким чином, з огляду на необхідність додержання міжнародних стандартів якості, зокрема під час надання освітніх послуг, необхідним є налагодження зворотного зв'язку зі споживачами, зокрема особами, які навчаються. Особливого значення дане твердження набуває у контексті реалізації програм освіти дорослих, у тому числі післядипломної освіти, що має забезпечуватись із додержанням андрагогічних принципів навчання.

Можливість забезпечення зворотного зв'язку з інтернами із застосуванням дистанційних технологій забезпечує комунікативність, доступність, продуктивність та економічність даного процесу. Що стосується дистанційного анкетування науково-педагогічних співробітників у контексті проходження ними курсів підвищення кваліфікації для викладачів, то, на нашу думку, означений варіант налагодження зворотного зв'язку забезпечує додаткову можливість щодо залучення широкого кола викладачів до використання сучасних інформаційно-комунікативних технологій у процесі викладацької діяльності. Окрім цього, викладачі мають змогу відчувати себе в умовах, що є максимально наближеними до

тих, в яких перебувають особи, які навчаються під час навчання, що є особливо важливим для реалізації освітніх програм для дорослих [220].

Враховуючи, що медична практика в Україні регламентується цілою низкою різногалузевих нормативно-правових актів нами, за допомогою Google Forms було проведено онлайн опитування серед лікарів різних спеціальностей, метою якого було визначення рівня їх знань у галузі медичного права шляхом самооцінювання [221].

Авторська анкета включала 18 запитань, які структуровано на дві частини: перша – біографічна, що складається з 6 запитань, друга – безпосередньо стосується медичного права [221].

У процесі дослідження нами було опитано 610 респондентів, з 9 регіонів нашої держави, 50,8% ($\pm 2,15\%$) з яких – жінки і 49,2% ($\pm 1,11\%$) – чоловіки. За віковими групами опитані розподілились наступним чином: 34,4% ($\pm 1,55\%$) респондентів – 18-24 роки, 26,2% ($\pm 1,11\%$) – 25-30 років, 27,9% ($\pm 2,27\%$) – 31-44 роки, 11,5% ($\pm 1,73\%$) – 45-60 років, осіб старше 70 років серед опитаних не було. Більшість з учасників дослідження є лікарями (85,2% ($\pm 1,11\%$)), 13,1% ($\pm 0,79\%$) – це особи, що обіймають адміністративно-управлінські посади у сфері охорони здоров'я [221].

За рівнем освіти респонденти розподілились наступним чином: 4,9% ($\pm 2,27\%$) – молодші спеціалісти та бакалаври, 68,9% ($\pm 2,27\%$) – спеціалісти та магістри, 18% ($\pm 3,04\%$) – кандидати наук, 6,6% ($\pm 1,88\%$) – доктори наук. Що стосується наявної підготовки з дисципліни «Правознавство»: 4,9% ($\pm 2,27\%$) – не вивчали означену дисципліну, 39,3% ($\pm 1,35\%$) – вивчали даний предмет у школі, 49,2% ($\pm 1,11\%$) – вивчали у закладі вищої освіти, 4,9% ($\pm 2,27\%$) – проходили спеціалізовані курси / семінари / тренінги тощо, 1,6% ($\pm 1,88\%$) – мають спеціалізовану освіту [221].

У процесі здійснення професійної діяльності 67,2% ($\pm 1,11\%$) опитаних застосовують правові знання, зокрема з метою запобігання професійних ризиків, 6,6% ($\pm 1,88\%$) осіб виступали стороною у судовому процесі, пов'язаному з професійною діяльністю, 73,8% ($\pm 2,15\%$) регулярно надають роз'яснення пацієнтам, відвідувачам або колегам щодо їх прав та обов'язків, при цьому 67,2%

($\pm 1,11\%$) респондентів при цьому відчувають труднощі. 93,4% ($\pm 1,55\%$) респондентів зазначили брак правових знань у процесі професійної діяльності. Оцінюючи своє вміння працювати з джерелам правової інформації за десятибальною шкалою, 72,2% ($\pm 1,11\%$) опитуваних визначили його на рівні, що не перевищує шести балів. Що стосується зрозумілості інформації, представленої у нормативно-правових джерелах, то 63,9% ($\pm 2,27\%$) респондентів також оцінили її не вище шести балів за десятибальною шкалою [221].

Вивчення курсу медичного права фахівцями охорони здоров'я вважають необхідним 100% ($\pm 0,79\%$) опитаних, які б хотіли пройти зазначений спеціалізований курс. Зокрема, серед питань медичного права, що є найбільш цікавими респонденти зазначили: права та обов'язки медичних працівників, юридичний захист лікарів, юридичні аспекти взаємодії лікаря та пацієнта, законодавство у галузі охорони здоров'я, права та обов'язки пацієнтів [221].

Серед причин, що ускладнюють роботу з джерелами правової інформації більшість опитаних зазначили: її багатоджерельність та відсутність систематизації – 82,1% ($\pm 0,79\%$); неузгодженість нормативних документів між собою – 28,5% ($\pm 1,73\%$); відсутність профільного нормативно-правового акта, що врегульовує основні питання медичної діяльності – 86,4% ($\pm 1,55\%$); занадто загальний характер профільного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» – 59,3% ($\pm 1,35\%$); невизначеність прав лікарів та пацієнтів – 99,7% ($\pm 2,02\%$) [221].

Результати, отримані у ході опитування свідчать про недостатню правову підготовку лікарів на всіх етапах професійного навчання, а також виявляють труднощі у роботі з нормативно-правовими актами, що врегульовують медичну практику, зокрема через їх чисельність та відсутність систематизації [221].

Окремої уваги при обговоренні питання післядипломної освіти лікарів потребує той факт, що однією зі стратегій Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо реалізації програм розвитку охорони здоров'я стало започаткування спеціальності «Клінічна фармація», завданням якої є залучення провізорів до лікувальної роботи, забезпечення тісної співпраці між лікарями та фармацевтами

з метою забезпечення ефективної, безпечної та раціональної фармацевтичної допомоги населенню [222].

В Україні клінічну фармацію було виокремлено у самостійний напрям у 1993 р. зі створенням кафедри клінічної фармації в Українській фармацевтичній академії (м. Харків). В подальшому пріоритетність даного питання було закріплено у постанові Кабінету Міністрів України від 24 травня 1997 р. № 507 та наказі Міністерства освіти та науки України від 24 червня 1998 р. № 275, відповідно до яких «Клінічну фармацію» виокремлено у самостійну спеціальність підготовки фахівців з вищою освітою. В подальшому, у 1999 р. Міністерством праці та соціальної політики України було включено посаду «Провізор клінічний» до Державного класифікатора професій з кодом 2224.2. Згідно наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 р. № 33 до структури лікувально-профілактичних закладів введена посада клінічного провізора [223].

Пріоритетність розвитку клінічної фармації, як важливої складової галузі охорони здоров'я підтверджується багаторічним досвідом ефективної роботи клінічних фармацевтів, як зв'язуючої ланки на шляху до плідної співпраці у системі «лікар-фармацевт-хворий» у таких країнах, як: Канади, Сполучені Штати Америки, Сполучене Королівство Великої Британії та Північної Ірландії, Французької Республіки [224].

Даний зв'язок стає зрозумілим з огляду на коло професійних обов'язків клінічного провізора, що полягають у забезпеченні індивідуального підходу до медикаментозного лікування разом з лікуючим лікарем відповідно до потреб пацієнта, специфіки захворювання, анамнезу хвороби та життя пацієнта; попередження виникнення випадків побічних реакцій від застосування лікарських засобів, випадків поліпрагмазії та розвитку резистентності до певних препаратів; забезпеченні фармацевтичної опіки хворих, які здійснюють самолікування, а також тих, які отримують ліки, призначені лікарем; просвітницькій роботі серед лікарів, щодо сучасних схем лікування, їх безпечності, можливості підбору з урахуванням мінімальної можливої шкоди здоров'ю пацієнта [225, 226].

Проте, на жаль, в Україні кількість дипломованих клінічних провізорів є недостатньою для забезпечення потреб закладів охорони здоров'я у даних

спеціалістах, а провізори загального профілю не можуть у достатній мірі забезпечити клініко-фармацевтичний супровід лікування через брак клінічної підготовки та відсутність співпраці з лікарями, зокрема через повну структурну незалежність підрозділів у яких вони працюють [225].

Цікавими у даному контексті є результати дослідження вчених з Кувейту Кувейту, метою якого було визначення проблем у співпраці лікарів та провізорів шляхом опитування серед студентів медичних та фармацевтичних факультетів. Так, 70% (n = 100) студентів медичних факультетів та 70 % (n = 100) студентів фармацевтичних факультетів у якості проблеми у налагодженні співпраці зазначили незалученість фармацевтів до лікувальної роботи та догляду за пацієнтом, відокремлення їх робочих місць в окремі структурні підрозділи лікувально-профілактичних закладів. Також, 63 % (n = 90) опитаних студентів медичних факультетів та 84,2% (n = 80) студентів фармацевтичних факультетів зазначили, що доступ фармацевтів до медичних даних пацієнтів є обмеженим. Проблему відсутності міжпрофесійної освіти відмітили 55,2 % (n = 79) студентів медичних факультетів та 80,0 % (n = 76,) студентів фармацевтичних факультетів. Варто відзначити і той факт, що 60,8% (n=87) студентів медичних факультетів у якості перепони до налагодження ефективної взаємодії з фармацевтами є повна відсутність їх юридичної відповідальності за призначене лікування яка у повній мірі покладається саме на лікаря [227].

Отже, результати, які були отримані нашими колегами свідчать про потребу оптимізації співпраці між лікарями та фармацевтами у закладах охорони здоров'я, що має бути здійснена централізовано на державному рівні. Однак, сьогодні, в умовах браку клінічних провізорів та відсутності ефективної співпраці між лікарями та провізорами загального профілю необхідним постає посилення клініко-фармацевтичної підготовки лікарів, які мають самостійно забезпечити ефективну, безпечну та раціональну фармакотерапію хворого з урахуванням його індивідуальних особливостей.

Саме тому, на нашу думку, важливим є розширення програм післядипломної підготовки з питань клінічної фармації для лікарів, зокрема у форматі курсів дистанційного навчання, як таких, що забезпечують широкі

можливості для розширення професійної компетентності без відриву від основного місця роботи, що є надзвичайно актуальним в умовах сучасного постіндустріального суспільства.

Аналізуючи зарубіжний досвід щодо освітніх програм з клінічної фармації для лікарів, маємо відзначити широкий асортимент саме дистанційних курсів. Так, для прикладу, розглянемо деякі з них.

Он-лайн курс «Antimicrobial Stewardship: improving clinical outcomes by optimization of antibiotic practices», розроблений Стенфордським університетом. Даний курс розрахований на 7 годин і складається з двох структурних блоків: інформаційного, представленого у вигляді текстового матеріалу та відео лекцій, а також контрольного, що містить тестові ситуаційні завдання для визначення рівня засвоєння даних інформаційного блоку. У разі успішного завершення навчання, що визначається за результатами контрольного блоку, курант отримує сертифікат, що засвідчує успішне завершення вивчення курсу та здобуває 7 кредитів безперервної медичної освіти (CME – Continuing Medical Education) 1 категорії Американської медичної асоціації безперервної медичної освіти (American Medical Association of Continuing Medical Education) [228].

На веб-сайті <https://learning.bmj.com> освітньої платформи BMJ Learning існує навчальний курс «Drug errors in hospital practice». Він має аналогічну структуру, що і попередній курс: теоретичний матеріал, представлений у вигляді текстової інформації та тестовий матеріал. Даний курс розрахований на 1 годину та у разі його успішного проходження передбачає видачу відповідного сертифікату та нарахування 1 кредиту безперервної медичної освіти CME [229].

В Україні нам не вдалося знайти спеціалізованих он-лайн курсів для лікарів, спрямованих на удосконалення їх клініко-фармацевтичної компетентності у дистанційному форматі.

З метою визначення думки практикуючих лікарів щодо потреби у розширенні знань з питань клінічної фармації та зокрема доцільності опанування їх у дистанційному форматі нами було розроблено анкету за допомогою програми Google Forms, що складається з двох частин: першої – спрямованої на визначення біографічних даних респондентів, а також встановлення їх суб'єктивних відчуттів

під час призначення лікарських засобів пацієнтам (впевненості у своїх діях, оцінки рівня власних знань, потреби в удосконаленні клініко-фармацевтичної підготовки); другої – представленої тестовими завданнями для визначення рівня знань респондентів, щодо правильного застосування лікарських засобів [222].

В опитуванні взяли участь 285 осіб, 183 (64,2% \pm 2,11%) жінки, 102 (35,7% \pm 6,91%) чоловіки. Середній вік респондентів склав 27 років. 162 (56,8% \pm 4,78%) респонденти були лікарями-інтернами, 123 (43,1% \pm 2,31%) – лікарями-спеціалістами. 45 (15,8% \pm 12,67%) осіб зазначили, що впевнені в своєму рішенні коли призначають лікарські засоби, 36 (12,6 % \pm 12,63%) зазначили, що самостійно не призначають ліки, 204 (71,6 % \pm 3,03%) респонденти вказали, що вагаються перед призначенням медикаментів та консультуються з колегами. 222 (77,9% \pm 3,08%) особи зазначили, що відчують потребу у підвищенні свого рівня знань щодо застосування лікарських засобів [222].

За результатами анкетування було встановлено, що 24 (8,4 % \pm 13,06 %) осіб бажаної формою навчання на післядипломному етапі освіти вказали аудиторну, 54 (18,9% \pm 11,97%) особи – змішану форму (дистанційна та аудиторна) та 207 (72,6% \pm 2,95%) – дистанційну [222].

Що стосується другої частини анкетування, то для розв'язання респондентам було запропоновано два ситуаційні завдання, що стосуються клініко-фармацевтичних аспектів лікарської практики [230] (див. додаток Г).

Ситуаційні завдання, що були представлені в анкетування присвячені питанням антибіотикотерапії у зв'язку з її великою суспільною значущістю, що зокрема пов'язано зростаючої антибіотикорезистентністю, що обумовлена некоректним призначенням антибіотиків, а також з огляду на універсальність питань щодо антибіотикотерапії, адже дані лікарські засоби широко застосовуються лікарями не залежно від їх спеціалізації.

Необхідно зазначити, що загальний відсоток правильних відповідей щодо обох ситуаційних завдань склав лише 31,2%, що свідчить про загальний низький рівень підготовки респондентів з питань клінічної фармації [227].

Відтак, в Україні доцільним є розширення можливостей для післядипломного навчання фахівців галузі охорони здоров'я в Україні у тому

числі із застосуванням дистанційних технологій навчання, зокрема з питань клінічної фармації, як такої, що є невід'ємною складовою у забезпеченні ефективної, безпечної та раціональної фармакотерапії населення з метою підвищення рівня професійної клініко-фармацевтичної компетентності лікарів, укріплення та збереження здоров'я населення нашої держави [226].

Окрему увагу при визначенні сучасного стану готовності лікарів до професійної діяльності відповідно до сучасних світових стандартів доказової медицини нами було присвячено питанням надання допомоги при виникненні невідкладних станів, зокрема при раптовій зупинці кровообігу.

Так, за результатами анкетування 212 лікарів-інтерні, які пройшли підготовку із розділу медицина невідкладних станів було встановлено, що 30,2% з них ніколи не надавали невідкладну допомогу. 64,9% лікарів, з числа тих, які мали досвід надання невідкладної допомоги пацієнтам, відчували брак знань під час її здійснення. Щодо доцільності запровадження практичного курсу з невідкладної допомоги під час навчання в інтернатурі, позитивною була відповідь усіх респондентів.

Для перевірки дійсного рівня знань щодо надання невідкладної допомоги лікарям-інтернам у ході анкетування були запропоновані шість запитань закритого типу та два ситуаційні завдання, що потребували вирішення (див. додаток Д).

Отримані результати засвідчили, що 69,8% опитаних не володіють базовими знаннями щодо методики проведення серцево-легеневої реанімації. Лише 17% респондентів назвали повний комплекс ознак зупинки кровообігу, 32% – некоректно визначили глибину натискань грудної клітки під час проведення непрямого масажу серця, 20,8% – не змогли правильно обрати лікарський засіб при проведенні серцево-легеневої реанімації та/або некоректно зазначили шлях його введення.

На нашу думку, такий стан речей є неприпустимим, адже не маючи навіть достатніх знань з питань надання невідкладної допомоги мова про її ефективне забезпечення навіть не ведеться. Відтак, на нашу думку, удосконалення потребує

процес підготовки лікарів, зокрема під час первинної спеціалізації в інтернатурі щодо надання невідкладної допомоги.

Таким чином, враховуючи сучасний стан післядипломної освіти лікарів в Україні необхідними постають перегляд її стандартизованих програм обов'язкового навчання, а також урізноманітнення можливостей щодо неперервного професійного розвитку лікарів, зокрема із застосуванням дистанційних та симуляційних технологій навчання, як таких, що значною мірою забезпечують можливості щодо гнучкості та індивідуалізації освітнього процесу. Окрім цього важливого значення набуває питання щодо удосконалення системи професійної підготовки викладачів у системі медичної освіти, у тому числі, тих, які забезпечують підготовку на післядипломному етапі, адже саме дорослі учні, які є здобувачами на даному етапі є найбільш вимогливими до своїх вчителів, що мають бути не лише кваліфікованими фахівцями та вправними педагогами, але й одночасно з тим виступати у ролі психологів, що забезпечують індивідуальний підхід до осіб, які навчаються з урахуванням їх життєвого та професійного досвіду, а також менеджерами освітнього часу та зміст, що є найбільш важливими саме на післядипломному етапі навчання.

2.4. Післядипломна освіта лікарів за кордоном

Система післядипломної підготовки лікарів у Великій Британії, що, на сьогодні, є комплексною та чітко структурованою, була започаткована лише близько сорока років тому. До цього моменту, післядипломна освіта лікарів базувалася на принципі індивідуалізованої підготовки, що передбачало можливість створення персональних робочих програм та самостійного вибору керівників, які забезпечуватимуть навчання та практичну післядипломну підготовку лікарів з обраної спеціальності [231].

У 1978 році у Великій Британії було визначено єдиний координаційний орган щодо питань післядипломної медичної освіти – Генеральну медичну раду (General Medical Council – GMC). До цього моменту зазначена організація за своїми повноваженнями скоординувала виключно процес додипломної

підготовки лікарів. Відповідно, були відсутні стандартизовані програми підготовки та регулярний моніторинг професійних досягнень (наприклад, річний огляд динаміки формування компетентностей тощо), стандарти післядипломної підготовки встановлювались кожною конкретною лікарнею чи університетом окремо. Єдиним засобом для контролю післядипломної підготовки лікарів був іспит зі спеціальності, що обов'язково відбувався на базі університету. Така практика значно обмежувала можливості лікарів щодо мобільності на післядипломному етапі, фактично унеможлиблюючи зміну країни чи спеціальності підготовки [231, с. 38].

Стандартизацію післядипломної медичної освіти у Великій Британії було розпочато у 1970-х до 1980-х. Слід зазначити, що післядипломні декани – співробітники університетів, відповідальні за післядипломне навчання вперше з'явилися у 1960-х та набули загальнодержавної практики у 1970-х роках. У 1980-х роках медичні коледжі почали розробляти уніфіковані програми підготовки. У 1990-х роках післядипломні декани разом з їх адміністративними утвореннями – деканатами отримали більш широкі організаційні повноваження, зокрема шляхом закріплення власних бюджетів, а також відповідальності щодо відбору та затвердження претендентів для проходження післядипломної підготовки (спільно з королівськими коледжами), що забезпечило можливість регулятивного впливу на кількість здобувачів медичної освіти на післядипломному етапі [231, с. 38].

На початку 2000-х, система післядипломного навчання зазнала суттєвої реорганізації, зокрема було відмінено раніше чинну ієрархію лікарів, які навчаються післядипломно, натомість запроваджено поняття базової та спеціальної підготовок. У цей же період було визначено базові компетентності лікаря, на які спрямоване його післядипломне навчання, а також запроваджено процедуру регулярного моніторингу здобутків лікарів у процесі професійного становлення, контроль за здійсненням якого покладено на спеціалізовані деканати. Окрім цього, загальну тривалість післядипломної підготовки було обмежено дев'ятьма роками та запроваджено процедуру обов'язкової сертифікації лікарів у разі успішного виконання ними вимог навчальної програми [231, с. 39].

Фінансування зазначених нововведень було здійснено за рахунок Національної системи охорони здоров'я (National Health Service), що забезпечило передумови для працевлаштування більшості деканів з післядипломної підготовки у якості співробітників Департаменту охорони здоров'я (Department of Health) замість працевлаштування в університетах [232, с. 35].

У 2005 р. при Департаменті охорони здоров'я було засновано Раду з післядипломної медичної освіти та підготовки (Postgraduate medical education training board), що здобувала повноваження Генеральної медичної ради та королівських коледжів з питань координації післядипломної підготовки лікарів, однак, вже у 2010 р. це нововведення було скасовано, а питання щодо координації післядипломного навчання знову передано до Генеральної медичної ради [233].

Пізніше, було створено національний орган Медична освіта Англії (Health Education England – HEE), що об'єднує у своїй структурі тринадцять територіальних рад з питань освіти та розвитку (local education and training board – LETBs), що фактично виконують функції післядипломних деканатів (postgraduate deaneries). Раніше, означені функції виконувались десятьма регіональними органами охорони здоров'я [232, с. 36].

Медична освіта Англії є офіційним органом, що здійснює загальнонаціональне керівництво, контроль та стратегічне планування щодо належного кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я з урахуванням динамічних світових стандартів щодо якості послуг [234, с. 654]. З метою кваліфікованого здійснення повноважень, у структурі Медичної освіти Англії існують шість дорадчих груп (HEE advisory groups – HEEAGs), що представляють інтереси медичного, стоматологічного, молодшого медичного та фармацевтичного персоналу, а також представників медичної науки [232, с. 36].

Медична дорадча група здійснює представництво інтересів лікарів на національному рівні, забезпечує кадровий добір у галузі, а також підтримує високі академічні стандарти медичної підготовки, зокрема шляхом систематичного контролю за відповідністю практичної підготовки лікарів до вимог навчальної програми, здійснюючи, у разі необхідності, її систематичний перегляд та оновлення. Окрім цього, до повноважень Медичної освіти Англії належить

розподіл фінансування між територіальними радами з питань освіти та розвитку [232, с. 36].

Таким чином, стає очевидним, що за останні двадцять років система післядипломної підготовки лікарів у Великій Британії зазнала кардинальних перетворень, зокрема значною мірою було збільшено державний контроль щодо даної складової професійної освіти лікарів [235].

На сучасному етапі, для осіб, бажаючих опанувати медичну професію тривалість навчання становить від 9 до 13 років залежно від обраної спеціальності. Додипломне навчання у медичній школі триває впродовж 4-5 років. Після чого, із здобуттям ступеня бакалавра медицини, лікар зобов'язаний продовжити професійну підготовку на післядипломному етапі, що складається з дворічної інтернатури (Foundation Programme – FP) та резидентури, тривалість якої варіює від 3-6 років залежно від обраної спеціалізації [231, с. 39].

Післядипломна підготовка лікарів у Великій Британії здійснюється на базі медичних шкіл післядипломної освіти, однак слід наголосити, що на відміну від багатьох країн світу, у Великій Британії школи післядипломної медичної освіти не є окремо збудованими фактичними інституціями, а скоріше є комплексними утвореннями, до яких входять: медичні школи, післядипломні деканати, лікувально-профілактичні установи тощо. Всього у Великій Британії налічується 19 шкіл післядипломної медичної освіти, з них 12 розташовані в Англії, 1 – у Північній Ірландії, 1 – в Уельсі та 5 – у Шотландії [236, с. 7].

Що стосується процедури вступу до інтернатури, то слід зазначити, що вона відбувається на конкурсних засадах. Так, випускники медичних шкіл не пізніше ніж за місяць до початку інтернатури повинні пройти попередню реєстрацію в Генеральній медичній раді, що дає дозвіл на проходження інтернатури [237].

При заповненні реєстраційної форми бакалаври медицини повідомляють про себе біографічні данні, інформацію про академічні здобутки, участь у наукових дослідженнях, практичний досвід, а також повідомляють свій статус щодо реєстрації у Генеральній медичній раді (реєстрація вперше / перереєстрація тощо), рекомендації від кураторів чи декана медичної школи додипломного навчання. Окрім цього, бакалаври медицини мають самостійно оцінити та зазначити рівень

оволодіння практичними навичками за час навчання у медичній школі. Дана позиція не оцінюється конкурсною комісією, проте є необхідною для вибору місця проходження інтернатури та забезпечення належної організації навчання. Всього за , так звану, біографічну частину апліканти можуть отримати до 10 балів. Після успішної електронної реєстрації всі претенденти на проходження інтернатури отримують на електронну пошту п'ять запитань, на які необхідно надати відповідь у межах 200 слів. За результатами наданих відповідей, апліканту буде присуджено максимум 50 балів (не більше 10 балів за одну відповідь). Окрім цього, при конкурсному доборі вступників, експертами враховуються результати їх рейтингування при випуску з медичної школи. Так, 25% осіб, які є першими за результатами рейтингового оцінювання при випуску з медичної школи, отримують 40 балів при вступі до інтернатури, наступні 25% – 38 балів; наступні – 36%; 25% випускників, замикаючих останні позиції у рейтингу – 34 бали. Апліканти, які набирають найбільшу кількість балів зі 100 максимально можливих, зараховуються автоматично до обраної ними школи післядипломної освіти, інші можуть бути направлені до тієї школи, де є вакантні місця, на розсуд Генеральної медичної ради. Треба зазначити, що експертна комісія та представники школи післядипломної освіти мають право на додаткову співбесіду зі вступниками, що має на меті перевірку достовірності представленої інформації [236, с. 7].

Після вступу до інтернатури, лікарі впродовж двох років набувають обов'язкових практичних навичок з хірургії та внутрішньої медицини, а також, за їх власним бажанням, можуть опанувати основи анестезіології, педіатрії тощо. Стандарти підготовки в інтернатурі закріплюються Генеральною медичною радою та висвітлюються у щорічних рекомендаціях під назвою «Лікар, який навчається» (The Trainee Doctor). Так, зокрема визначається перелік лікарських компетентностей, що має бути сформований під час проходження інтернатури, зміст навчальних програм післядипломної підготовки, права та обов'язки викладачів й інтернів тощо [233].

Кожен з інтернів впродовж першого року післядипломного навчання повинен пропрацювати, щонайменше по чотири місяці, у відділеннях хірургії, терапії та

клінічній лабораторії, після чого, у разі позитивного рішення кваліфікаційної комісії та, відповідно, повної реєстрації Генеральною медичною асамблеєю, перейти до другого року навчання, що складається з чотирьох циклів по три місяці. Обов'язковим для опанування є цикли хірургії та терапії, інші два – визначаються за власним вибором інтерна, що забезпечує кращі можливості щодо свідомого вибору подальшої спеціалізації [233].

На наш погляд, цікавою є особливість обліку надбань інтернів у процесі підготовки, зокрема шляхом створення та змістового наповнення особистого портфолію, що складається з таких розділів, як: план персонального та професійного розвитку; здобутки у процесі навчання та їх показники; звіт про оволодіння навичками щодо виконання обов'язкових клінічних маніпуляцій; відгуки від колег про вміння працювати у колективі; описи самостійного обстеження хворих; результати проміжної та підсумкової атестації (зокрема, рішення про видачу диплому про завершення інтернатури) [238, с. 636].

Наступним етапом післядипломної освіти лікарів у Великій Британії є резидентура або спеціалізація, що передбачає навчання впродовж 3-6 років. З метою вступу для її проходження, випускники інтернатури мають, як і на попередньому етапі, пройти процедуру електронної реєстрації, зазначивши у порядку пріоритетності для вступу чотири медичної школи післядипломної освіти. Окрім цього, вступникам до резидентури необхідно пройти комп'ютерне тестування, що передбачає розв'язання ситуативних задач, покликаних продемонструвати здатність лікарів користуватися раніше добутими знаннями, а не лише перевірити їх наявність [231, с. 40].

Допуск до наступного етапу відбору, що відбувається на конкурсній основі, здійснюється за результатами комп'ютерного тестування, а отже, чим більшу кількість балів аплікант здобув під час його проходження, тим більшою є ймовірність запрошення для тестування до регіонального відбірного центру, що є представником деканату, зазначеного при реєстрації у якості пріоритетного. На цьому етапі тестування відбувається шляхом розв'язання трьох штучно створених ситуативних задач, що імітують справжню клінічну ситуацію під час яких відбувається спілкування з хворим, його родичем та персоналом лікарні, що

дозволяє перевірити дійсну сформованість таких лікарських компетентностей як: вміння критично мислити, комунікативні навички, здатності до переконання та співчуття, вміння щодо практичного розв'язання проблемних ситуацій. Для вирішення однієї такої ситуації аплікант має не більше десяти хвилин. Завершальним етапом відбору є письмове вирішення ситуативних завдань, що потребує чіткого та обґрунтованого висвітлення дій та рішень, які вважає доцільними аплікант [233].

У разі успішного вступу та подальшого засвоєння навчальної програми спеціалізації, резиденти-випускники складають ліцензійний іспит, що являє собою комплексне оцінювання за результатами двогодинного відеозапису консультування хворих, результатів тестування, медичного звіту за період навчання, рівня сформованості компетентностей (за результатами записів, представлених у портфоліо, а також особистих спостережень кураторів резидентури). На підставі проведеного іспиту приймається рішення щодо можливості провадження самостійної медичної практики за опанованою спеціальністю, що у разі позитивної ухвали підтверджується сертифікатом про завершення навчання (Certificate of Completion of Training). В подальшому, всі лікарі, які здійснюють медичну практику на території Великої Британії повинні кожні п'ять років проходити переатестацію, передумовою допуску до якої є здобуття так званих «кредитів» у кількості не менше ніж 250 за звітний період [233].

Таким чином, професійна підготовка лікарів у Великій Британії є тривалою, ступеневою та послідовно структурованою на до- та післядипломний етапи. Післядипломний етап медичної освіти було кардинально реорганізовано у другій половині XX століття. Так, на сучасному етапі він складається з дворічної інтернатури та 3-6 років навчання в резидентури. Організаційно післядипломна підготовка лікарів у Великій Британії здійснюється на базі медичних шкіл післядипломної освіти, що на відміну від багатьох країн світу, не є окремо збудованими фактичними інституціями, а скоріше є комплексними адміністративними утвореннями до яких входять: медичні школи, післядипломні деканати та лікувально-профілактичні заклади. Після завершення повного циклу

післядипломного навчання та здобуття сертифікату на право провадження самостійної діяльності, у рамках концепції постійного підвищення професійної кваліфікації, лікарі у Великій Британії продовжуватимуть свою фахову підготовку підлягаючи переатестації кожні 5 років [235].

Надалі, вважаємо за доцільне розглянути систему медичної освіти в Австрійській Республіці, як такій, що входить до першої десятки країн світу за якістю медичного обслуговування населення. Слід зауважити, що австрійська система медичного страхування побудована за дворівневим принципом, коли всі австрійці, а також гості країни мають право на безкоштовне отримання основних медичних послуг, проте мають можливість придбати послуги на рівні обслуговування «преміум класу», також завжди оплачуваною є стоматологічна допомога тощо [239].

Впродовж останніх десятиліть в системі підготовки лікарів в Австралії відбулись ґрунтовні зміни, так з 1999 р. три державні медичні факультети об'єднали свої зусилля з метою розробки якісно нових навчальних програм додипломної підготовки. Результатом цих зусиль стало виокремлення у 2002 р. трьох медичних шкіл у структурі класичних університетів в автономні медичні університети у Відні, Граці та Інсбруку [240].

Що стосується структури підготовки лікарів, то до перегляду навчальних планів вона залишалась традиційною. Доклінічне та клінічне навчання були повністю розмежованими, навчання здійснювалось за стрічковим розкладом, що передбачає послідовне вивчення ряду дисциплін, що завершується іспитом, найчастіше усним. Частка факультативних дисциплін була незначною. Що стосується дипломної роботи, то її написання було обов'язковим та здійснювалось лише студентами, які в подальшому планують будувати академічну кар'єру. Слід зазначити, що така підготовка була досить далекою від реалій практичної медицини. Ще однією особливістю була процедура вступу до медичних шкіл, що здійснювалась без будь-яких конкурсів, єдиною умовою для зарахування була повна середня освіта. Результатом такого підходу стало збільшення числа студентів першого року до понад 1500 осіб в університеті Відня у 1980-х роках, що ускладнювало процес планування навчального процесу.

Одночасно високими були і показники відрахувань, адже успішно завершували навчання лише близько половини від зарахованих студентів. Дві третини відрахувань відбувались на етапі опанування доклінічних дисциплін. Тривалість підготовки була розрахована на 6 років, однак більшість осіб опанувала її впродовж 8 років. Також особливістю австрійської медичної освіти була відсутність загальнонаціонального кваліфікаційного іспиту (staatsexamen). Тобто успішне складання 23 іспитів упродовж навчання визначало, що підготовка закінчена успішно. Що стосується подальшого – післядипломного навчання, то воно не передбало формального оцінювання, так для успішного проходження курсу необхідно було провчитися визначену кількість годин та підтвердити зміст свого навчання за допомогою портфоліо [240].

Однак, після реструктуризації програм медичної освіти в Австрії медичні університети отримали повну академічну свободу щодо формування структури навчальних програм. Проте слід наголосити, що навчальні програми в австрійських медичних університетах все одно залишаються дуже подібними. Сьогодні студентів залучають до ранніх контактів з пацієнтами збільшуючи частку практично зорієнтованого навчання. Також було переглянуто доцільність щодо розмежування медичної освіти на доклінічний та клінічний блоки, які сьогодні поєднано в інтегровані тематичні модулі, засвоєння яких спрямоване на формування необхідного профілю компетентностей лікаря. Загальну кількість іспитів було зменшено, проте їх точна чисельність різниться залежно від університету, проте, що стосується форми їх складання, то сьогодні вона є переважно письмовою у формі об'єктивних іспитів, що стосується навичок то їх оцінювання здебільшого проводиться систематично. Написання дипломної роботи наразі є обов'язковим для всіх студентів, що розглядається як засіб для розвитку наукового мислення серед майбутніх лікарів. Її виконання передбачено під час курсу «Критична оцінка та дослідження» [240].

Також, на нашу думку, уваги потребує рішення суду Європейського Союзу від червня 2005 р., яким було встановлено рівність умов при вступі до австрійських університетів для всіх громадян Європейського Союзу. Така особливість умов прийому призвела до різкого збільшення вступників, зокрема з

числа громадян Федеративної Республіки Німеччина. Така ситуація стала передумовою для внесення змін до федерального законодавства, яким передбачили можливість відбору абітурієнтів на етапі вступу. Обсяги прийому були встановлені на рівні 740 осіб у Відні, 400 осіб в Інсбруку та 300 осіб у Граці. Прицедура відбору встановлюється окремо для кожного закладу вищої освіти. Так, в медичних університетах Відню та Інсбруку застосовується спільний інструмент для перевірки академічних здібностей – тест для перевірки здібностей щодо опанування медичних спеціальностей в Австрії (Eignungstest für das Medizinstudium в Österreich). Що стосується Грацу, то там відбір вступників здійснюють з використанням внутрішнього тесту для перевірки базових знань [240].

Що стосується заключної атестації лікарів, то з 2004 року для всіх спеціальностей передбачено складання ліцензійного іспиту, що організовується за технічної підтримки Медичного університету Відня [240].

Хочемо відзначити, що починаючи з 2003 р. в Республіці Австрія було започатковано практику підготовки лікарів у приватних медичних школах, першою з яких став Медичний університет Зальцбургу. На відміну від державних медичних університетів, щорічний набір на навчання у Зальцбургу становить близько 40 осіб. Навчальний план підготовки студентів розрахований на п'ять років без можливості подовження терміну навчання. У якості заключної атестації студенти медичного університету у Зальцбургу обов'язково складають медичний ліцензійний іспит Сполучених Штатів Америки (United States Medical Licensing Examination – USMLE) [240].

Що стосується післядипломної освіти в Республіці Австрія, то її можна розділити за двома напрямками, а саме підготовка лікарів загальної практики, а також лікарів за іншими спеціальностями [240].

Післядипломна підготовка лікарів загальної практики здійснюється упродовж мінімум трьох років в таких лікувальних закладах, як: лікарні, клініки (включаючи університетські), спеціалізована навчальна практика у фахівця загальної медичної практики або у центрі первинної медичної допомоги. Що стосується підготовки лікарів за вузькими спеціальностями, то їх навчання триває

упродовж мінімум шести років у таких медичних закладах та установах, як: лікарні (стаціонарні та амбулаторні відділення), клініки (включаючи університетські), спеціалізована навчальна практика у фахівця з даної спеціальності [240].

Навчальний план післядипломної підготовки лікарів закріплено федеральним законом 152/1994, що виданий Федеральним Міністерством охорони здоров'я. Мінімальна тривалість підготовки лікарів загальної практики становить 36 місяців, з яких: загальна медична практика – 6 місяців, хірургія – 4 місяці (або хірургія та травматологія по 2 місяці), акушерство та гінекологія – 4 місяці, оториноларингологія – 2 місяці, дерматологія та венерологія – 2 місяці, внутрішня медицина – 12 місяців (або загальна медицина – 9 місяців та 3 місяці на вибір – анестезіологія та інтенсивна терапія / професійна медицина / клінічна радіологія / хімічна патологія / ортопедія / фізична реабілітація та спортивна медицина / урологія / пульмонологія), педіатрія – 4 місяці, неврологія або психіатрія – 2 місяці [241].

Порівнюючи структуру зазначеного навчального плану з планом первинної спеціалізації лікарів в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» в Україні, ми можемо констатувати меншу тривалість останнього, адже підготовка лікарів загальної практики сімейної медицини в Україні триває 22 місяці [125]. Порівнюючи розділи професійної підготовки, слід відмітити їх подібність, як в Україні так і Австрійській Республіці, проте очевидною постає коротша тривалість циклів в Україні, що обумовлено меншою загальною тривалістю післядипломного навчання.

Окрім цього на післядипломному етапі в Австрійській Республіці можливим є опанування однієї з 47 первинних лікарських спеціальностей з можливістю подальшої субспеціалізації ще за 24 [241].

Розглядаючи, у якості прикладу, навчальний план підготовки лікарів за спеціальністю «Анестезіологія та інтенсивна терапія» звертаємо увагу на загальну тривалість післядипломного навчання, що становить 6 років [241], для порівняння в Україні для опанування спеціальності відведено лише 2 роки [125].

Навчальним планом підготовки фахівців в Австрійській Республіці передбачено, що основний курс спеціалізації триває впродовж п'яти років, також передбачено обов'язкове додаткове навчання тривалістю один рік під час якого шість місяців має бути присвячено загальній медицині та шість місяців відведено для вивчення хірургічних питань, з яких три місяці – травматологія, серцево-судинна хірургія або торакальна хірургія [241].

Також увагу привертає тривалість та взаємозв'язок між первинною спеціальністю та можливістю подальшого проходження субспеціалізації. Продовжуючи розглядати у якості прикладу спеціальність «Анестезіологія та інтенсивна терапія», слід зазначити, що для можливості подальшого опанування передбачено лише одну субспеціалізацію з клінічної фармакології мінімальна тривалість якої становить 18 місяців, що закріплено у вищезгаданому Федеральному законі щодо врегулювання медичної підготовки в Австрійській Республіці № 152/1994 [241].

Що стосується вторинної спеціалізації після проходження інтернатури в Україні, то дане питання врегульовується наказом Міністерства охорони здоров'я України від 24 квітня 2008 р. № 230 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 07.12.98 №346». Так, тривалість циклів спеціалізації не перевищує дев'яти місяців, а частіше варіює від двох до п'яти місяців. Зокрема, для лікарів за спеціальністю «Загальна практика сімейна медицина» тривалість спеціалізації з акушерства та гінекології становитиме 9 місяців, для опанування лікарем хірургом спеціальності «Нейрохірургія» навчання триватиме 5 місяців, тривалість спеціалізації для терапевтів, що опановуватимуть спеціальність «Гематологія» становитиме 3 місяці. Всього шляхом проходження спеціалізації передбачено для опанування 118 спеціальностей для лікарів-спеціалістів, які пройшли інтернатуру за однією з 29 існуючих в Україні первинних спеціалізацій для лікарів [79].

На нашу думку, така тривалість підготовки лікарів є не завжди достатньою, адже змістові відмінності у навчальних планах підготовки при первинній спеціалізації є досить суттєвими, та не завжди можуть бути нівельованими при скороченій вторинній спеціалізації. У цьому контексті актуальною постає така форма післядипломної освіти, як лікарська резидентура, що передбачена у Законі

України «Про вищу освіту» та визначається як форма спеціалізації лікарів-спеціалістів, а відповідно є вторинною спеціалізації [21].

Узагальнюючи досвід підготовки лікарів у країнах Європейського Союзу, ми можемо відмітити більшу тривалість післядипломного етапу навчання, у порівнянні з Україною, ширшу міждисциплінарну взаємодію, а також більш розгорнуту процедуру обліку навчальних досягнень, зокрема за допомогою обов'язкового ведення портфоліо післядипломної підготовки, а також стандартизації оцінювання клінічних навичок випускників.

Надалі, для кращого розуміння системи післядипломної освіти лікарів у розвинутих країнах поза європейським регіоном нами було обрано Сполучені Штати Америки, як такі, де існує система охорони здоров'я є однією з найміцніших та найбільш дороговартісних в усьому світі (як з розрахунку на валовий внутрішній продукт та обсягу витрат на душу населення, яке складає понад 300 млн. осіб) [242, с. 1482].

Аналізуючи історичний досвід, слід зазначити, що до ХХ століття медична освіта в Сполучених Штатах Америки була якісно та структурно неоднорідною. Медичні школи були наявні в кількох університетах, таких як Університет штату Пенсільванія, Гарвардський університет та Університет Джонса Хопкінса, медичну школу в якому очолював канадський лікар сер Вільям Ослер, який відомий завдяки запровадженню інституту клінічних наставників для студентів-медиків. Слід зазначити, що під керівництвом Ослера, медична школа університету Джонса Хопкінса у 1890-х роках стала найпотужнішим медичним осередком Північної Америки. Однак, більшість медичних закладів вищої освіти у цей період залишались невеликими, а навчальні програми та кінцеві навчальні цілі в них не були стандартизованими [243, с.831].

Кардинальні зміни в американській медицині відбулись у 1910 році, після доповіді Авраама Флекснера (1910), який за дорученням фонду Карнегі співставив та порівняв американську та канадську системи медичної освіти [243].

Флекснер розглядав вплив сера Вільям Ослер на медичну школу Університету Джонса Хопкінса як зразкову модель медичної освіти, а отже, його звіт безпосередньо призвів до ліквідації багатьох медичних шкіл, заснованих не

на базі університетів. Модель, представлена Флекснером встановлювала послідовність опанування дисциплін в медичній школі, так, спершу мав бути засвоєний загальнонауковий курс і лише після нього – двохрічний курс клінічної медицини, відповідно до типового навчального плану; передбачала наскрізну інтеграцію наукових досліджень, клінічної медицини та медичної викладання; закріплювала обов'язковість повної вищої освіти як базису навчання в медичній школі [243, с.832].

В загальному доповідь Авраама Флекснера було присвячена таким чотирьом ключовим питанням освіти лікарів, як: стандартизація, інтеграція, звички щодо удосконалення та опитування, формування особистості. Так, зокрема стосовно питання стандартизації освіти лікарів Авраам Флекснером було визначено такі проблеми, як відсутність стандартної програми підготовки, низький рівень підготовки студентів, різноманітність студентських досягнень. Серед рекомендацій для усунення визначених проблем у доповіді було запропоновано запровадження обов'язкової чотирьохрічної підготовки у коледжі, а також набору особливих наукових курсів як базису для вивчення медицини, створення стандартизованої чотирьохрічної підготовки у форматі два плюс два роки, запровадження процесу акредитації медичних шкіл [243].

Піднімаючи тему інтеграції, у якості проблемних А. Флекснер визначив такі питання, як недостатня частка наукових та лабораторних робіт у навчальному плані, обмеженість або відсутність взаємодії з пацієнтами, що не дозволяє імплементувати здобуті знання на практиці. Для подолання зазначених недосконалостей навчального плану пропонувалось включити до навчальних планів та програм інформацію щодо сучасних лабораторних досягнень у контексті практичної роботи біля ліжка хворих, а також збільшити тривалість лікарської підготовки на 2 роки під час яких здійснюватиметься клінічна підготовка в університетських клініках [243].

Що стосується звички щодо удосконалення та опитування, то у якості перепон щодо її формування у доповіді зазначались надмірна увага до запам'ятовування замість практичного навчання у лабораторіях та лікарнях, а також навчання традиціям та ознайомлення з медичним досвідом замість науково-

орієнтованого навчання, що відображатиме взаємозв'язок між сучасними досягненнями та практичною медициною. Саме тому наголошувалось на необхідності навчати лікарів «мислити як вчені», використовуючи сучасні наукові знання для розв'язання клінічних ситуацій, а також на доцільності викладання медицини викладачами, які мають наукову підготовку у університетських аудиторіях з клінічним устаткуванням [243].

Піднімаючи питання формування особистості у якості наріжних каменів відзначались низька кваліфікація викладачів та рольове моделювання різноманітними компетентними лікарями у багатьох приватних та некомерційних школах. Серед пропозицій для подолання визначених перешкод на шляху створення ефективної системи підготовки лікарів пропонувались передача університетам виключного права на здійснення програм медичної освіти, а також «занурення» осіб, які навчаються у науково-засновану університетську культуру [243].

Після Першої світової війни, до програми підготовки медичних шкіл, увійшов догляд за хворими, надалі відомий як інтернатура. Подальшого розвитку післядипломна медична освіта здобула у 1930-х і 1940-х роках здобувши вигляду резидентури, що забезпечувала можливість спеціалізації лікарів [244, 36].

У період між першою та другою світовими війнами, коли значна увага приділялася питанням освіти широко застосовувалася модель підготовки лікарів, запропонована Флекснером, що передбачала інтеграцію навчальної діяльності та практичного догляду за хворими. Лікувальна, науково та навчальна робота були взаємопов'язані між собою, адже науковий медичний пошук тих час перед усім базувався на спостереженні. Однак, впродовж наступних десятиліть відбулись суттєві зміни в академічній медицині, що пов'язані з одного боку з розвитком біомедичних досліджень, а з іншого боку – трансформацією клінічної практики у «мегабізнес» [243].

Суттєвий розвиток, якого зазнали біомедичні дослідження після Другої світової війни пов'язують зі створенням Національного інституту охорони здоров'я, а також інтеграцією медичних шкіл до структури університетів. Також у цей період поширювалось гасло «публікувати щоб не втратити» (англ. – publish or

perish), що призвів до різкого збільшення обсягу наукових медичних публікацій. Дослідження дедалі набували молекулярного характеру, що ускладнювало можливість подальшої роботи біля ліжка хворого викладачів, які працюють в умовах лабораторії, так само, як і викладачам клініцистам все важче ставало проводити сучасні дослідження із використанням тварин в умовах лабораторії. Відтак, ідеал клініциста-дослідника, описаний Флекснером, що рівноцінно поєднуватиме роботу як в науковій лабораторії, так і біля ліжка хворого, поступово втрачав свою актуальність [243].

Що стосується, перетворення клінічної практики у «мегабізнес», то на думку Д. М. Ірбі та співавторів це пов'язано із започаткуванням у 1965 р. федеральних програм медичного страхування «Medicare» та «Medicaid» [243].

«Medicare» започаткована як програма медичного страхування для осіб понад 65 років, однак з 1972 р. також обслуговує інвалідів. Зазначена програма складається з двох основних частин: обов'язкового лікарняного страхування, що передбачає покриття лікарняних послуг та деяких форм домашнього догляду, а також добровільного додаткового страхування за рахунок якого здійснюється оплата лікарських відвідувань, амбулаторних послуг, а також послуг незалежних амбулаторій [243].

«Medicaid» є державною благодійною програмою із забезпечення медичною допомогою осіб прибуток яких є нижчим від офіційно визначеної межі бідності, а також дітей із малозабезпечених родин. Означена програма має два напрями, один з яких – «Medicaid Community», що забезпечує надання медичної допомоги особам, які не мають медичного страхування, інша – «Medicaid Nursing», що передбачає компенсацію витрат, пов'язаних із доглядом за літніми чи тяжкохворими людьми [245].

Відтак, запроваджені нововведення обумовили збільшення клінічного навантаження на лікарів, що у свою чергу призвело до зменшення часу для викладацької діяльності у наслідок чого сьогодні все частіше навчання студентів здійснюється резидентами під час роботи з важкохворими пацієнтами у стаціонарі. Таким чином, перед медичною освітою постають нові виклики, що були по за увагою за часів освітніх рекомендацій, наданих Флекснером [243].

Саме тому, при розробці нової моделі підготовки лікарів особливу увагу приділяли питанням щодо модернізації навчального плану, запровадженню сучасних педагогічних технологій навчання, а також об'єктивних стандартизованих методів оцінювання навчальних надбань.

З утворенням Національного інституту охорони здоров'я (National Institute of Health), що є агентством Департаменту охорони здоров'я та людських служб Сполучених Штатів Америки та головним агентством уряду Сполучених Штатів Америки, що відповідає за біомедичні дослідження і дослідження, які мають відношення до охорони здоров'я та запровадженням урядових фінансових програмами щодо розвитку наукових досліджень після Другої світової війни, післядипломна підготовка та спеціалізація здобули значного розвитку. Так, якщо кількість випускників медичних шкіл Сполучених Штатів Америки у період з 1975 р. по 2000 р. становила близько 15 000 осіб щорічно, то кількість резидентів, за аналогічний проміжок часу, збільшилась у країні вдвічі, у тому числі на 30% за рахунок іноземців [244, с. 38].

Сьогодні професійна підготовка лікарів у Сполучених Штатах Америки характеризується значною тривалістю, чіткою ієрархічною ступневістю та послідовним кваліфікаційним відбором претендентів, а також значно різниться від існуючої європейської практики [246].

Так, по завершенні дванадцяти річного навчання у середній школі майбутні претенденти на здобуття медичної освіти мають продемонструвати високі результати при проходженні письмового тесту на виявлення здібностей (Scholastic Aptitude Test – SAT), що являє собою перевірку математичної кмітливості та визначення рівня знань з англійської мови. Слід зазначити, що останнім часом, деякі з коледжів Сполучених Штатів Америки започаткували практику зарахування на навчання без обов'язкового проходження SAT, проте цей досвід є не надто поширеним серед престижних закладів вищої освіти, до яких, зокрема належать коледжі медичного спрямування [247, с. 522].

Тривалість навчання у коледжі з метою здобуття ступеня бакалавра в середньому становить чотири роки, однак може варіювати залежно від обсягу щосеместрового навчального навантаження (кількість дисциплін та їх перелік),

обраного для себе студентом самостійно. Така особливість вирізняє американські коледжі від багатьох європейських країн де підготовка студентів здійснюється за уніфікованим навчальним планом. Проте, студенти які планують вступати до медичних шкіл під час навчання в коледжі обов'язково мають опанувати так званий домедичний блок (Premed), що об'єднує у собі біологію, хімію, фізику, соціологію тощо, адже, знання здобуті при вивченні зазначених дисциплін є запорукою для успішного проходження стандартизованого кваліфікаційного іспиту щодо вступу до медичного коледжу (Medical College Admission Test – MCAT). Окрім цього, при вступі до медичної школи враховуються результати фахової співбесіди, мотивація студента щодо вибору медичного фаху (твір, щодо внутрішніх передумов для вибору професії лікаря), наявні рекомендаційні, результати наукової діяльності з дисциплін домедичного блоку у коледжі або за його межами, досвід громадської роботи тощо [247, с. 523].

Тривалість навчання у медичній школі, яких у Сполучених Штатах Америки налічується більше 140, зазвичай становить чотири роки, однак інколи цей термін може бути збільшений, з урахуванням особистих обставин студента або необхідності повторного опанування певної з навчальних дисциплін. Згідно з класичним підходом у медичній освіті, впродовж перших двох років майбутні лікарі опановують блок фундаментальних дисциплін, зокрема анатомію, фізіологію, гістологію, біохімію, патологію, фармакологію тощо. Третій та четвертий рік навчання присвячені опануванню клінічних дисциплін на базі закладів практичної охорони здоров'я. Особливість цього етапу у Сполучених Штатах Америки полягає в роботі студентів під керівництвом лікарів-резидентів [247, с. 522].

Впродовж останніх років все більшого поширення набуває інновація щодо застосування у медичних школах підходу подвійної спіралі (Double Helix) коли фундаментальна та клінічна підготовка є взаємно проникними з перших років навчання, що забезпечує наочну інтеграцію медичної теорії та практики. Та, не залежно від того який з існуючих підходів організації професійної підготовки обрано у медичній школі, наприкінці другого та четвертого років навчання

студенти складають спеціалізовані ліцензійні іспити (United States Medical Licensing Examination – USMLE®): «Step-1» та «Step-2» [247, с. 523].

Означені ліцензійні іспити, що складаються з трьох «кроків» забезпечують оцінку здатності лікаря застосовувати здобуті знання, а також можливість продемонструвати базові орієнтовані на пацієнта навички, що є необхідними для надання безпечної та ефективної допомоги пацієнтам. Кожна з трьох складових ліцензійного іспиту – «Step-1», «Step-2» та «Step-3» є взаємодоповнюючими одиницями та не можуть застосовуватись для оцінювання підготовки майбутніх лікарів поодиночі [248].

Реалізацію програми медичного ліцензування Сполучених Штатів Америки забезпечують Федерація державних медичних рад (Federation of State Medical Boards – FSMB) та Національна рада медичних екзаменаторів (National Board of Medical Examiners® – NBME®) [248].

Федерація державних медичних рад є некомерційною організацією, що представляє сімдесят державних медичних і остеопатичних рад Сполучених Штатів Америки, які несуть відповідальність за ліцензування лікарів, розбір скарг пацієнтів та притягнення до дисциплінарної відповідальності лікарів, які порушують закон [248].

Національна рада медичних екзаменаторів також є некомерційною організацією, яка об'єднує близько вісімдесяти членів з числа національних експертів, громадськості та представників громадських організацій, таких як Асоціація американських медичних коледжів, Американська медична асоціація, Національна медична асоціація студентів тощо, вивчає засоби оцінювання фахівців охорони здоров'я як на етапі здобуття медичної освіти та під час подальших ліцензування та сертифікації, здійснює науковий пошук щодо питань медичної освіти, а також оцінювання [248].

Програма USMLE® реалізується забезпечується комітетом, що об'єднує у своєму складі членів з Освітньої комісії для іноземних медичних випускників (Educational Commission for Foreign Medical Graduates – ECFMG®), Федерації державних медичних рад, Національної ради медичних екзаменаторів, а також представників громадськості. Зазначений комітет забезпечує загальне керівництво

іспитом, визначає та затверджує процедури оцінювання результатів іспиту, встановлює прохідний бал, що відповідає оцінці «склав», а також врегульовує інші важливі організаційні питання [248].

Що стосується членів тестових комітетів USMLE®, то до їх складу входять науковці з біомедичних спеціальностей, науково-педагогічні працівники майже з усіх акредитованих медичних шкіл та клініцисти з усіх регіонів Сполучених Штатів Америки [248].

У разі успішного виконання навчального плану та програми навчання у медичній школі, випускникам присвоюється звання доктора медицини (Medical Doctor) або доктора остеопатичної медицини (Doctor of Osteopathic Medicine). Адже, слід зазначити, що у Сполучених Штатах Америки існує дві форми медичної освіти: алопатична (84% від загальної кількості медичних шкіл) та остеопатична. Випускники обох шкіл можуть здійснювати призначення лікарських засобів, виконувати оперативні втручання та провадити вузькоспеціалізовану практику. Відмінність полягає у додаткових практичних навичках для студентів остеопатичних шкіл, зокрема щодо мануальної діагностики та лікування травм та різноманітних захворювань; ґрунтовному вивченні взаємозв'язку між усіма системами людського організму; а також особливій увазі до профілактичної медицини серед майбутніх докторів остеопатії [249, 731].

Слід зазначити, що іспит USMLE® складають лише особи, що претендують на здобуття звання доктора медицини (лікаря-аллопата), ті ж з лікарів, які бажають навчатись для здобуття звання доктора остеопатичної медицини складатимуть спеціалізований іспит COMLEX-USA [250].

Хочемо звернути увагу, що остеопатична медицина (від грец. ὀστέον – кістката πάθος – хвороба) система альтернативних медичних практик у Сполучених Штатах Америки є складовою частиною системи національної охорони здоров'я, зокрема сьогодні підготовка лікарів-остеопатів, кількість яких становить близько 45 тис. осіб здійснюється у 19 остеопатичних університетах [251].

Засновником цього напрямку медицини у 70-х роках XIX століття став військово-польовий хірург доктор Ендрю Тейлор Стіл, який у 1892 р. відкрив першу школу остеопатії (нині Медичний університет ім. Е.Т. Стіла) та остеопатичну лікарню у місті Кірксвіль штату Міссурі Сполучених Штатів Америки [251].

Після смерті доктора Стіла напрям остеопатичної медицини продовжували розвивати його учні, як то Літл Джон, Уільям Гаррет Сатерленд та інші, які своїми зусиллями призвели до того, що у 1957 році Американську остеопатичну асоціацію було визначено Міністерством освіти Сполучених Штатів Америки як орган офіційної сертифікації лікарів-остеопатів. Більше того, сьогодні вже існує механізм сертифікації докторів медицини на визначення рівня майстерності у галузі остеопатії, що передбачає додаткове навчання для лікарів, які не проходили підготовку в остеопатичних університетах [251].

Для можливості подальшого провадження самостійної медичної практики, професійну підготовку має бути обов'язково продовжено на післядипломному етапі (Graduate medical education – GME), що є структурованим навколо шести базових компетентностей лікаря, таких як догляд за пацієнтом, медичні знання, навички комунікації та роботи в команді, практично-орієнтоване навчання, професіоналізм, системно заснована практика. Цей етап носить назву – резидентура (Residency). Тривалість резидентури визначається залежно від обраної спеціалізації та становить від трьох до семи років [247, с. 522].

За спрямуванням резидентура поділяється на три групи (див. додаток Е): лікарняні (Hospital-Based Specialities), медичні (Medical Specialities) та хірургічні спеціальності (Surgical Specialities). До першої групи належать: анестезіологія, діагностична радіологія, невідкладна медицина, медична генетика та геноміка, ядерна медицина, патологія, профілактична медицина та радіаційна онкологія. До другої групи належать: алергологія та імунологія, дерматологія, сімейна медицина, внутрішня медицина, неврологія, педіатрія, спортивна медицина та реабілітація, а також психіатрія. Хірургію кишківника, нейрохірургію, акушерство та гінекологію, офтальмологію, ортопедичну хірургію,

отоларингологію, пластичну хірургію, загальну хірургію, торакальну хірургію та урологію – до третьої групи [252].

За своєю структурою резидентура є ступеневою та складається з одного року інтернатури (Internship) та власне резидентури. Під час інтернатури лікарі усіх спеціальностей опановують базові курси медичної допомоги, переважно працюючи у відділенні реанімації та інтенсивної, а також приймальному відділенні. Обов'язковими на цьому етапі є нічні чергування в лікарні [247, с. 522].

Кожен з резидентів по завершенні першого року навчання зобов'язаний скласти ще один спеціалізований ліцензійний іспит (USMLE®) – «Step-3» до якого входять питання з акушерства та гінекології, терапії, педіатрії, психіатрії тощо [210, с. 182].

Іспит «Step-3» проводиться з метою оцінки рівня готовності інтернів до застосування здобутих у процесі навчання медичних знань, а також розуміння ними біомедичних та клінічних дисциплін, що є необхідними для самостійної медичної практики, зокрема в амбулаторних умовах [248].

Як зазначалося вище, іспит «Step-3» є заключним етапом три крокового оцінювання USMLE®, що у разі його успішного складання передбачає видачу випускнику ліцензії на провадження самостійної лікарської практики у Сполучених Штатах Америки [248].

На цьому обов'язкова атестаційна частина підготовки лікаря до самостійної практики в Сполучених Штатах Америки завершується, однак існує додаткова можливість сертифікації американською асоціацією лікарів, шляхом складання іспиту зі спеціальності (Board certification). Успішне проходження сертифікації посвідчує, що лікар має необхідну компетенцію з здобутої спеціальності. Термін дії такого сертифікату становить 6-10 років, після чого потребує підтвердження. Вважається, що наявність сертифікату американською асоціацією лікарів є свідченням високої професійної майстерності та відповідно користується високою популярністю серед лікарів-спеціалістів [247, с. 523].

Після опанування первинної спеціалізації, лікарі мають можливість продовжити навчання за більш вузькою обраною спеціалізацією – субспеціальністю, (Fellowship) впродовж одного-п'яти років з урахуванням

спеціальності отриманої в резидентурі. Так, для прикладу, щоб стати дитячим гастроентерологом необхідно пройти резидентуру за спеціальністю педіатрія та субспеціалізацію з гастроентерології [253, с. 1175].

Аналізуючи інформацію щодо розподілу кількості резидентів (106 012 осіб станом на 2007 р) за спеціальностями можна зробити висновок, що найбільш чисельним за кількістю представників є напрям первинної медичної допомоги (38,5%) та, зокрема спеціальність – внутрішня медицина (20,8%). Найменш чисельними є спортивна медицина та реабілітація (1,1%), а також неврологія (1,5%), проте слід відмітити позитивну динаміку щодо вибору резидентами неврологічної спеціальності, що за п'ять років зріс на 23,2%, активним приростом кількості резидентів також відзначається невідкладна медицина (на 16,5%). Проте найбільшим чином впродовж останніх років збільшується кількість лікарів, які здобувають педіатричні (на 40,5%) та хірургічні (на 45,5%) субспеціальності [253, с. 1177].

В цілому, до особливостей медичної практики в Сполучених Штатах Америки слід віднести необхідність обов'язкового ліцензування лікарів у ліцензійних радах штатів, що була започаткована ще у 1800-х роках. До загальнонаціональних вимог, що закріплені як мінімальні в усіх штатах, належать: успішно засвоєний курс медичної школи, складені ліцензійні іспити, щонайменше один рік післядипломної підготовки та відповідність етичним професійним стандартам. Лікарі, які здобули медичну освіту по за межами Сполучених Штатів Америки також мають можливість отримати ліцензію на провадження тут практичної діяльності у разі успішного проходження зазначених вище кроків та якщо здобута ними підготовка відповідає за своїм змістом американським програмам [247, с. 522].

Для ліцензованих лікарів ліцензійні ради встановлюють вимоги щодо неперервного професійного навчання, що в середньому становить не менше 50 години на рік та забезпечується Акредитаційною радою неперервної медичної освіти (Accreditation Council of Continuing Medical Education – ACCME) [247, с. 524].

Таким чином, професійна підготовка лікарів в Сполучених Штатах Америки є тривалою, ступневістю та ієрархічно послідовною освітньою системою, що характеризується наявністю до- та післядипломного етапів. Післядипломна медична освіта структурована навколо шести базових компетентностей лікаря, а саме: догляд за пацієнтом, медичні знання, навички комунікації та роботи в команді, практично-орієнтоване навчання та вдосконалення, професіоналізм та системно заснована практика. Цей етап професійного становлення лікаря триває від одного року, відзначається широкою різноманітністю щодо напрямів можливої спеціалізації та є обов'язковим для можливості самостійного провадження медичної практики. Обов'язковою складовою післядипломної освіти в Сполучених Штатах Америки є річна інтернатура з можливістю подальшого набуття спеціалізації в резидентурі та опанування вузького фаху шляхом субспеціалізації. Із набуттям ліцензій для провадження самостійної практики, обов'язковим постає щорічне професійне навчання лікарів.

Отже, за результатами аналізу досвіду професійної підготовки лікарів в одних з найбільш багатих та соціально розвинутих країнах світу, хочемо зупинити нашу увагу на системах післядипломної медичної освіти у країнах Співдружності Незалежних Держав, як таких, що базуються на підвалинах, закладених ще за часів існування Союзу Радянських Соціалістичних Республік та відповідно можуть мати спільні риси, що притаманні процесу професійного становлення лікарів у сучасних умовах.

Для дослідження існуючих тенденцій та відмінностей у системі професійної підготовки лікарів, що сформувалися за часів незалежності, нами було обрано Російську Федерацію та Республіку Білорусь як такі, що є одними з найбільш економічно та соціально розвинутих представників колишнього Союзу Радянських Соціалістичних Республік, що нині входять до складу Співдружності Незалежних Держав та можуть бути співставними з національною системою післядипломної освіти лікарів в Україні за своїми вхідними параметрами.

Первинна спеціалізація лікарів, що має назву інтернатури була запроваджена для випускників медичних закладів вищої освіти у 1969 році відповідно до постанови Центрального комітету комуністичної партії Радянського

Союзу та Ради Міністрів Союзу Радянських Соціалістичних Республік від 05 липня 1968 р. №517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране». Проходження інтернатури передбачалося обов'язковим для всіх випускників лікувальних та педіатричних факультетів медичних закладів вищої освіти Союзу Радянських Соціалістичних Республік упродовж одного року та провадилось на базі лікувально-профілактичних закладів [254, с. 12].

Окрім цього, наказом Міністерства охорони здоров'я СРСР від 19 травня 1971 р. №362 «Про утверждение положения о клинической ординатуре» передбачалася можливість післядипломного навчання у клінічній ординатурі упродовж двох років. Слід зазначити, що тривалість підготовки лікарів на післядипломному етапі у Російській Федерації та Республіці Біларусь залишається незмінною й до теперішнього часу у той час, як у нашій державі тривалість підготовки в інтернатурі варіює від 1 до 3 років та залежить від обраної спеціальності (для прикладу: 1 рік – патологічна анатомія; 2 роки – внутрішні хвороби, педіатрія; 3 роки – акушерство та гінекологія, хірургія), тривалість навчання в клінічній ординатурі є тотожною до тривалості підготовки в ординатурі в Російській Федерації та клінічній ординатурі у Республіці Біларусь [255].

Розглянемо більш детально досвід післядипломної підготовки лікарів у Російській Федерації, зокрема щодо відмінностей між згаданими вище двома видами професійного становлення лікарів. Отже, інтернатура – це первинна післядипломна підготовка випускників медичних закладів вищої освіти та факультетів, спрямована на провадження професійної лікарської діяльності з метою надання кваліфікованої допомоги. Що стосується ординатури, то дана форма післядипломної підготовки у Російській Федерації також є первинною та спрямована на досягнення випускниками медичних закладів вищої освіти необхідних знань, умінь та навиків, необхідних для надання спеціалізованої медичної допомоги [256].

Аналізуючи положення наказу Міністерства охорони здоров'я Російської Федерації від 23 квітня 2009 р. №210н «О номенклатуре специальностей

специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» чіткою постає межа, що проводиться між підготовкою в інтернатурі, що передбачає опанування основних лікарських спеціальностей та навчанням в ординатурі з метою поглибленої підготовки. З огляду на це, відмінними є види робіт, що заплановані для виконання слухачами у процесі навчання. Так, для інтернів, відповідно до існуючих планів та програм підготовки, визначають такі види робіт, як: курація хворих та ведення медичної документації під контролем керівника; чергування у відділеннях лікувально-профілактичних закладів із подальшим звітом на ранкових конференціях; робота в діагностичних відділеннях, приймальному відділенні та відділенні інтенсивної терапії; відвідування лекцій та семінарів (загальна тривалість яких упродовж року не може перевищувати 120 академічних годин); виконання встановленого мінімуму діагностичних та лікувальних процедур; самостійне опрацювання професійної літератури; участь у лікарських та патологоанатомічних конференціях тощо. Таким чином, підготовка лікарів в інтернатурі передбачає практичну діяльність під контролем викладачів з метою опанування основ діагностики та набуття необхідних практичних навиків [257].

Підготовка в ординатурі передбачає самостійну курацію хворих; роботу у діагностичних відділеннях; опанування практичних навиків щодо здійснення хірургічних втручань (для хірургічних спеціальностей) та інших спеціалізованих маніпуляцій, притаманних лікарській спеціальності за якою здійснюється навчання; участь у семінарах тощо. Також, слід зазначити, що на цьому етапі післядипломної освіти особлива увага приділяється вивченню суміжних дисциплін, тривалість яких сумарно може становити до 6 місяців впродовж усього дворічного терміну навчання та є необхідною для глибокого опанування основної спеціальності [255].

Співставивши переліки спеціальностей, опанування яких можливо під час проходження інтернатури можемо констатувати, що для здобуття у якості основної спеціальності випускникам лікувальних та педіатричних факультетів закладів вищої освіти Російської Федерації доступними є 25, у той час, як в Україні – 27 спеціальностей інтернатури (табл. 2.1). Серед спеціальностей, що

потребують додаткової підготовки, у РФ визначають 49, кожна з яких є послідовно взаємопов'язаною з однією або декількома основними спеціальностями [125, 257].

Таблиця 2.1 [Джерело: власне опрацювання]
Порівняння номенклатури лікарських спеціальностей за якими здійснюється підготовка випускників за спеціальностями «Лікувальна справа» та «Педіатрія» підчас первинної спеціалізації в Україні та у процесі опанування основної спеціальності у Російській Федерації

ЛІКАРСЬКІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ ЗА ЯКИМИ ЗДІЙСНЮЄТЬСЯ ПІДГОТОВКА		
під час первинної спеціалізації в Україні	в Україні та РФ у якості первинної спеціалізації / основної спеціальності	у якості основних у РФ
Дитяча анестезіологія	Акушерство та гінекологія	Генетика
Дитяча отоларингологія	Дерматовенерологія	Ендокринологія
Нейрохірургія	Анестезіологія та інтенсивна терапія*	Організація охорони здоров'я та громадське здоров'я
Радіологія	Внутрішні хвороби*	Рентгенологія
Спортивна медицина урологія	Дитяча хірургія	
	Загальна практика – сімейна медицина	
	Інфекційні хвороби	
	Клінічна онкологія*	
	Лабораторна діагностика*	
	Медицина невідкладних станів*	
	Неврологія	
	Неонатологія	
	Ортопедія та травматологія	
	Отоларингологія*	
	Офтальмологія	
	Патологічна анатомія	
	Педіатрія	
	Психіатрія	
	Пульмонологія і фтизіатрія*	
	Судово-медична експертиза	
	Хірургія	

* – позначено спеціальності, назви яких формально різняться у номенклатурах України та Російської Федерації (як то клінічна онкологія та онкологія відповідно). У таблиці використані назви спеціальностей чинні на території України.

Також серед відмінностей системи післядипломної підготовки лікарів у Російській Федерації слід відзначити повну відсутність розмежувань щодо можливостей здобуття первинної спеціалізації в інтернатурі для лікарів, що на додипломному етапі здобули кваліфікацію за спеціальностями «Лікувальна справа» та «Педіатрія», а отже для випускників педіатричних факультетів

можливим є навчання за всіма 25 основними лікарськими спеціальностями. У той час як в Україні, відповідно до освітньо-кваліфікаційної характеристики спеціаліста для випускників медичних закладів вищої освіти за спеціальністю «Педіатрія» передбачено проходження первинної спеціалізації лише за 11 спеціальностями.

Таким чином, у Російській Федерації випускники після завершення медичного закладу вищої освіти мають право щодо вступу на навчання як до річної інтернатури так і до дворічної ординатури, що є абсолютно не співставними з вітчизняною системою післядипломної освіти лікарів, де вступ до клінічної ординатури може бути здійснений виключно після успішного проходження первинної спеціалізації в інтернатурі.

Що стосується можливостей післядипломної підготовки лікарів у Республіці Білорусь, то як вже зазначалося вище, обов'язковою після завершення шестирічного курсу додипломного навчання постає проходження первинної спеціалізації – інтернатури упродовж одного року. Що стосується дворічного навчання у клінічній ординатурі то воно може бути здійснене лише після успішного здобуття первинної спеціалізації. Таким чином, ми можемо відзначити, що черговість етапів післядипломного становлення лікарів у Республіці Білорусь є подібною до національної української системи. Однак, слід наголосити, що можливість вступу до клінічної ординатури з метою здобуття більш глибокого клінічного досвіду та подальшої можливості щодо роботи завідувачем клінічного відділення лікарні у Республіці Білорусь випускники інтернатури здобувають лише після дворічного відпрацювання за місцем державного розподілу [258, с.81].

Порівнюючи можливості щодо подальшої спеціалізації для випускників за спеціальностями «Лікувальна справа» та «Педіатрія» слід зауважити про таку особливість додипломної підготовки у Республіці Білорусь, як наявність субординатури. Для осіб, які навчаються за спеціальністю «Лікувальна справа» – з терапії, хірургії й акушерства та гінекології, у той час, як для осіб, які навчаються за спеціальністю «Педіатрія» – з дитячої хірургії, педіатрії та ведення хвороб дитячого віку. Відповідно, з урахуванням особливостей профілізації додипломного навчання, обмеженим постає й перелік спеціальностей

інтернатури, що є доступними для опанування випускників. Проте, після проходження визначеної, з урахуванням профілю додипломного навчання інтернатури є можливою зміна спеціалізації шляхом проходження 3-4 місячного курсу перепідготовки. Однак, означена можливість без попереднього відпрацювання двох років за первинною спеціалізацією може бути реалізована лише тими лікарями, на яких надходить запит з їх передбачуваного майбутнього місця роботи щодо підтвердження необхідності перекваліфікації [258, с. 82-83].

Розглядаючи особливості післядипломної спеціалізації лікарів як особливого етапу їх практичної підготовки, нашу увагу привернули положення наказу Міністерства охорони здоров'я Російської Федерації від 22 серпня 2013 р. №585н «Об утверждении порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и фармацевтической деятельности», адже даний документ визначає нормативні вимоги до осіб, які можуть бути допущені до участі у наданні медичної допомоги населенню. Зокрема, у наказі передбачено необхідність успішного проходження теоретичної підготовки з основної чи додаткової спеціальності, наявність практичних навиків щодо надання медичної допомоги населенню, зокрема навиків, що були здобуті під час роботи з моделями (стимуляторами) професійної діяльності, а також визначено обов'язковість проходження попереднього та періодичного медичних оглядів. Дана практика щодо впровадження симуляційних практично-орієнтованих освітніх технологій у систему професійної підготовки лікарів на післядипломному етапі розглядається нами як крок у напрямку модернізації системи вищої освіти Російської Федерації та її спроб щодо наближення до європейських освітніх стандартів [259].

Система післядипломної підготовки лікарів у Російській Федерації представлена двома основними інститутами – інтернатури та ординатури, що спрямовані на опанування лікарями самостійних навиків професійної діяльності під керівництвом досвідчених викладачів. Особливістю є первинна природа обох цих напрямів професійного зростання, адже вступ на кожний із них можливий одразу після завершення додипломного періоду навчання, що, на нашу думку, не

сприяє побудові чіткої черговості етапів навчання, притаманних для принципу освіти упродовж всього життя. Що стосується Республіки Білорусь, то у ній черговість етапів післядипломної підготовки лікарів є тотожною з такою в Україні, а саме вступ до клінічної ординатури можливий лише після успішного опанування первинної спеціалізації в інтернатурі.

В цілому, за результатами порівняння систем післядипломної підготовки лікарів в Україні та країнах Співдружності Незалежних Держав ми можемо констатувати, що національна система, яка сформувалась у нашій державі, не дивлячись на спільний базис, що був рівномірно закладений за часів Союзу Радянських Соціалістичних Республік, є значно більш закономірною, послідовною, логічно структурованою та такою, що є наближеною до світових стандартів медичної освіти. Зокрема, на користь даного твердження свідчать чітке розмежування послідовних етапів здобуття післядипломної освіти для випускників медичних закладів вищої освіти в Україні (первинна спеціалізація в інтернатурі з можливістю подальшого професійного зростання в клінічній ординатурі), у той час як в Російській Федерації випускники після здобуття диплому лікаря можуть на свій розсуд вступати як до інтернатури так і до ординатури для здобуття однієї з, так званих, основних спеціальностей, або таких, що потребують додаткового навчання. Також, серед переваг національної системи післядипломної підготовки можна назвати її більшу тривалість (1-3 роки навчання в інтернатурі та 2 роки підготовки в клінічній ординатурі – в Україні та 1 і 2 роки відповідно в Російській Федерації та Республіці Білорусь), що є значно більш наближеною до світових стандартів щодо термінів професійної медичної підготовки, а також, на нашу думку, є вкрай актуальною для професійного становлення лікарів, помилки у роботі яких відносяться до «справжніх помилок», тобто таких, які неможливо виправити.

Таким чином, враховуючи проведений аналіз практики післядипломної освіти лікарів за кордоном, ми можемо зробити висновок про її тривалість, компетентнісну спрямованість, а також стандартизованість щодо процесу оцінювання. Окрім цього ми можемо констатувати наявність як спільних (практична спрямованість, окремі форми оцінювання) так і відмінних (перелік

спеціальностей, тривалість підготовки) ознак, що створюють передумови для перегляду національної системи підготовки лікарів з позиції імплементацій передовим освітніх світових досягнень та збереження історичних особливостей післядипломної медичної освіти в Україні.

Висновки до другого розділу

У процесі дослідження визначено особливості післядипломної освіти лікарів, а саме: обмеженість самостійної професійної практичної діяльності після завершення навчання за освітньою програмою підготовки магістрів за спеціальністю «Медицина»; законодавчо закріплену обов'язковість здобуття лікарями післядипломної освіти як форми первинної спеціалізації та подальшого підвищення кваліфікації не рідше одного разу на п'ять років; державну стандартизацію програм післядипломної медичної освіти; тривалість обов'язкової післядипломної підготовки на етапі первинної спеціалізації (від 1 до 3 років); очно-заочну організацію післядипломної освіти як такої, що сприяє інтеграції теоретичної та практичної підготовки лікарів; наявність процедури періодичної атестації лікарів для визначення знань і практичних навичок з метою присвоєння/підтвердження звання «лікар-спеціаліст» з певної спеціальності та можливості здобуття лікарем кваліфікаційної категорії; невідповідність між програмами первинної та вторинної спеціалізації лікарів, а також фактичними напрямками роботи практичних фахівців у галузі охорони здоров'я.

У розділі проаналізовано особливості процесу імплементації компетентнісного підходу, який у світовому вимірі визнано концептуальним орієнтиром розвитку вищої освіти XXI століття, а у європейському – методологічною основою для побудови освітніх програм вищої освіти і визначення змісту неперервної професійної освіти.

З'ясовано, що реалізація компетентнісного підходу є пріоритетом освітньої політики України. Визначено особливості імплементації компетентнісного підходу у післядипломну медичну освіту: неперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей лікаря після здобуття вищої освіти,

що спрямовує на підтримку і покращення стандартів професійної діяльності; визначення в якості пріоритетів не структури освітнього процесу, а професійних результатів навчання, бажаних для лікарів з точки зору покращення якості надання медичних послуг для населення; оптимізація освітнього процесу шляхом мінімізації часових, фінансових і психоемоційних витрат на організацію програм; континуум навчання для набуття нових і удосконалення наявних медичних знань; організація навчання на основі принципів андрагогіки, які найбільшою мірою підвищують мотивацію, забезпечують проблемно-рефлексивний характер медичної практики, сприяють розвитку професіоналізму лікарів.

Результати констатувального етапу експерименту підтвердили актуальність та доцільність дослідження обраної проблеми. Вивчення організації та сучасного стану післядипломної освіти лікарів в Україні, зокрема шляхом опитування суб'єктів післядипломної медичної освіти 1362 респондентів, продемонстрували необхідність перегляду програм обов'язкового післядипломного навчання (76,7 %), урізноманітнення можливостей щодо неперервного професійного розвитку лікарів (96,0 %), зокрема із застосуванням дистанційних і симуляційних технологій навчання (91,2 %), забезпечення гнучкості та індивідуалізації освітнього процесу (79,1 %). Визначено також необхідність удосконалення професійної підготовки викладачів для системи післядипломної медичної освіти (306 осіб) як таких, які навчають дорослих учнів та відповідно мають реалізувати індивідуальний підхід до здобувачів з урахуванням їхнього життєвого та професійного досвіду (92,5 %).

У розділі описано зарубіжний досвід післядипломної освіти лікарів на прикладі європейських країн (Республіка Австрія, Сполучене Королівство Великої Британії і Північної Ірландії), Сполучених Штатів Америки та країн Співдружності Незалежних Держав. Проаналізовано організацію медичної освіти на додипломному і післядипломному рівнях в історичній ретроспекції і сучасній діяльності медичних шкіл; визначено особливості керівництва медичною освітою на державному, громадському та інституційному рівнях; описано національні традиції інтернатури і резидентури.

Визначено ознаки післядипломної медичної освіти. До загальних віднесено: спрямованість на неперервний професійний розвиток лікарів, постійне підвищення їх професійної кваліфікації, удосконалення змісту підготовки; законодавча закріпленість ступеневої освіти; структурованість медичної освіти на до- та післядипломний етапи; компетентісно орієнтований і професійно спрямований підходи до формування освітніх програм; складання ліцензійних іспитів. До відмінних віднесено: перелік спеціальностей і спеціалізацій, загальна тривалість теоретичної підготовки і медичної практики; упроваджене тестування для перевірки здібностей щодо опанування медичних спеціальностей (Республіка Австрія, Сполучені Штати Америки); організація ординатури (країни Співдружності Незалежних Держав); умови складання ліцензійного іспиту та вимоги до оцінювання якості; сертифікація лікарів (Сполучені Штати Америки). Зазначено, що стандартизація і професіоналізація підготовки лікарів на післядипломному етапі детерміновані вимогами до професійної діяльності медичного працівника і морально-етичної поведінки лікаря, посиленням відповідальності за результати медичної практики. Зроблено висновок про можливість перенесення кращого зарубіжного досвіду у післядипломну медичну освіту України шляхом законодавчого врегулювання післядипломної медичної освіти лікарів, зокрема діяльності інституту резидентури; розробкою національних стандартів з урахуванням міжнародної практики формування компетентісно спрямованих програм і стандартів забезпечення якості на післядипломному етапі медичної освіти; широким застосуванням симуляційних та дистанційних технологій навчання.

РОЗДІЛ 3

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ В УМОВАХ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

У розділі обґрунтовано систему компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти; розкрито концепцію післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету; класифіковано варіативні моделі післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету; визначено критерії ефективності післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету та методики їх вимірювання.

3.1. Обґрунтування системи компетентностей сучасного лікаря

Ми розглядаємо систему (від грецького *systema* – ціле, складене із частин; сполука), як сукупність елементів, що знаходяться у взаємовідносинах та зв'язках один з одним, що утворюють визначену сукупність, єднання. Виділяють матеріальні та абстрактні системи. Перші розділяються на системи неорганічної природи (фізичні, геологічні, хімічні тощо) та живі системи (найпростіші біологічні системи, організми, популяції, екосистеми. Особливий клас матеріальних живих систем утворюють соціальні системи (від найпростіших соціальних об'єднань до соціально-економічної структури суспільства). Абстрактні системи – поняття, гіпотези, теорії наукового пізнання про системи, лінгвістичні, формалізовані, логічні системи тощо. В науці дослідження систем різного роду здійснюється у межах системного підходу [107, с. 1225].

Що стосується системного підходу, то він є напрям методології наукового пізнання та соціальної практики, в основу якого покладено уявлення про об'єкти як системи. Такий підхід орієнтує дослідника на представлення цілісності об'єкта, на виявлення різномірних зв'язків у ньому та їх узагальнення в єдину теоретичну картину [107, с. 1226].

Для вивчення професійної компетентності лікаря з позиції системного підходу ми наділяємо її системними ознаками – структурою, певними елементами

і зв'язками між ними, що робить систему гнучкою і мобільною, а отже передбачає можливість зміни окремих елементів, а також їх доповнення.

У даному контексті важливо ще раз наголосити, що післядипломна медична освіта спрямована передусім на формування професійної готовності лікаря до самостійного кваліфікованого провадження медичної практики, що передбачає обов'язкову сформованість професійної компетентності та її підтримання на належному кваліфікаційному рівні упродовж всієї професійної діяльності [48].

Варто відзначити, що професійна компетентність лікаря з урахуванням її соціальних та професійних особливостей є полісемантичним поняттям, що передбачає не лише наявність достатніх професійних знань та сформованості спеціалізованих умінь та навичок, однак і ширину культурного та професійного світогляду, здатність до встановлення ефективної комунікації та емпатійного відношення до співрозмовника, вміння діяти в стресових та неординарних ситуаціях, самостійність у прийомі рішень та вміння працювати у команді, у тому числі, здійснювати керівництво нею, аналітичність мислення, здатність до пошуку, критичного осмислення та інтерпретації нової інформації у тому числі для вирішення нових, нестандартних задач професійної діяльності та багато іншого [29].

Саме тому, на нашу думку, система компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти передбачає наявність декількох складових, що відображають загальне, особливе та одиничне у його професійній діяльності [260], що відповідно розкривається крізь *соціально-особистісну, загальнопрофесійну та професійно-спеціалізовану компетентності* (рис. 3.1.).

Так, *соціально-особистісна компетентність лікаря*, визначає стратегію життєдіяльності людини в суспільстві, тактику дій особи у різних сферах суспільного буття, зумовлює здобуття соціального досвіду, навичок практичної діяльності, а також забезпечує здатність до самовизначення в полікультурному середовищі за усією різноманітністю суспільних ролей, що притаманні конкретному індивідууму. До цієї компетентності відносимо такі компоненти:

мотиваційно-ціннісний, емпатійний, загальнокультурний, самоосвітній, інформаційний, дослідницький, організаційний, комунікативний.

Необхідно зазначити, що соціально-особистісна компетентність системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти розглядається нами у якості базису його професійної діяльності, адже професія лікаря є однією з найбільш гуманних у світі, вона потребує не лише глибоких професійних знань та спеціалізованих фахових навичок, але й передбачає здатність до співпереживання, розуміння чужого болю та щирого прагнення полегшити його, потреби у постійному самовдосконаленні як професійному так і духовному, пошуку та критичного осмислення нової професійної інформації, першочергового пошанування людського життя та гідності, здатності до організації роботи молодшого персоналу та, у разі потреби, своїх колег.

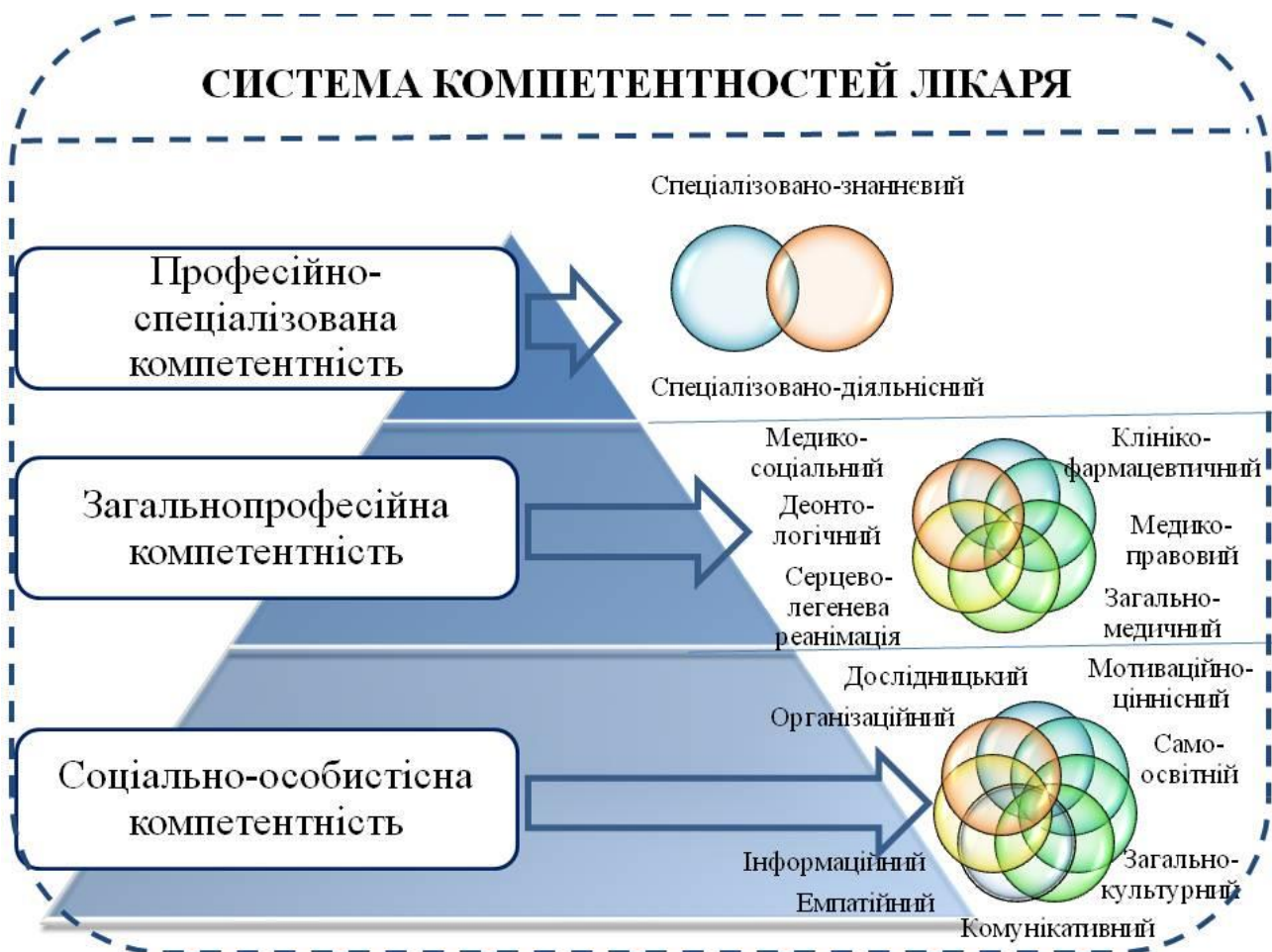


Рис. 3.1. Система компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти

[Джерело: власне опрацювання]

Вважаємо, що гаслом професійної діяльності кожного лікаря мають бути слова видатного лікаря, професора В.Ф. Войно-Ясенецького (святителя Луки Кримського): «Головне у житті – завжди роботи людям добро. Якщо не можеш робити для людей добро велике, постарайся зробити хоча б мале» [261].

Даний постулат простіше та більш наближено безпосередню до щоденної професійної діяльності лікаря ми можемо зрозуміти крізь слова В.М. Бехтерева, який зазначив: «Якщо хворому після розмови з лікарем не стало легше, то це не лікар» [262].

Проте, не дивлячись на простоту та очевидність наведених висловлювань, які не потребують додаткових роз'яснень та коментарів, з прикрістю маємо констатувати, що сьогодні медична практика загалом, а відповідно професійна діяльність окремих лікарів, зокрема все частіше перетворюється на звичайний бізнес, який має на меті лише оплачуване виконання замовлених послуг, якість яких прямо залежить від ціни.

Звісно, ми маємо наголосити, що зазначений стан речей не є загальним правилом та має непоодинокі виключення, коли справжні лікарі за покликанням, співпереживають своїм пацієнтам та роблять для їх одужання неосяжні для загального розуміння речі, проте як вже було зазначено вище, це все частіше є виключенням із загального бізнес-підходу.

Не можливо не сказати, про те, що ситуація, що склалася в суспільній та фінансово-економічній сферах нашої держави, яка перебуває на етапі свого розвитку є вкрай складною, зокрема для представників державного сектору галузі охорони здоров'я, адже середня місячна заробітна платня лікаря в Україні у перерахунку у долари Сполучених Штатів Америки становить близько 330 [263] у той час, як той самий показник для лікаря у Федеративній Республіці Німеччина становить близько 8 000 \$ на місяць, у Турецькій Республіці близько 2 000 \$, а у Сполучених Штатах Америки близько 18 000 \$ [264].

Проте, зазначені обставини, звісно не в змозі зменшити соціальних очікувань та відповідальності, що покладається суспільством на лікарів, відтак одним із провідних завдань медичної освіти є усталення високих моральних цінностей та духовних орієнтирів майбутніх та вже професійних лікарів. Як

вказав лікар і відомий письменник А.П. Чехов: «Бажання служити загальному благу має неодмінно бути потребою душі, умовою особистого щастя» [38].

Надзвичайно влучно, на нашу думку, важливість емпатійного сприйняття лікарем кожного свого пацієнта розкривається крізь слова В.Ф. Войно-Ясенецького (святителя Луки Кримського), який зазначає, що «для хірурга не має бути «випадку», а лише жива, людина, яка страждає» [261].

Саме тому соціально-особистісна компетентність визначається нами у якості базису системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти – фундаменту, що у разі наявності у ньому тріщини не в змозі буде забезпечити «затишку новобудови» із професійних вмій та знань, перетворивши їх лише на окремі «елітні камінчики».

Говорячи про загальнокультурний компонент соціально-особистісної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти не можливо не згадати нобелівський роман Б.Л. Пастернака «Доктор Живаго» де головним героєм є інтелігентний талановитий і думаючий лікар Юрій Живаго, який шукає протидію нищівному хаосу у праці, мистецтві, природі та коханні, який володіє унікальною лікарською інтуїцією, в чому допомагають йому поезія та музика, який працює для Бога і лише потім для людей [265].

На нашу думку, сьогодні формуванню загальнокультурного компоненту соціально-особистісної компетентності лікаря у процесі професійного становлення приділяється недостатньо уваги. Так, зокрема навчальний план та програма професійної підготовки лікарів навіть оглядового не знайомить студентів із історичними постатями відомих медиків більшість з яких поряд із лікарським фахом мали й інші не менш яскраві таланти та здібності. Для прикладу ми можемо згадати французького анатома, фізіолога, художника та скульптора Поля Ріше (Paul Richer) [266], лікарів і письменників М.О. Булгакова [267], В. С. Гедройц [38], В.О. Коротича [38], Є.І. Ліхтенштейна [38], А.П. Чехова [38], лікарів, які окрім літературних мали й інші, не менш яскраві здобутки, так М.М. Амосов відомий як кібернетик та медичний інженер [38], Ю.М. Щербак знаний своєю дипломатичною кар'єрою [38], Г.Є. Аронов досяг значних успіхів

на спортивній та тренерській ниві [38, 268]. І треба сказати, що цей список далеко невичерпний.

Знайомство із постатями відомих лікарів, на нашу думку сприяє гуманітаризації освіти, стосується як її змісту так і організації, в тому числі управління і процесу виховання. Ми поділяємо думку Я.В. Цехмістера, який визначає головне протиріччя, яке має вирішуватись у процесі гуманітаризації професійної освіти як протиставлення гуманітарної освіти і спеціальної професійної підготовки та визначає серед основних напрямів гуманітарної освіти такі, як [29, с. 70]: введення навчальних дисциплін, які сприяють виявленню людського, особистісного «виміру» сфери професійної діяльності; виявлення в безпосередньому процесі професійної підготовки її особистісного (для даного контингенту осіб, які навчаються) змісту; загальнокультурна підготовка, розвиток духовної культури, яка має загальнолюдське значення.

Розглядаючи дане твердження крізь призму особливостей післядипломної освіти, приходимо до думки щодо доцільності запровадження дистанційних курсів тематичного удосконалення для лікарів різних спеціальностей, спрямованих на удосконалення загальнокультурної компетентності лікарів, зокрема шляхом вивчення питань з історії медицини, ролі та значення медицини у мистецтві тощо.

Обмірковуючи близькість медицини та літератури згадуємо слова відомого французького письменника Андре Моруа: «Обидва вони, лікар та письменник, пристрасно цікавляться людьми; обидва намагаються розгадати те, що заслонене оманливою зовнішністю. Обидва забувають про себе та власне життя, вдивляючись у життя інших» [38, с. 10].

Таким чином, аналізуючи історичний досвід, ми можемо резюмувати, що різнобічність особистості сприяє її гармонійному розвитку, творчість виступає розрадою, що часто може розглядатися як один із засобів профілактики професійного вигорання лікарів.

Проте не зважаючи на пріоритетну значимість та обов'язковість формування та розвитку високого емоційного інтелекту лікарів абсолютно необхідним є оволодіння професійними знаннями та навичками у галузі

медицини. Так, зокрема надзвичайно важливою для лікарів усіх спеціальностей є здатність до самоосвіти, що має здійснюватись не лише періодично у формальний спосіб, шляхом опанування передбачених нормативною базою освітніх курсів, проте і під час щоденної практичної діяльності [89].

Загалом варто зазначити, що самоосвітній компонент сьогодні є абсолютно невід'ємною для кваліфікованого виконання обов'язків будь-яким фахівцем незалежно від його спеціальності, адже «Хто стоїть на місці, той відстає», що особливо актуальним є у час мережевих технологій, коли, як зазначають деякі автори, тижнева стрічка сайту новин містить стільки ж інформації, скільки знала за все життя людина, яка жила в XVIII столітті [269].

У цьому контексті доцільно навести дані, представлені Національним інститутом стратегічних досліджень щодо того, що середній період «напіврозпаду» компетентності, тобто зниження її на 50% у наслідок появи нової інформації становить п'ять років [270].

Саме тому, сьогодні велика кількість як вітчизняних так і зарубіжних досліджень присвячені значенню самоосвітнього компоненту для компетентності людини, так, зокрема багато вчених визначають здатність до ефективної самоосвіти як окрему самоосвітню компетентність.

У переліку ключових компетентностей Ради Європи визначені якості особистості, які відображають особливості самоосвітньої компетентності, а саме: здатність і бажання вчитися все життя як основа безперервної професійної, особистісної та громадянської підготовки; потреба в ознайомленні з новою суспільною інформацією, опанування нових технологій, здатність до критичної рефлексії зовнішньої інформації, зокрема такої, що поширюється крізь засоби масової інформації [271, с. 18].

На думку А.Я. Айзенберга самоосвіта є цілеспрямованою систематичною пізнавальною діяльністю, спрямованою на самовдосконалення, що керується особистістю самостійно та передбачає неперервне продовження загальної й професійної освіти, завдяки якій актуалізуються й розшифровуються знання, заповнюються прогалини в духовному розвитку людини [271].

А.П. Авдєєв визначає самоосвіту як природний процес, спрямований на задоволення пізнавальної потреби, що носить індивідуальний характер та обумовлений вимогами суспільства [271].

Як зазначає О.А. Шукліна, самоосвіта є видом вільної діяльності особистості (соціальної групи), що характеризується її вільним вибором і спрямована на задоволення потреб у соціалізації, самореалізації, підвищенні культурного, освітнього, професійного та наукового рівнів з метою самореалізації [271].

Самоосвіту як полісемантичне поняття розглядає М.Л. Князева, зокрема визначаючи його у вузькому практичному значенні як самостійне оволодіння знанням, що є синонімічним самонавчанню, а також у широкому розумінні, як свідоме самостійне творення своєї особистості, що є близьким до «самостворення» [271].

Сутність самоосвітньої компетентності сучасного фахівця Л.І. Білоусова та О.Б. Кисельова розглядають як цілісне багатокomпонентне професійно-значуще особистісне утворення, що відображає готовність і здатність особистості до ефективного здійснення самоосвіти з використанням новітніх форм і технологій, а також опорою на електронні навчально-інформаційні ресурси й освітні ресурси мережі Інтернет із метою неперервного самовдосконалення щодо реалізації соціальних, особистісних та професійних функцій. У структурі зазначеної компетентності дослідниці визначають мотиваційно-ціннісний, організаційний, процесуально-інформаційний та контроль-но-рефлексивний компоненти [272].

Як зазначає Н.А. Воропай, інформаційно-комунікаційне педагогічне середовище сприяє виникненню і розвитку інформаційної освітньої взаємодії між суб'єктами навчального процесу і засобами інформаційних технологій, у процесі якої в студентів формуються мотиви, потреби, ціннісні орієнтації щодо самостійного збагачення професійних знань, самоосвітні вміння і навички, що в сукупності утворюють самоосвітню компетентність [273].

Самоосвітню компетентність за визначенням І.О. Зимньої слід розуміти як здатність особистості до навчання впродовж життя, а також як основу неперервного навчання у контексті особистого, професійного та соціального

життя [75, с. 26]. До змісту цієї компетентності вчена відносить: потребу в саморозвитку; вміння вибудувувати персональну життєву стратегію; єдність інтелектуального розвитку з формуванням особистості, здатність справлятися із протиріччями й невизначеностями свого життєвого досвіду; здатність самостійно контролювати хід свого інтелектуального розвитку, досягати висот професійної майстерності та творчості; структурування знань, ситуативно-адекватна актуалізація знань, розширення, збільшення накопичених знань; мовленнєвий і мовний розвиток, оволодіння культурою рідної мови; адекватну оцінку досягнутих у саморозвитку результатів і постановка нових перспективних завдань [271].

Розглядаючи самоосвітню компетентність особистості Н.В. Коваленко визначає її як [271]: складну інтегровану властивість особистості, що забезпечує готовність до задоволення власних потреб та суспільних очікувань у процесі пізнання дійсності шляхом опанування нових знань, умінь та навичок, способів діяльності, а також здобуття досвіду; готовність і здатність особистості до самостійного, систематичного, цілеспрямованого пізнання дійсності, освоєння соціального досвіду людства, самореалізації, саморозвитку; інтегровану якість особистості, яка ґрунтується на вміннях самоосвітньої діяльності та визначає готовність особистості до самоосвіти, самонавчання, самовдосконалення, самовибору, самореалізації упродовж життя з усвідомленням особистих і суспільних потреб; готовність і здатність особистості до самоосвітнього розвитку, самостійного творення себе. Що стосується структури самоосвітнього компоненту, то дослідниця визначає необхідними систему цінностей, усвідомлення важливості освіти в сучасному житті, особистісної відповідальності за власне життя; систему знань про методи пізнання, інформаційний пошук; вміння та прагнення використовувати їх у навчанні, для потреб власної самоосвіти, у повсякденному житті; 4. активної позиції [271].

Ми поділяємо думку В.М. Іванютіної щодо того, що самоосвітня компетентність передбачає здатність до самоосвіти, організації власних прийомів самонавчання; відповідальність за рівень власної самоосвітньої діяльності; гнучкість застосування знань, умінь і навичок в умовах динамічних суспільних

змін; а також постійний самоаналіз та контроль своєї діяльності [271], що на нашу думку є особливо актуальними у контексті психологічного портрету лікарів.

Проте найбільш влучно, на наш погляд, потребу та значення самоосвіти для лікарів розкрито у словах видатного вченого і хірурга М.М. Амосова, наведених у його творі «Думки і серце»: «Мені потрібно знати: чи все зроблено, як треба? І як треба робити краще, щоб інші не вмирали? Чи принаймні вмирали рідше? – Рукавички. Інструменти. Я сам маю подивитися серце». Такими були роздуми М.М. Амосова після смерті прооперованої ним дівчинки з важким вродженим пороком серця – тетрадою Фалло [38, с. 137].

Дані роздуми привертають увагу тим наскільки взаємопроникними є самоосвіта і відповідальність лікаря, що напевно є абсолютно взаємопов'язаними та такими, що не можуть існувати у медичній професії відокремлено одне від одного.

Необхідно зазначити, що освітній компонент, зокрема у її інформальному та неформальному проявах закладені у буденних традиціях медичної практики, зокрема усталеними є так звані «п'ятихвилинки», що передують початку робочого дня та мають на меті не лише обмін інформацією щодо хворих, якими опікувалась попередня зміна, однак і обмін досвідом, розбір складних і дискусійних випадків, поради колег. Теж саме можна сказати і стосовно існуючої практики «обходів», коли завідувач відділенням, науковий консультант або найбільш досвідчений лікар знайомляться із станом хворих, контролюють призначення лікарів, спостерігають динаміку лікувального процесу та обов'язково, у разі потреби, вносять корективи до листка призначень або переліку процедур, яких потребує хворий [274].

Однак сьогодні самоосвітній компонент компетентності лікаря є невід'ємно пов'язаним із інформаційним її компонентом, адже в умовах глобального підвищення доступності інформації, а також стрімкого збільшення кількості її джерел, все більшого значення набуває здатність до критичного осмислення здобутих даних, оцінки рівня їх достовірності, надійності, актуальності та релевантності, а також їх адекватної інтерпретації. Означені навички є особливо актуальними для лікарів, адже від якості та достовірності професійної інформації,

опановуваної лікарем залежить не лише його професійне майбутнє, а і найвища суспільна цінність – людське життя та здоров'я [123].

Загалом, поняття інформаційної компетентності сьогодні широко розглядається дослідниками. Так, Американська асоціація бібліотекарів визначає інформаційну грамотність як набір здатностей, який є у індивідуумів, і передбачає вміння визначати необхідність інформаційних ресурсів, вміння їх оцінити і ефективно використати [275].

П.В. Беспалов використовує поняття інформаційно-технологічна компетентність для позначення вмінь і навичок роботи фахівця з інформаційними ресурсами та інформаційними технологіями. Інформаційно-технологічна компетентність розглядається як інтегральне особистісне утворення, що характеризує зрілу особистість людини сучасного інформаційного суспільства [275].

В.Л. Голунова пропонує використовувати поняття “інформаційна грамотність”. Дослідник вважає, що інформаційна грамотність ширше, аніж поняття комп’ютерна грамотність [275].

Поняття інформаційної компетентності невід’ємно пов’язане з поняттям інформаційної культури, під якою ми розуміємо сукупність норм, правил і стереотипів поведіння, пов’язаних з інформаційним обміном у суспільстві. Поняття інформаційної культури сформувалося в процесі активізації уваги до механізмів інформаційного обміну в зв’язку з колосальним посиленням ролі інформаційних ресурсів в соціокультурних процесах у середині – другій половині ХХ ст. [275].

Результати одного з перших досліджень інформаційної компетентності представлені у звіті за результатами дослідження “Інформаційна компетентність в університеті штату Каліфорнія” за 2001 р. В ньому інформаційна компетентність представляється як компетентність роботи з бібліотечними ресурсами, а саме компетентність пов’язана з пошуком і опрацюванням різноманітних повідомлень. За результатами цього дослідження були визначені здатності, що є необхідними для формування інформаційної компетентності: визначати тему дослідження і інформаційну потребу (визначати проблему, формулювати термінологію і

ключові слова, визначати види матеріалів, необхідні для дослідження, використовувати електронні засоби пошуку потрібних відомостей; визначати і здійснювати пошук відповідних матеріалів, визначати різні типи джерел для різних завдань, правильно використовувати цитати; класифікувати знайдені відомості та використовувати їх в дослідженні; оцінити знайдені відомості (перевірити їх точність, своєчасність, доцільність); організувати знайдені матеріали: згрупувати відповідно до розділів дослідження, використати цитати, скласти бібліографію [275].

В підсумковому дослідженні кафедри інформаційної грамотності державного університету Каліфорнії поняття інформаційної компетентності визначене як здатність визначати інформаційні вимоги до питання дослідження для формулювання стратегії пошуку відомостей; добирати форми представлення необхідних відомостей; організовувати відомості в такий спосіб, що найбільш сприятливий для аналізу, синтезу і розуміння; усвідомлювати етичні, юридичні і політичні проблем використання інформаційних ресурсів [275].

На думку А.Н. Зав'ялова, інформаційна компетентність – знання, уміння, навички і здатність їх застосовувати при розв'язуванні задач з використанням засобів нових інформаційних технологій [275].

В.В. Недбай визначає інформаційну компетентність як здатність знаходити, оцінювати, використовувати і повідомляти відомості у всіх їх видах і представленнях [275].

Американські дослідники визначають інформаційну компетентність як поєднання комп'ютерної грамотності, вмінь працювати з традиційними видами повідомлень у бібліотеці, технологічної грамотності, етики, критичного сприйняття і навичок комунікації [275].

На нашу думку, інформаційний компонент компетентності лікаря є перш за все здатністю до вибору надійних інформаційних джерел, що, зокрема вмішують відомості, засновані на даних доказової медицини, а також вміння до їх адекватної інтерпретації з урахуванням конкретних клінічних задач.

Та не можливо не звернути увагу, що у більшості визначень інформаційної компетентності, наведених вище, вчені пов'язують її із організацією та

проведенням досліджень, що на нашу думку не завжди є тотожним, адже не кожен практикуючий лікар є дослідником. Однак, не можливо не погодитись із важливістю дослідницького компоненту як складової соціально-особистісної компетентності лікаря, адже з давніх часів медицина є однією із найбільш наукоємних галузей.

Відтак, очевидним постає, що практична діяльність лікарів, що пов'язана із щоденним пошуком відповідей на нові питання і відповідно необхідністю щодо здійснення наукового пошуку потребує розвитку дослідницького компоненту компетентності лікаря.

Розглядаючи дослідницьку компетентність з позицій системного підходу, В.А. Адольф, А.А. Деркач, Т.А. Смоліна та ін. вважають її компонентом професійної компетентності, а Б. С. Гершунський, В.В. Лаптев визначає її як елемент загальної та професійної освіченості [276].

З позицій процесуально-технологічного підходу А.В. Хуторський дослідницьку компетентність розглядає як володіння людиною відповідною дослідницькою компетенцією, під якою автор розуміє знання як результат пізнавальної діяльності людини в певній галузі науки, методи, методики дослідження, які він має опанувати, щоб здійснювати дослідницьку діяльність, а також мотивацію і позицію дослідника, його ціннісні орієнтації [276].

Інші дослідники, зокрема Б.Г. Ананьєв, Н.В. Кузьміна, А.К. Маркова, Є.В. Попова, Н.А. Рібаков, В.Д. Шадріков та ін. включають в поняття «компетентність» сукупність особистісних якостей, необхідних для ефективної дослідницької діяльності. Тому компетентність ототожнюється з «функціональною компетентністю» (функціонально-діяльнісний підхід) [276].

На думку С.І. Осипової дослідницька компетентність є інтегральною якістю особистості, що виражається в готовності і здатності самостійно освоювати і отримувати системи нових знань в результаті перенесення смислового контексту від функціональної діяльності до перетворювальної, базуючись на наявних знаннях, вміннях, навичках і способах діяльності [276].

На наш погляд, дослідницький компонент соціально-особистісної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та

розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти передбачає тісний взаємозв'язок медичної науки та практики на підтвердження чому слугує вислів Нобелівського лауреата Є.І. Чазова, який зазначає, що «Сьогодні медицина не та, що була навіть тридцять років тому. Кожен практикуючий лікар повинен володіти основами фундаментальної науки, зокрема для застосування та інтерпретації сучасних методів діагностики, у тому числі генетичної» [277].

Наочне підтвердження таких роздумів знаходимо у нобелівському відкритті Пітера Егрона щодо білка аквапоріна, яке, на перший погляд, присвячено розв'язанню суто теоретичної проблеми, пов'язаної із дослідження транспорту води через клітинні мембрани, що розв'язується на атомних рівнях молекулярної біології, однак на сьогодні вже достеменно відомо, що аквапорін відіграє ключову роль у розвитку цілого ряду серйозних патологічних станів починаючи від вазоренальної гіпертензії та закінчуючи втратою зору і набряком мозку [277].

Та з огляду на усі, зазначені вище особливості медичної діяльності та вимоги до особистості лікаря, неможливо не згадати про необхідність розвитку організаційного компоненту компетентності лікаря, який розглядатиметься нами у двох площинах, як: самоорганізаційний щодо себе та як організаторський щодо оточуючих.

Аналізуючи дослідження, пов'язані із формуванням організаційного компоненту професійної компетентності фахівців, маємо відзначити, що більша частина із них присвячена формуванню саме «управлінської» або організаційно-управлінської компетентностей, що найбільш часто розглядається у контексті керівників різних галузей.

Так, для прикладу професійну управлінську компетентність у сучасній науці розглядають як сукупність особистісних можливостей посадової особи, її кваліфікаційні знання, досвід, що дають змогу брати участь у виробленні певного кола рішень або самостійно вирішувати певні питання завдяки наявності відповідних знань і навичок [278].

А. Грушева суть управлінської компетентності вбачає у тому, що діяльність керівника спрямовується на об'єкт управління з урахуванням його специфіки й характеру розвитку в соціально-економічному середовищі; в обізнаності

керівника з формами та методами управління, в його готовності та здатності ефективно проектувати й здійснювати управлінську діяльність; інтегральній характеристиці керівника, що презентує його професійні й особистісні якості. В результаті автор визначає управлінську компетентність бакалаврів економічних спеціальностей як соціально-детерміноване системне динамічне утворення в складі професійної компетентності, яке проявляється в процесі управлінської діяльності, спрямованої на досягнення цілей на основі застосування знань, умінь, навичок і професійно важливих якостей, що зумовлюють здатність особистості до продуктивної професійної діяльності [278].

В. Ягоднікова стверджує, що сформована управлінська компетентність передбачає вміння використовувати на практиці сучасні організаційно-управлінські принципи і методи; застосовувати власні повноваження у вирішенні питань, приймати відповідальність за виконання рішень; вміння чітко поставити ціль і завдання; здібність об'єктивно аналізувати і оцінювати результати; вміння здійснювати контроль; вміння орієнтуватися в інформаційному просторі, критично осмислювати й використовувати різноманітну інформацію; творчий підхід до справи, наявність певних лідерських якостей, таких як: відповідальність, обов'язковість, цілеспрямованість, ініціативність, самостійність, дисциплінованість, здібність приймати правильні рішення в умовах невизначеності, вміння підтримувати свій авторитет [278].

У той же час, на наш погляд, в умовах коли щодо керівників галузі охорони здоров'я висуваються окремі вимоги щодо додаткової освіти у сфері управління, що відображено у кваліфікаційних вимогах до керівників закладів та структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, зокрема генеральних директорів та їх заступників, медичних директорів, а також начальників структурних підрозділів [279], доречніше у контексті соціально-особистісної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти говорити саме про її організаційний компонент, як такий, що відображає особливості, притаманні професійній діяльності кожного практикуючого лікаря, і як вже було зазначено вище, передбачає саме здатність до самоорганізації та організаторські здібності щодо роботи із колегами, середнім та

молодшим медичним персоналом; прийняття рішень та усвідомлення відповідальності за них; розподілу обов'язків між членами команди та організація її злагодженої діяльності; організація та раціоналізація робочого місця; участь у розробці та дотримання стандартів управління якістю; прийняття та організація виконання управлінських рішень; організація ділових контактів; забезпечення системи обліку та звітності щодо своєї діяльності тощо [280, 281].

Окрім цього не можливо не зауважити роль комунікативного компоненту соціально-особистісної компетентності лікаря, як такого, що реалізується у безпосередній взаємодії з організаційним компонентом, сприяючи розвитку та підтримці один одного.

У даному контексті цікавими є результати отримані Н.В. Гришиною у ході застосування методики КОС для оцінки комунікативних та організаторських здібностей медичних працівників. Так, у дослідженні відзначено, що середній бал, що характеризує організаторські здібності по вибірці лікарів – 2,5 бали, що свідчить про рівень розвитку нижче середнього, а за вибіркою медичних сестер – 3 бали, що свідчить про середній рівень розвитку здібностей. На думку автора більш високі показники організаторських здібностей у медичних сестер, швидше за все, пояснюються їх функціональними обов'язками, так як саме медичні сестри в більшій мірі, ніж лікарі, змушені спілкуватися, налагоджувати контакт з хворими, їх родичами, що у свою чергу призводить до розвитку в ході професіоналізації їх організаторських здібностей. Також цікавим є той факт, що відповідно до результатів дослідження, у медичних сестер частіше зустрічається низький і дуже високий рівень комунікативних здібностей і високий рівень організаторських здібностей. У лікарів, в свою чергу, частіше спостерігається середній і нижче середнього рівень комунікативних здібностей та низький і середній рівні організаторських здібностей. Зазначено, що у 75% респондентів спостерігається відповідність рівня комунікативних здібностей та рівня організаторських здібностей, у інших відзначається розбіжність щодо сформованості комунікативних і організаторських здібностей з перевагою сформованості організаторських здібностей над комунікативними [282].

Що стосується *загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря*, то на нашу думку, вона визначає стратегію професійної поведінки лікаря, відображає специфіку медичної практики, кваліфікаційну характеристику магістра за спеціальністю «Медицина», його здатність акумулювати знання професійного базису, здобутого під час додипломного навчання. До цього рівня ми відносимо загально медичний, клініко-фармацевтичний, медико-правовий, медико-соціальний, деонтологічний, компоненти, а також компонент щодо надання першої долікарської допомоги.

Отже, загальномедичний компонент розглядається нами як сукупність медичних знань та навичок, що є необхідними для засвоєння та опанування незалежно від спеціальності лікаря. Так, зокрема до даного компоненту ми відносимо вміння збирати анамнез та оформлювати первинну медичну документацію, проводити фізикальне обстеження пацієнта, інтерпретувати результати лабораторних структурних та функціональних досліджень, розуміти фізіологію та біохімію внутрішніх процесів організму, а також причини патологічних зрушень тощо.

Що стосується клініко-фармацевтичного компоненту, то він передбачає здатність до практичного застосування принципів раціональної фармакотерапії, зокрема щодо взаємодії лікарських засобів, особливостей їх призначення та дозування з урахуванням індивідуальних характеристик організму пацієнта, порядок здійснення фармаконагляду та забезпечення фармацевтичної опіки, шляхи попередження та мінімізації побічних реакцій від застосування фармацевтичних препаратів, а також кроки щодо мінімізації явищ поліпрагмазії тощо.

З огляду на зазначене, закономірною є думка, щодо того, що даний компонент міг би бути об'єднаний із загально медичним компонентом, однак, ми вважаємо, що з урахуванням місця фармакотерапії у загальній структурі медичної допомоги у світі (понад 80%) необхідно виокремити зазначений компонент з метою подальшого визначення самостійних критеріїв його сформованості.

Важливість даного компоненту підтверджується у багатьох літературних джерелах, адже основними завданнями на вирішення яких спрямована клінічна

фармація є [283]: оптимізація використання лікарських засобів для забезпечення дієвого процесу лікування з урахуванням особливостей кожного пацієнта; зменшення ризиків від застосування лікарських засобів, у тому числі шляхом забезпечення супроводу лікувального процесу; зменшення витрат, пов'язаних з фармакотерапією як для пацієнтів та і для системами охорони здоров'я з метою підвищення її доступності для пацієнтів.

Справедливо буде зазначити, що у більшості розвинутих країн світу завдання щодо оптимізації процесу фармакотерапії забезпечують окремі фахівці – клінічні-провізори, які здійснюють свою діяльність у тісній співпраці з лікарями. Однак, в умовах недостатності фінансування системи охорони здоров'я в нашій країні та відсутністю достатньої кількості штатних одиниць та фахівців з клінічної фармації, клініко-фармацевтичний компонент є невід'ємним у системі компетентностей лікаря, який здійснює призначення та контролює процес фармакотерапії пацієнта.

Наступним серед компонентів загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти є медико-правовий, що на нашу думку, є особливо актуальним в умовах запровадження страхової медицини та розширення мережі самостійної підприємницької лікарської практики. Так, до даного компоненту, ми відносимо знання основ законодавства України, зокрема щодо охорони здоров'я, здатність лікарів до запобігання професійних ризиків, надання роз'яснень пацієнтам, відвідувачам або колегам щодо їх прав та обов'язків, вміння працювати з джерелам правової інформації тощо.

Питання щодо доцільності вивчення правових основ медичної діяльності піднімається не лише в Україні, так Н.Д. Шах зазначає, що вплив закону на медичну практику в Сполучених Штатах Америки вимагає від лікарів стати настільки кваліфікованими фахівцями щодо правових аспектів програми «Medicare», наскільки кваліфікованими вони є у питаннях лікування діабету. Адже, щоб бути успішним, лікар повинен не лише спілкуватися з пацієнтами і діагностувати хвороби, але й бути добре обізнаним щодо складних правових і регуляторних особливостей надання медичної допомоги [284].

Також, необхідним у структурі загальнопрофесійної компетентності лікаря нами визначено медико-соціальний компонент, що зокрема передбачає здатність лікаря до забезпечення медичного супроводу соціально незахищених верств населення та осіб, які потребують особливого лікарського ставлення та уваги, зокрема до таких категорій ми відносимо осіб з інвалідністю, недієздатних людей, осіб, які потребують хоспісної допомоги, старечих людей. Важливо звернути увагу на те, що медичний супровід зазначеної категорії осіб часто є більш спрямованим на догляд та піклування аніж власне на забезпечення медичної допомоги у вигляді, звичному для більшості лікарів. Саме тому, важливим у даному контексті є поєднання принципів милосердя та організаційно-управлінських особливостей догляду за зазначеними категоріями пацієнтів, зокрема щодо оформлення відповідної документації, яка підтверджує статус таких осіб.

У «Глосарії термінів медико-соціальної допомоги» Європейського регіонального бюро охорони здоров'я медико-соціальну роботу тлумачать як «... організоване соціальне обслуговування в лікарнях або інших закладах, де особливий акцент робиться на вирішення соціальних проблем, пов'язаних зі здоров'ям людини». Метою медико-соціальної роботи є «поліпшення функціонування клієнта і його адаптація до умов соціального оточення», «здійснення сприятливих змін у житті клієнта». Необхідно відзначити, що медико-соціальна допомога передбачає профілактичну, лікувально-діагностичну, реабілітаційну, протезно-ортопедичну й зубопротезну допомогу, заходи соціального характеру з догляду за хворими, непрацездатними та інвалідами. Медико-соціальної допомоги потребують різні контингенти осіб, які мають виражені медичні й соціальні проблеми, що взаємно доповнюють одна одну й вирішення яких неможливе в межах односторонніх професійних заходів. Робота з такими контингентами однаково важка й малоефективна як для медичних, так і соціальних працівників, оскільки перед ними неминуче стають проблеми, які виходять за рамки їхньої професійної компетенції і перешкоджають успішній професійній діяльності. При цьому об'єктами медико-соціальної роботи є, здебільшого, особи які страждають, або мають високий ризик соціально значимих

захворювань, таких як: онкологічні, психічні, залежність від психоактивних речовин, хвороби інфекційного характеру (ВІЛ-інфекція, гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом), туберкульоз та ін. [285].

Відтак, враховуючи зазначене, медико-соціальний компонент є невід'ємним у системі компетентностей лікаря, адже саме завдяки ньому створюватимуться надійні передумови для дієвої участі лікарів у реалізації програм медико-соціальної допомоги, а також їх особистої адаптації з урахуванням особливостей роботи із соціально вразливими та соціально незахищеними верствами населення.

Не можливо недооцінити й значення деонтологічного компоненту загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, адже колегіальні, шанобливі, пронизані взаємоповагою відносини у колективі є запорукою його успішної діяльності, попередження професійного вигорання, а також більш якісного надання медичної допомоги. Однак деонтологічний компонент розглядається нами не лише як сукупність норм та правил поведінки всередині колективу, а й як умова злагодженої роботи медичної команди, діяльність якої, передусім, спрямована на найкращий можливий результат щодо укріплення і збереження здоров'я населення.

Так, у науковій літературі деонтологічна компетентність розглядається як компонент професійної компетентності, яка є інтегрованим особистісним утворенням, котре складається з досвіду, теоретичних знань, практичних умінь, особистісних якостей, що забезпечує ефективність виконання професійної діяльності. Вона є загальною здатністю, що базується на знаннях, досвіді, цінностях, здібностях, набутих завдяки навчанню. Вона й сама має інтегрований характер, поєднуючи певний комплекс знань, умінь, навичок і поглядів, які формуються у майбутніх фахівців під час засвоєння ними всього змісту професійної освіти, виступає показником і одночасно результатом професійно-особистісної готовності фахівця до роботи, слугує регулятором його дій, забезпечує свідомий вибір стилю поведінки згідно зі встановленими професійними нормами й вимогами [286].

Також, хочемо окремо визначити у системі компетентностей лікаря компонент щодо надання першої долікарської допомоги, який ми відносимо до загальнопрофесійної компетентності, та не дивлячись на його загально медичну сутність, наполягаємо саме на його виокремленні, що обумовлено високою суспільною значущістю, зокрема щодо проведення серцево-легеневої реанімації, а також сучасним станом готовності лікарів щодо її надання.

Визначення професійній компетентності з надання першої долікарської допомоги представлено у дослідженні М.А. Омельчука та розуміється як невід'ємна складова професійної компетентності; інтегральна якість особистості фахівця, що відображає набуті знання, вміння, навички, морально-етичні якості, особистісні риси, спрямовані на надання адекватної та якісної першої долікарської допомоги хворим і потерпілим у випадку необхідності, до моменту прибуття спеціалізованої медичної допомоги. Професійна компетентність з надання першої долікарської допомоги 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 [287].

Таким чином, далі ми переходимо до розгляду наступної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, а саме *професійно-спеціалізованої компетентності*, що, на нашу думку, визначає здатність фахівця до кваліфікованої діяльності відповідно до здобутої лікарської спеціальності, передбачає наявність знань та вмінь, визначених кваліфікаційною характеристикою щодо конкретного спеціаліста, а також здатності до їх практичного застосування, у тому числі вміння діяти при вирішенні непередбачуваних складних професійних завдань, що можуть бути врегульовані на основі наявного професійного досвіду. До цього рівня ми відносимо спеціалізовано-знаннєвий та спеціалізовано-діяльнісний компоненти.

Що стосується даних компонентів системи компетентностей лікаря, то необхідно зазначити, що він описує лише загальні положення та не може бути

конкретизованим з огляду на значний перелік лікарських спеціальностей кожна із яких має свої професійні особливості. Однак, логіка опису даного компоненту може бути використана як загальна канва при розгляді кожної окремої лікарської спеціальності. Так, зокрема до даного компоненту нами віднесено спеціалізовані знання, навички та вміння, що є необхідними для кваліфікованого здійснення професійної діяльності відповідно до спеціалізації лікаря, зокрема такі, що визначені мінімально необхідними у навчальному плані та програмі зі спеціалізації, а також, зазначені у кваліфікаційній характеристиці лікаря-спеціаліста.

Таким чином, післядипломна освіта лікарів має бути спрямована на становлення системи компетентності лікаря, зокрема шляхом розвитку її соціально-особистісної та професійно-спеціалізованої компетентностей, а також формування (на етапі спеціалізації) та розвитку (на всіх інших етапах післядипломної освіти) професійно-спеціалізованої компетентності.

3.2. Концепція післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету

Сутність поняття «педагогічна концепція» визначається як складна, цілеспрямована, динамічна система фундаментальних знань про педагогічний феномен, що повно і всебічно розкриває його сутність, зміст, особливості, а також технологію оперування ним в умовах сучасної освіти [288].

Концепція післядипломної медичної освіти спрямована на реалізацію мети післядипломної освіти лікарів – підвищенні якості професійної підготовки лікарів, забезпечення сприятливих умов для усвідомленої реалізації програм неперервного професійного розвитку та формуванні усталеної потреби до постійного самовдосконалення серед лікарів, наскрізній інтеграції медичної освіти, науки і практики з метою підвищення якості надання медичної допомоги населенню, забезпечення конкурентоспроможності українських лікарів на вітчизняному та міжнародному ринках праці.

Важливо зазначити, що реалізація поставленої мети залежить від комплексу правових, економічних і організаційних умов щодо удосконалення системи медичної освіти на всіх її етапах, проте саме післядипломна освіта, з урахуванням її фахових особливостей має розглядатися як визначальний етап спеціалізованого навчання, що має бути приведений до міжнародних освітніх стандартів із збереженням наявного позитивного досвіду.

Провідна ідея концепції дослідження полягає у тому, що теоретичні та методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету необхідно досліджувати як проблему міждисциплінарну, що вимагає інтеграції знань з різних наук, а саме: медицини, педагогіки, психології, права, державного управління тощо. Індивідуальні, особистісні та професійні якості лікаря потребують вивчення в єдності їх взаємозв'язків з метою формування та розвитку системи компетентностей лікаря на післядипломному етапі освіти.

Необхідним для побудови Концепції післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету є визначення наукового тезаурусу обраної проблеми. Ми виходили з того, що компетентність лікаря є цілісним, інтегративним, особистісним, багаторівневим новоутворенням, що формується у результаті професійної підготовки на до- та післядипломних освітніх етапах, а також у процесі неперервного професійного розвитку, успішність якої зумовлена сукупністю сформованих у фахівця компетентностей, які сприяють професійній соціалізації особистості, становленню у неї ціннісних орієнтацій, формуванню світоглядних переконань та поглядів, а також професійних майстерності, задоволеності результатами своєї професійної діяльності, здатності до встановлення вертикальної та горизонтальної комунікації, потреби та здатності до самостійного розвитку та удосконалення впродовж життя.

Компетентності лікаря це складні соціально-особистісні новоутворення, що на основі інтеграції суспільного, індивідуального, професійного, культурного та іншого життєвого досвіду, набутих знань, умінь та навичок, сформованих світоглядних цінностей та персональних якостей зумовлюють готовність та здатність лікаря до успішного виконання професійної діяльності. Саме тому ми будемо говорити про систему компетентностей лікаря.

Необхідно звернути увагу на те, що нормативно-правовим базисом даної концепції є Закони України «Про освіту» [49], «Про вищу освіту» [21], «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [25], постанова Кабінету міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» [26], спільний наказ Міністерства охорони здоров'я України та Академії медичних наук України від 12 вересня 2008 р. № 522/51 «Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні» [289], міжнародні глобальні стандарти Всесвітньої федерації медичної освіти щодо Глобальні стандарти поліпшення якості післядипломної медичної освіти (2015 р.) [141] та неперервного професійного розвитку лікарів (2015 р.) [142], а також Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий 3-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (Лондон, 1949 р.) [290].

Також, враховуючи широту поняття післядипломної освіти, а також її можливу індивідуальність та варіативність, у якості меж, на які буде поширюватися представлена концепція визначено саме післядипломну освіту, що реалізується в умовах медичного університету, зокрема програми спеціалізації, а також професійного удосконалення лікарів.

Пріоритетними концептуальними напрямками післядипломної освіти лікарів в медичному університеті є наступні:

- усталення серед лікарів пріоритетної значущості найвищих соціальних цінностей – людського життя та здоров'я;
- закладення етичних та гуманістичних професійних орієнтирів;
- розвиток здатності до особистої самореалізації із пошануванням та дотриманням суспільних інтересів;
- набуття та оновлення знань відповідно до досягнень сучасної медицини;
- оволодіння сучасними інформаційними технологіями та цифровими техніками;
- формування інноваційності у мисленні та доказовості у діяльності;
- прищеплення потреби до неперервного професійного удосконалення та розвитку;

- забезпечення вміння до пошуку, критичного осмислення та використання інформації.

У даному контексті, увагу привертає позиція, висловлена у дослідженні Я.В. Цехмістера стосовно того, що у системі медичної освіти суспільні та індивідуально-особистісні інтереси на цінності значною мірою співпадають, що позитивно впливає на динаміку освітнього процесу та має бути враховано у роботі викладачів, що має бути організована на гуманістичних та демократичних засадах [29, с. 212; 291].

Відповідно до сучасних концепції навчання дорослих, діяльність медичного університету у площині післядипломної освіти має ґрунтуватись на таких принципах:

- гуманізації і демократизації освітнього процесу;
- доступності і рівності освітніх умов;
- незалежності від політичних та релігійних організацій;
- органічного зв'язку з світовим та національним медичними спільнотами;
- науковості, технологій, інженерії та математики (Science, technology, engineering, mathematics – STEM);
- диференціації змісту, форм та методів навчання;
- гнучкості, практичної спрямованості та індивідуалізації навчання;
- єдності, наступності та неперервності навчання;
- диджиталізації освітнього процесу.

Також, важливо відзначити, що, на нашу думку пріоритетним у формуванні змісту професійної підготовки лікарів на післядипломному етапі в медичному університеті є трансформація компетентностей, що є професійно визначаючими для сучасного лікаря у зміст післядипломної освіти, що має бути закріплено у модернізованих навчальних планах та програмах підготовки спеціалізації, а також відображено у концептах заходів неперервного професійного розвитку.

Окрім цього варто наголосити на необхідності врахування особливостей навчально-методичного забезпечення післядипломної освіти. Так, при розробці навчальних підручників, посібників, методичних рекомендацій тощо має бути розкрито компетентнісно заснований зміст освітнього процесу. Інформація має

бути лаконічною та практично значущою, відображати взаємозв'язок між переставленим науковим чи теоретичним положенням та практичною діяльністю лікаря конкретної спеціальності.

Важливо у концептуальному контексті звернути увагу і на необхідність доповнення змісту програм післядипломної освіти питаннями загального характеру, що є невід'ємними для кваліфікованої професійної діяльності кожного фахівця незалежно від спеціальності, так зокрема щодо основ правової, економічної та психолого-педагогічної підготовки. Звісно, що зазначені дисципліни наявні у програмах підготовки лікарів на додипломному етапі, але там вони носять більше теоретичний характер, у той час, як при їх вивченні дипломованими лікарями їх має бути представлено саме у розрізі сучасної медичної практики.

Окремо необхідно звернути увагу на дистанційні технології навчання у післядипломній освіті, як такі, що сприяють гнучкості та персоналізації освітнього процесу. Так, розробка та запровадження платформ дистанційного навчання забезпечує можливості для підготовки у найбільш зручному форматі, так, наприклад із застосуванням мобільного телефону, планшету або персонального комп'ютеру, що є найбільш усталеними способами для отримання інформації у сучасному світі.

У даному контексті доцільно відзначити позицію, висловлену на Всесвітній конференції ЮНЕСКО з проблем вищої освіти щодо того, що інформаційні технології не зменшують потреби у кваліфікованих викладачах, хоча й змінюють їх роль по відношенню до навчального процесу. Відтак, провідного значення набуває постійний діалог викладача та особи, які навчається, який перетворює інформацію на знання і розуміння [29, с. 34].

Відтак, з огляду на необхідність реструктуризації змісту післядипломної освіти, а також підходів до його реалізації, у тому числі із застосуванням сучасних інформаційних технологій, необхідним постає перегляд та модернізації змісту програм підвищення кваліфікації викладачів медичного університету, зокрема тих, які працюють на післядипломному етапі. Так, зокрема оновлені навчальні плани та програми психолого-педагогічної підготовки мають бути так

само розроблені з позиції компетентнісного підходу, передбачати дистанційний освітній компонент, а також практику щодо застосування сучасних освітніх технологій, форм та методів навчання.

Ми будемо виходити з того, що ефективність післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету залежить від: усвідомлення суспільної значущості медичної професії та високої особистої відповідальності лікарів; мотивації лікарів до професійного становлення та зростання; мотивації викладачів до результативного навчання; існування атмосфери взаємоповаги між усіма учасниками освітнього процесу; налагодженості співпраці між викладачем колективом слухачів та окремо кожним здобувачем післядипломної освіти; практичної спрямованості післядипломної підготовки [292].

Також вагомого значення набуває компетентнісна спрямованість навчальних планів та програм підготовки з урахуванням сучасного стану медичної практики; наскрізна інтеграція вузько спеціалізованих, у тому числі гуманітарних курсів підготовки до основної програми підготовка лікаря певної спеціальності; рівень фундаментальної медико-біологічної та фізико-математичної підготовки лікарів, у тому числі на післядипломному етапі, як передумови глибинного розуміння фізіологічних та патофізіологічних процесів в організмі, а також сучасних діагностичних та лікувальних можливостей; створення передумов, що спонукають до формування, підтримання та удосконалення англійської компетенції; відбір системи форм, методів та технологій навчання, з урахуванням андрагогічних особливостей навчання на післядипломному етапі, а також із врахуванням змістових особливостей компетентнісно-орієнтованого навчання для максимального задоволення індивідуальних запитів та інтересів особистості, а також реальних суспільних потреб; запровадження ефективних заходів контролю, адекватних до навчальної мети кожної з програм післядипломної підготовки.

Щодо кадрового забезпечення, то варто підкреслити необхідність удосконалення системи підбору кадрів для роботи з лікарями на післядипломному етапі; розвитку професійної компетентності викладачів, створення організаційно-педагогічних умов для їх професійного самовдосконалення, адаптації практичних

лікарів до процесу викладання за програмами післядипломної освіти; створення системи комплексного забезпечення процесу післядипломного навчання підручниками, посібниками, наочними матеріалами та технологічними засобами тощо; розширення дистанційних можливостей для реалізації програм післядипломного навчання; налагодженості зворотного зв'язку між всіма учасниками освітнього процесу та працедавцями.

Спеціалізована підготовка лікарів до самостійної професійної практики має не лише передбачати наявність знань, умінь та навичок, що забезпечуватимуть виконання професійних завдань, вона має забезпечувати сформованість компетентності лікаря, як надавача медичної допомоги, популяризатора знань про здоров'я та здоровий спосіб життя, професіонала у певній медичній сфері, вченого, члена медичної команди, а також довічного учня.

Відтак, вкрай важливим є закладення у свідомості лікаря протиріччя між рішучістю та одвічним сумнівом, адже з одного боку лікар має вміти приймати миттєві зважені самостійні рішення, зокрема при виникненні загрозливих для життя пацієнта станів, а з іншої сторони ніколи не переставати сумніватися у собі, аналізувати свої дії, з позиції максимально можливої користі для пацієнта, що створюватиме передумови для потреби у одвічному професійному розвитку та зростанні.

На підтвердження нашої думки слугує наукове визначення поняття діалектичного протиріччя як взаємодії протилежних, взаємовиключаючих сторін об'єкту чи системи, які разом з тим знаходяться у внутрішньому єднанні та взаємопроникненні та є джерелом саморуху та розвитку об'єктивного світу та пізнання [107, с. 1084].

Зокрема, закладенню такого протиріччя у свідомості лікаря, на нашу думку, значною мірою слугують заходи неформальної освіти, так зокрема наявність науково-практичних клубів та осередків молодих лікарів, що розглядаються нами як майданчики для обміну професійним досвідом (як негативним так і позитивним), міжпрофесійної інтеграції, усвідомленню потреби у залученні експертної думки, усталенню звички до рефлексування, формування підґрунтя для наукового пошуку, осмислення можливостей для саморозвитку та

вдосконалення крізь звичне спілкування у професійному чи суміжно професійному колі.

Відтак ми вважаємо, що процес післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету передбачає не лише реалізацію змісту навчальних планів та програм за допомогою найбільш раціональних методів, форм, технологій та засобів навчання, він має бути спрямованим на становлення професійної духовної, емпатійної, висококультурної, питливої, творчої, відповідальної та соціалізованої особистості, яка здатна до надання кваліфікованої медичної допомоги населенню, розробки та реалізації програм розвитку національної системи охорони здоров'я, конкурентоспроможної участі у міжнародних проектах, професійної самореалізації, психоемоційної гармонії та задоволення особистих соціальних потреб без шкоди для суспільних інтересів.

Ми будемо ґрунтуватись на концептуальному положенні, що післядипломна освіта лікарів в умовах медичного університету є складовою неперервної професійної освіти, а тому:

- система професійної підготовки лікарів набуває цілісності і непевності за умови, якщо кожен наступний освітній етап спирається на попередній, гармонійною продовжує та доповнює його з урахуванням визначених для нього освітніх цілей (так, етап первинної спеціалізації спирається на додипломну підготовку, вторинна спеціалізація – на первинну, непевний професійний розвиток – на всі попередні освітні етапи, у тому числі і професійний досвід фахівця, як природне джерело неформальної освіти);
- система післядипломної підготовки має охоплювати різні напрями життєдіяльності, у тому числі і професійної;
- ефективна післядипломна освіта може здійснюватися лише за умови створення цілісної системи функціонування медичного закладу вищої освіти – медичного університету, діяльність якого спрямована на психолого-педагогічну підтримку професійного становлення лікаря, його свідоме професійне становлення, забезпечення подальшого неперервного професійного упродовж всього професійного життя.

Окремо необхідно зазначити, що післядипломна освіта лікарів виступає в органічній єдності загального, особливого й індивідуального. Як загальне вона відображає закономірності професійного становлення та розвитку фахівців у системі вищої освіти і є складовою освіти упродовж життя; як особливе – полісемантичність післядипломної освіти, що має свою визначену структуру та специфіку; як одиничне – специфіка та особливості, притаманній медичній професії та процесу формування професійної готовності фахівців до самостійної медичної практики.

Підсумовуючи зазначене, хочемо привести вислів Я.В Цехмістера, який справедливо зазначає, що «процес навчання виявляє здатність людини пізнавати нове, а процес відносин – наскільки вона справляється зі змінами в суспільстві і зміною вимог до її професійної майстерності» [29, с. 217].

Відтак, післядипломна освіта у медичному закладі вищої освіти розглядається як система підготовки лікарів до майбутньої самостійної діяльності, а також удосконалення професійної компетентності й окремих компетенцій лікарів з метою підвищення їх професіоналізму в умовах медичного університету. Що стосується спрямованості такої системи підготовки, то вона визначається як: формування готовності лікарів до самостійної кваліфікованої професійної діяльності з певної спеціальності; формування та удосконалення системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти та окремих її компонентів; полегшення адаптації у трудовому колективі; відчуття соціальної відповідальності та суспільних очікувань, що покладаються на медичного працівника; забезпечення умов та розвиток здатності до професійного самовдосконалення впродовж всього професійного життя.

Ефективна післядипломна освіта може здійснюватися за умови створення цілісної системи її функціонування у медичному закладі вищої освіти діяльність якого спрямована на психолого-педагогічну підтримку становлення та розвитку лікаря. Метою і мірою ефективності цього становлення є професійний та особистісний розвиток лікаря, його готовність до самостійної кваліфікованої медичної практики та подальшого особистісного і професійного зростання.

Таким чином, враховуючи зазначене вище та з огляду на завдання післядипломної освіти щодо формування готовності та підтримання професійної компетентності лікарів, за основу нами було взято напрями післядипломної освіти, визначені Р.М. Харденом (R.M. Harden) [293]: навчальний план та програма; навчальні технології; оцінювання компетентностей; професіоналізм у медичній освіті.

Отже, відправною точкою при проектуванні програм післядипломної освіти має бути чітке визначення очікуваних результатів навчання. Адже, на нашу думку, саме результат навчання, має найбільше значення під час професійної діяльності лікаря.

Останнім часом найбільша увага в освіті приділяється реалізації програм компетентісно заснованого навчання [27, 47, 55, 57, 61, 63, 65], однак, на нашу думку, такий підхід є більш прийнятним на етапі додипломного навчання, адже компетентності розглядаються як окремі складові, що є абсолютно необхідними у подальшій професійній лікарській діяльності та можуть бути оцінені як окремі самостійні процеси. У той же час, післядипломна освіта, що може бути спрямована не лише на формування нового професійного знання, навички чи компетентності, але й на удосконалення вже існуючого, зокрема з метою підвищення власної впевненості при розв'язанні професійних завдань або ж відпрацювання окремих сценаріїв, що не часто зустрічаються у щоденній професійній практиці з метою підтримання здатності до їх ефективного професійного вирішення (наприклад проведення серцево-легеневої реанімації).

Аналізуючи компетентісний та результативний підходи до організації освітнього процесу, необхідно зазначити, що багато у чому ці обидва підходи є подібними між собою, так, зокрема, вони передбачають наявність чітких критеріїв для вимірювання компетентностей або результатів; є адаптивними до потреб осіб, які навчаються; підтримка осіб, які навчаються забезпечується, у найбільш потрібний момент; особам, які навчаються відводиться достатньо часу для належного засвоєння навчальних цілей. Що ж стосується відмінностей, то на відміну від компетентісного результативний підхід, передбачає усвідомлення передумов професіоналізму, а отже потребує не лише технічного відтворення

компетентностей, передбачених для опанування, але й глибинного усвідомлення чинників, що впливатимуть на результат професійної діяльності, зокрема етичних, психологічних тощо [65].

Твердження щодо пріоритетності чіткого визначення результатів післядипломного навчання знаходить підкріплення в андрагогічній концепції навчання дорослих. Адже для організації ефективного навчання дорослого учня він має чітко усвідомлювати навчальні результати та їх пріоритетність для себе як особистості і фахівця [89].

Саме тому, відправною точкою формування навчального плану та програми післядипломної підготовки лікарів має бути чітко визначений результат навколо якого має бути структуровано зміст навчальної діяльності, спрямованої на засвоєння визначеного знання, оволодіння певною навичкою чи набуття необхідної поведінки [54].

Необхідно зазначити, що навчання спрямоване на результат є орієнтованим на особу, яка навчається, тобто ставить її потреби у центрі проектування змісту навчального плану і програми підготовки. Тобто, зміст навчальної програми має бути чітким та зрозумілим являючи собою дорожню карту руху у напрямі досягнення заздалегідь визначеного результату із урахуванням можливих варіацій, обумовлених різницею щодо вхідного рівня підготовки осіб, які навчаються та іншими особливостями. Відтак навчальні програми післядипломної підготовки лікарів мають бути достатньо гнучкими, щоб забезпечити можливості для їх адаптації з урахуванням стильних і слабких сторін особистості особи, яка навчається, її професійного досвіду тощо [294].

Проте, окремо необхідно наголосити, що для ефективної реалізації програм результативного навчання особливого значення набувають навчальні технології. Так, аналізуючи сучасні тенденції післядипломної освіти можна визначити такі вимоги до освітніх технологій, як: наближеність до реальних умов, а також доступність і гнучкість навчання. У даному контексті необхідно більше уваги приділити запровадженню дистанційних, а також симуляційних технологій навчання, що також можуть бути поєднані [294].

Симуляційне навчання впродовж останніх десятиліть стрімко увійшло до практики медичної освіти, як технологія, що забезпечує високий рівень візуальної вірності при опануванні та відпрацюванні як простих мануальних навичок (здійснення ін'єкцій, забезпечення прохідності дихальних шляхів надгортанними пристроями тощо) так і опанування більш складних лікувальних чи діагностичних методик (ендоскопічна діагностика, лапараскопічні хірургічні втручання тощо) [295]/

У систематичному огляді щодо особливостей та застосувань моделей медичної освіти високої точності, які забезпечують ефективне навчання, було зроблено висновок, що симуляційне навчання є високо ефективним та вдало доповнює процес навчання біля ліжка хворого [295].

Проте справедливо зазначити, що для ефективної реалізації методик симуляційного навчання важливо забезпечити такі умови, як: налагодження ефективного зворотного зв'язку із особами, які навчаються; достатня кількість практичних повторювань симуляційних сценаріїв; наявність широкого діапазону складності; різноманітність навчальних стратегій; варіативність клінічних сценаріїв; контрольоване навчальне середовище навчання; індивідуалізованість навчання.

Особливого значення симуляційне навчання набуває саме на етапі післядипломної освіти, адже саме цей етап спрямований на формування готовності лікаря до самостійної практичної діяльності, або самостійного застосування медичних технологій. Тобто, надзвичайно важливим є формування психологічної готовності лікаря до виконання професійних завдань у реалних умовах, що можуть бути найбільш вдало відтворенні із застосуванням симуляційних технологій навчання.

Що ж стосується дистанційного навчання, то на сьогоднішньому етапі розвитку технологій воно може розглядатися не лише як самостійна технологія, але й як засіб реалізації симуляційного навчання, адже на сьогодні існують дистанційні симуляційні тренажери (наприклад для опанування ультразвукової діагностики тощо), що забезпечують можливість для самостійного відпрацювання тих чи інших компетентностей або їх окремих компонентів у будь-який зручний

для дорослого учня час за наявності лише персонального комп'ютера із доступом до мережі Інтернет [296].

Окрім цього дистанційне навчання є однією з технологій вибору для опанування теоретичного матеріалу, зокрема на післядипломному етапі, що значною мірою забезпечує можливість для реалізації принципів гнучкості та варіативності змісту навчальних програм, адже дозволяє концентрувати увагу осіб, які навчаються саме на тих питаннях, які для них є новими, або ж потребують повторення. У разі якщо висвітлюваний матеріал не потребує ознайомлення він просто може бути пропущений особою, як навчається, а час, який був запланований на його опанування приділений питанням, які потребують уваги. Проте, у даному контексті, ми не можемо залишити без уваги вислів Р.М. Хардена (R.M. Harden), який зазначив, що «Технологія може бути королевою, проте педагогіка є королем» [296].

Сьогодні дистанційне навчання пропонує нові підходи до розробки змісту з урахуванням особливостей післядипломної медичної освіти. Так, серед нових тенденцій необхідно відзначити навчальний дизайн, заснований на навчальних об'єктах багаторазового застосування (reusable learning objects) і семантичній мережі [296].

Навчальний об'єкт багаторазового застосування являє собою невеликий фрагмент навчального ресурсу, починаючи від однієї схеми або ілюстрації до послідовності або агрегації таких ресурсів [296].

Тобто, при створенні навчального курсу навчальні об'єкти багаторазового застосування можуть бути зв'язані або агреговані разом так само, як окремі пазли можуть бути зібрані для створення цілісного зображення. Тобто передбачається можливість повторного використання тих чи інших навчальних об'єктів для створення нових курсів [296].

Що стосується семантичної мережі, то вона відображає бачення майбутнього розвитку Інтернету, де веб-матеріали, включаючи ресурси електронного навчання, можуть бути автоматично пов'язані між собою не лише змістом самого ресурсу, а й даними, що описують цей зміст – метаданими, що дозволить інтелектуалізувати пошук в Інтернеті та сприятиме спільному

навчанню в режимі он-лайн між слухачами, які є географічно та культурно розрізненими [296].

Говорячи про оцінювання, то сьогодні для післядипломної освіти притаманними є традиційні усні, письмові та клінічні іспити. Проте, оцінювання в програмі післядипломної освіти повинне забезпечувати надійні докази того, що особи, які навчаються досягли необхідного мінімального прийнятого стандарту щодо результатів навчання, а також відповідати на питання чи опанували вони необхідні клінічні навички, чи оволоділи необхідними практичними процедурами, чи здатні до встановлення ефективної комунікації та обробки здобутої інформації, чи здатні до формулювання клінічного судження та прийняття рішення, чи належним чином ставляться до своїх обов'язків, чи є професіоналами, чи можуть ефективно працювати у команді та організувати її діяльність [297].

У більшості розвинутих країн світу з цією метою використовується об'єктивний структурований клінічний іспит, який спершу був запроваджений для оцінювання на додипломному етапі, а у подальшому інтерпретований і для післядипломної медичної освіти. Так, об'єктивний структурований клінічний іспит дозволяє оцінити за стандартизованими критеріями і шкалами, що найчастіше представлені у вигляді чек-листів широке коло компетентностей лікаря під час відтворення симуляційних клінічних сценаріїв, зокрема щодо збору анамнезу, фізикального обстеження, комунікації з пацієнтом, інтерпретації лабораторних досліджень, виконання визначених процедур та маніпуляцій [297].

Проте, варто зазначити, що дана методика потребує удосконалення з урахуванням завдань післядипломної освіти, так, зокрема, особа, яка навчається має бути оцінена як члени багато професійної команди, яка братиме участь у реалізації клінічного сценарію, що може бути відтворена у тому числі із застосуванням віртуальних тренажерів [297].

Однак, окремої уваги потребує оцінювання результатів післядипломного навчання як динамічного процесу у його континуумі. Тобто запровадження безперервного свідомого самостійного обліку надбань лікаря упродовж усього його професійного життя. У даному контексті важливого значення набуває метод портфоліо, що передбачає облік надбань осіб, які навчаються як доказів власне

факту та результатів навчання. Серед переваг оцінювання із застосуванням методу портфоліо необхідно зазначити наступні [297]: невілювання обмежень редукаціоністського підходу в оцінюванні; полегшення оцінювання інтегрованих та комплексних компетентностей; підтримання результативного підходу в післядипломній освіті; залучення особи, яка навчається до активної самооцінки, що у свою чергу сприяє критичній саморефлексії.

Також, варто зазначити, що в умовах активної електронізації суспільних взаємовідносин, запровадження дистанційних портфоліо, доступних онлайн, розглядається нами як пріоритетний засіб реалізації даного методу оцінювання [298].

Розглядаючи професіоналізм, як обов'язкову передумову для ефективної післядипломної освіти, окремого значення набуває питання підготовки викладачів, що сьогодні забезпечується широкою різноманітністю навчальних курсів, у тому числі дистанційних, що передбачають здобуття сертифікатів післядипломного навчання або навіть магістерських дипломів у галузі медичної освіти [43]. Особливого значення дані програми набувають для практикуючих лікарів, які не є викладачами університетів, однак долучаються до реалізації програм післядипломної медичної освіти, наприклад під час заочної частини навчання в інтернатурі на базі закладу охорони здоров'я, а відповідно повинні володіти навичками, необхідними для здійснення навчання.

Також, курс професійного удосконалення медичних викладачів має висвітлювати сучасні освітні тенденції, зокрема щодо можливостей та методик застосування сучасних освітніх технологій, з метою створення надійного підґрунтя для організаційних змін у післядипломній освіті відповідно до стандартів доказової медичної освіти.

Що стосується доказової медичної освіти, то вона передбачає, що різні типи доказів можуть використовуватися для підтримки рішень щодо вибору методів викладання та навчання, підходів до оцінювання, рішень щодо навчального плану та інших питань медичної освіти [139].

Таким чином, ми можемо зазначити, що сьогодні існує необхідність у стратегічному баченні майбутнього для післядипломної медичної освіти, зокрема

шляхом її удосконалення за такими чотирма основоположними складовими, як: проектування навчальних програм, запровадження нових навчальних технологій, удосконалення оцінювання та забезпечення професіоналізму у медичній освіті. Саме тому, необхідною є реалізація нової концепції післядипломної медичної освіти лікарів в умовах медичного університету, що має відображати специфіку післядипломної освіти та особливості управління на різних рівнях, варіативність моделей її реалізації, необхідність удосконалення змісту, форм та методів навчання, спрямованих на забезпечення якості освіти. У концепції визначено шляхи і способи розв'язання проблеми: проектування навчальних програм на основі компетентнісного підходу із чітко визначеними навчальними цілями і програмними результатами; кадрове, інформаційне і навчально-методичне ресурсне забезпечення якості програми; запровадження технологій дистанційної освіти і симуляційного навчання для підвищення мотивації, інформаційного насичення і супроводу процесу; забезпечення тематичної практичної спрямованості післядипломної освіти; удосконалення процедури і методик оцінювання результатів навчання; психолого-педагогічна і методична підготовки викладачів, що забезпечують підготовку лікарів на післядипломному етапі, необхідність якої детермінована модернізацією вищої освіти і потребою у фахівцях, здатних до сприйняття реформаційних перетворень і їх активного упровадження у практичну площину діяльності медичного університету.

3.3. Варіативні моделі післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету

Модель (від французького *modele*, від латинського *modulus* – міра, зразок) в широкому значенні – будь-який образ (уявний чи умовний: зображення, опис, схема, креслення, графік, план, карта тощо) певного об'єкту, процесу чи явища («оригіналу» даної моделі), що використовується в якості його «замінника», «представника» [107, с. 828].

Таким чином, дослідження явищ, процесів чи систем об'єктів шляхом моделювання, на якому фактично базується будь-який метод наукового пізнання,

передбачає побудову та вивчення їх моделей для визначення чи уточнення характеристик та раціональних способів побудови знову конструйованих об'єктів [299].

Моделюванням називається створення деякого образу об'єкта-оригіналу, названого моделлю, що у визначених умовах може замінити сам об'єкт-оригінал, відтворюючи властивості та характеристики оригіналу, що цікавлять дослідника, й одночасно забезпечуючи наочність, видимість, легкість оперування й інші переваги. Із визначення випливає, що модель має цільовий характер, тобто вона відображає не сам по собі об'єкт-оригінал, а формується, виходячи з поставленої мети відображення цілком конкретних властивостей об'єкта моделювання [299].

Саме тому, для вивчення явища післядипломної освіти в умовах медичного університету нами буде здійснено її моделювання із урахуванням можливих варіацій.

Варіація (від латинського *variation* – зміни) – видозміни, різновид; одна з можливих комбінацій [107, с. 197]. Відтак поняттю «варіативність» притаманні такі сутнісні позиції, як [300, 107]: множинність як кількісна характеристика поняття (багато) і як якісна характеристика поняття (наявність різних точок зору, різноманітність, отже, «несхожість», «індивідуальність», «унікальність»); динамічність як процесуальна характеристика поняття. Осмислення сутності поняття «варіативність освіти» крізь призму наукового пізнання свідчить на неоднорідність її сприйняття в рамках природничо-наукового і гуманітарного дискурсів. Так, представники природничих наук займають щодо об'єкта вивчення (природних феноменів) не різні позиції, а одну, що дозволяє розраховувати, прогнозувати і управляти природними явищами. Для гуманітарного ж пізнання характерні різні точки зору, адже кожен дослідник по-своєму представляє досліджуваний об'єкт і відповідно до цього уявлення виділяє різні сторони об'єкта і проблеми. Отже, в гуманітарному науковому дискурсі варіативність визначається як значуща ціннісно-сміслова установка [300].

Варто зазначити, що сучасну педагогічну систему можна вважати відкритою, адже усі суб'єкти освітнього процесу вільно обмінюються між собою і навколишнім середовищем великими обсягами інформації. При цьому, звичайно

можна припустити існування педагогічної системи, яка описується за допомогою математичної моделі (такі приклади існують у математичній психології), але з тією самою ймовірністю можна припустити, що складні динамічні педагогічні системи не можна досконало описати аналогічно з математичними моделями або за допомогою математичних моделей. Модель повинна пов'язувати динамічні характеристики системи (інтенсивність зростання і використання елементів-ознак) з функцією стану системи, яка характеризує зміни її впорядкованості. Модель має бути нелінійною тому, що вона має описувати якісні та кількісні зміни в системі. В моделі також закладатиметься механізм зворотного зв'язку системи з навколишнім середовищем [29, с. 207].

В теорії освітніх систем значущою для осмислення варіативності стає методологія різноманітності – діатропіка, – наука про різноманітність, загальних властивостях подібності та відмінності, які виявляються у великих сумах об'єктів, що надає фундамент різноманіття форм існування і прояви життя [117].

Іншим важливим поняття у контексті різноманітності освітніх моделей, зокрема на етапі неперервного професійного розвитку є її диверсифікація, що розглядається як принцип розвитку системи неперервної освіти в сучасних соціально-економічних умовах, реалізація якого створить умови для різноманіття освітніх траєкторій, забезпечених необмеженим варіантом освітніх програм з урахуванням індивідуальних можливостей, потреб і здібностей особистості, і сформулює нову типологію освітніх установ. При цьому освіта, як сфера соціальної практики суспільства, створює не тільки об'єктивні умови для розширення знань, збагачення досвіду, оволодіння способами пізнавальної, практичної і соціальної діяльності осіб, які навчаються, а й формує цілісну (самодіяльну, творчу, моральну) особистість. На основі представлених міркувань Т.Ю. Ломакіною було сформульовано такі положення, як [301]: диверсифікація неперервної освіти, як принцип розвитку освітньої системи, проявляється в сумативній диверсифікації педагогічної системи і освітніх установ. Розробка диверсифікованої педагогічної системи неперервної освіти обумовлена необхідністю вирішення існуючого сьогодні протиріччя: між соціальною потребою в кваліфікованих кадрах, здатних вирішувати комплексні завдання

сучасного виробництва і недостатнім рівнем їх підготовки до майбутньої трудової діяльності; між якістю загальноосвітньої і професійної підготовки в освітніх установах і збільшеним рівнем вимог до кваліфікації кадрів; потребою особистості в різноманітті освітніх послуг і обмеженістю свобод освітніх установ в наданні цих послуг; диверсифікація педагогічної системи неперервної освіти складається з трьох компонентів: особистісного, змістовного і організаційного; необхідною умовою диверсифікованої освітньої системи є соціальна адаптація осіб, які навчаються і викладачів до нестандартного, конструктивного мислення і поведінки, до усвідомлення та розвитку власного досвіду; диверсифікація неперервної освіти передбачає широкий спектр варіантів освітніх програм, що забезпечують взаємозв'язок цілей навчання, рівнів освіти і кваліфікації, базову підготовку, форми, методи і технології навчання в особистісно-орієнтованому змісті освітніх програм, враховують можливості і здатності осіб, які навчаються в виборі своєї освітньої траєкторії і дозволяють захистити особистість на ринку праці, а закладу освіти побудувати свою освітню систему відповідно інтересам регіону; реалізація освітніми установами різноманіття диверсифікованих освітніх програм можлива при створенні і розвитку нової типології освітніх установ.

На нашу думку, такий підхід відображає сучасні тенденції, завдання та запити післядипломної медичної освіти, як такої, що має бути спрямована на цілісне і послідовне формування компетентності лікаря та його готовності до провадження кваліфікованої медичної практики відповідно до здобутої спеціалізації.

Говорячи про традиційні освітні моделі необхідно згадати такі, як [299]:

1. Модель освіти як державно-відомчої організації у якій система освіти розглядається структурами державної влади як самостійний напрям народного господарства. Будується вона за відомчим принципом із жорстким централізованим визначенням цілей, змісту освіти, номенклатури закладів вищої освіти і навчальних дисциплін у рамках того або іншого типу освітньої системи. При цьому заклади освіти однозначно підпорядковуються адміністративним або спеціальним органам і контролюються ними.

2. Модель розвивальної освіти (В.В. Давидов, В.В. Рубцов та ін.), яка передбачає організацію освіти як особливої інфраструктури через широкую кооперацію діяльності освітніх систем різного рангу, типу та рівня. Така побудова дозволяє забезпечувати та задовольняти потреби різних верств населення країни в освітніх послугах; швидко вирішувати освітні завдання й забезпечувати розширення спектру освітніх послуг. Освіта також отримує реальну можливість бути затребуваною іншими сферами – прямо, без додаткових погоджень із державною владою. У цьому випадку сфера освіти виступає як ланка соціальної практики.

3. Традиційна модель освіти (Ж. Мажо, Л. Кро, Ж. Капель, Д. Равич, Ч. Фінн та ін.) – це модель систематичної академічної освіти як способу передачі молодому поколінню універсальних елементів культури минулого, роль якого зводиться в основному до відтворення культури минулого. Основну роль освіти традиціоналісти вбачають у тому, щоб зберігати й передавати молодому поколінню елементи культурної спадщини людської цивілізації. Перш за все, під цим мається на увазі різноманіття знань, умінь і навичок, ідеалів і цінностей, що сприяють як індивідуальному розвиткові людини, так і збереженню соціального порядку. Відповідно до концепції традиціоналізму освітня система повинна переважно вирішувати завдання формування базових знань, умінь і навичок (у рамках сформованої культурно-освітньої традиції), що дозволяють індивіду перейти до самостійного засвоєння знань, цінностей й умінь більш високого рангу, порівняно з уже засвоєними.

4. Раціоналістична модель освіти (П. Блум, Р. Ганьє, Б. Скіннер та ін.) передбачає таку її організацію, яка, перш за все, забезпечує засвоєння знань, умінь, навичок і практичне пристосування молодого покоління до існуючого суспільства. У рамках такої моделі забезпечується передача-засвоєння тільки таких культурних цінностей, які дозволяють молодій людині безболісно вписуватися в існуючі громадські структури. При цьому будь-яку освітню програму можна перевести в «поведінковий» аспект знань, умінь і навичок, якими слід оволодіти особі, яка навчається. В ідеології сучасної раціоналістичної моделі освіти центральне місце посідає біхевіористська (від англ. behavior – поведінка)

концепція соціальної інженерії. Раціоналісти виходять із порівняно пасивної ролі осіб, які навчаються, котрі, отримуючи певні знання, уміння й навички, набувають таким чином адаптивний «поведінковий репертуар», необхідний для адекватного життєустрою відповідно до соціальних норм, вимог та очікувань суспільства. У раціоналістичній моделі немає місця таким явищам, як творчість, самостійність, відповідальність, індивідуальність, природність та ін. Таким чином, поведінкові цілі вносять в освітній процес дух вузького утилітаризму й нав'язують учителю негнучкий і механічний спосіб дій, що знижує його цінність. Ідеалом у цьому випадку стає точне проходження написаним шаблоном, і діяльність учителя перетворюється на натаскування осіб, які навчаються (наприклад, на виконання тестів). І внаслідок цього такі проблеми, як творчий характер не тільки навчання, але й викладання, навіть не обговорюються.

5. Феноменологічна модель освіти (А. Маслоу, А. Комбс, К. Роджерс та ін.) передбачає персональний характер навчання з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей осіб, які навчаються, дбайливе й шанобливе ставлення до їхніх інтересів і потреб. Його представники відкидають погляд на школу як на «освітній конвеєр». Освіту вони розглядають як гуманістичну в тому сенсі, щоб вона найбільш повно й адекватно відповідала справжній природі людини, допомогла їй знайти те, що в ній уже закладено природою, а не «відливати» в певну форму, вигадану кимось заздалегідь, апіорі. Педагоги цієї орієнтації створюють умови для самопізнання й підтримки унікального розвитку кожної особи, яка навчається у відповідності з успадкованою ним природою, надають якнайбільше свободи вибору й умов для реалізації дитиною своїх природних потенціалів і самореалізації. Прихильники цього напряму відстоюють право індивіда на автономію розвитку й освіти.

6. Неінституціональна модель освіти (П. Гудман, І. Ілліч, Ж. Гудлед, Ф. Клейн, Дж. Холт, Л. Бернар й ін.) орієнтована на організацію освіти поза соціальними інститутами, зокрема школами й вищими навчальними закладами. Це освіта на «природі», за допомогою Internet, в умовах «відкритих шкіл», дистанційне навчання та ін.

Існуючі «класичні» освітні моделі можна умовно розділити на модель європейську, американську (обидві відносяться до так званої раціоналістичної моделі освіти), радянську (традиційна модель) і японську (модель розвиваючої освіти). Кожна з них має свої особливості та відповідає певним умовам розвитку суспільства. Під особливостями маються на увазі, у першу чергу, орієнтація на точні або гуманітарні науки, теоретичну або практичну підготовку, детальне вивчення старого або на створення нового [299].

Використання тієї або іншої моделі освіти призводить до «формування» в різних навчально-виховних закладах різних випускників, а отже, – і громадян, що по-різному сприймають навколишній світ, з різними цільовими установками й мірою готовності жити та творити в сучасному світі. Європейська модель освіти [299].

Незважаючи на відмінності європейських систем освіти, у них є одна схожа риса – схильність до моделі LiberalArts, використання якої формує у людини звичку робити вибір і нести за нього відповідальність. Наприклад, модель дозволяє студентам самостійно вибирати курси зі списків, запропонованих у школі й закладах вищої освіти. Якщо особа, яка навчається помиляється у виборі, то наступного року в нього є можливість виправити помилку й записатися на інший курс. Головне, що це його вибір, його мотивація, його відповідальність [299].

Така освітня модель привчає особу, яка навчається думати самостійно, шукати додаткові джерела інформації, не обмежуючись знаннями, що отримуються на уроках. Окрім того, модель учить вчитися – засвоювати нові знання на базі старих, які й пояснюють нові. Іншими словами, чим більше людина вчиться, тим більше вона може вивчити. А оскільки нові знання потрапляють у контекст уже наявних, модель LiberalArts дає особі, яка навчається бачити речі загалом [299].

У європейській моделі освіти є безліч варіацій. Наприклад, у німецькій школі цінуються, у першу чергу, порядок і слухняність; у французькій – особисті здібності й досягнення осіб, які навчаються; в англійській – приналежність до певного суспільного прошарку й спадковість. В останнє десятиліття до рівня цих

визнаних шкіл піднялася й освітня модель Фінляндії. Цій державі вдалося максимально ефективно впровадити в систему освіти нові інформаційні технології. Також були докладені всі зусилля для того, щоб зробити саму систему гнучкішою й здатною реагувати на умови середовища, що змінюються. Американська модель освіти [299].

Визнавши ефективність європейської освітньої моделі, Сполучені Штати запозичили її основний елемент – можливість робити вибір, і максимально спростили освітні програми. Крім того, вони зробили курси дуже практичними. Особам, які навчаються викладають не теоретичні конструкції, а вчать вирішувати практичні задачі. Наприклад, на уроці географії учитель може дати завдання схематично зобразити дорогу зі школи додому. Проте дитина може так і не дізнатися, де знаходиться Середземне море або як називається столиця Бразилії [299].

Безумовно, практична орієнтованість стане в нагоді дитині в житті й сформує в неї кмітливість, проте не дозволить витримати академічну конкуренцію європейського однолітка. Окрім того, в Америці немає уніфікованого шкільного стандарту, тобто школи встановлюють перелік й обсяг предметів, необхідних для виконання програми початкової й середньої освіти, самостійно. І ніхто не відповідає за те, що абітурієнти із самого початку поставлені в різні умови. Це «ігнорування» інтересу середньостатистичної особи, яка навчається пов'язане з тим, що американська програма навчання розрахована не на «середняка», а на того, хто відстає. Ще в школі дітей ділять за здібностями на декілька груп за допомогою стандартизованих тестів, створених для вимірювання «коефіцієнта інтелектуального розвитку» (IQ). І саме на групи дітей, що набирають найменшу кількість балів, американці витрачають більшу частину всіх витрат на освіту (92%), а найбільш здібним і працелюбним дітям дістається менше 1 % [299].

Ефективність цього підходу викликає суперечки. Частина американських викладачів вважає, що в такому разі відбувається нераціональне використання державних коштів і зусиль учителів. Саме в цьому вони вбачають причину того, що Сполучені Штати постійно потребують студентів, здатних вчитися на математичних і технологічних факультетах [299].

Для вирішення цієї проблеми в Америку запрошуються студенти й учені з усього світу. Рядові ж американці задоволені простою й практичною системою освіти й продовжують займатися діяльністю, яка не вимагає серйозних розумових витрат. Радянська модель освіти [299].

Необхідність нарощувати оборонні й промислові потужності Радянського Союзу привела до того, що вища освіта була переважно природно-технічною й повністю стратегічно-державною. Тут було реалізоване державне замовлення на необхідну систему освіти. Виходячи зі своїх потреб, Союз Радянських Соціалістичних Республік обрав так звану гумбольдтівську академічну модель вищої освіти, спрямовану на підготовку молодих науковців й інженерів-дослідників [299].

В епоху Просвітництва університет Гумбольдта протистояв середньовічному цеховому університету. У тих, хто знаходився під управлінням церкви в Оксфорді і Кембриджі, до того, щоб займатися наукою були допущені лише представники аристократії, яка відкидала ідею практичного застосування науки й не 26 займалася дослідницькою роботою. Викриваючи мінуси такого підходу, Гумбольдт спробував дати академічну свободу університетам, надаючи їм відповідальність перед потребами держави й суспільства. Єдиним вагомим мінусом гумбольдтівської моделі університету є надмірна академічність й ускладненість перепрофілювання й підготовки фахівців вільних професій [299].

Така модель освіти в Союзі Радянських Соціалістичних Республік була дуже складним і ретельно збалансованим комплексом засобів і методів, який тривалий час гарантував поєднання порівняльної швидкості, прийнятної вартості для бюджету й високого кінцевого рівня відповідності випускників державним стандартам. Але якщо технічні фахівці ще виправдовували своє призначення й забезпечували високий науково-технічний рівень розробок, особливо в області озброєнь, то у сфері гуманітарних наук, соціології й політології радянська вища школа, що у переважній більшості не мала вільного доступу до джерел інформації, явно поступалася західним. Несподіваним, але цілком закономірним результатом тривалого використання радянської моделі освіти стало те, що в

умовах, що змінилися, до трансформації виявилася не готовою не лише сама ця модель, але і її продукт – середньостатистичний радянський випускник [299].

Це ще один яскравий приклад того, як сильно здатна впливати модель освіти на суспільство. Якщо модель LiberalArts орієнтує людину на постійний вибір і відповідальність за нього, то радянська школа привчила особу, яка навчається (студента) до єдиноправильності інформації, що подавалася, й уміння ефективно працювати в стабільних умовах. Іншими словами, і модель, і продукт її використання насилу реагують на умови зовнішнього середовища, що змінюються, – на нові громадські запити. Це виразно видно на прикладі сучасної Росії. Лише в останні роки стали з'являтися різні заклади вищої освіти не лише технічної, але й соціальної спрямованості (одним із перших таких закладів вищої освіти був Московський державний соціальний інститут, що нині трансформувався в Російський державний соціальний університет) [299].

Японська модель освіти. Сучасна японська система освіти була привнесена Сполученими Штатами після поразки Японії в Другій світовій війні. Сьогодні її називають система «6–3–3». Тобто дитина вступає до початкової школи в шість років і вчиться там до 12. Після цього три роки свого життя вона проводить в середній школі, після чого, за умови успішного складання іспитів, переходить у середню підвищену школу. Після її закінчення через три роки вона може вступати до університету і, провчившись там чотири роки, продовжити навчання шляхом проведення дослідницької роботи в докторантурі [299].

Обсяг знань, що викладаються в Японії, дуже великий, тому діти, що бажають продовжити навчання в підвищеній середній школі, а тим більше – у вищій, вимушені займатися з репетиторами з початкових класів. Крім того, для працевлаштування в престижній компанії японцям необхідно закінчити престижний університет. А для вступу в такий потрібно ґрунтовно підготуватися, тобто добре вчитися, а для цього займатися з репетиторами [299].

Сприймавши культуру додаткового й позаурочного заняття, японці звикають бути постійно зайнятими – у школі, із репетитором, на всіляких безкоштовних гуртках при школах. Такий підхід виховує в молодих японців

посидючість і працьовитість, а із часом – й уміння бачити перспективи й наполегливо досягати своєї мети [299].

Загалом японці більше орієнтовані на вивчення точних наук, що пов'язано з економічним інтересом країни. У школі й університеті вони отримують широку спеціалізацію, а вузький профіль набувають вже на роботі у фірмі за рахунок останньої. У японських класах й аудиторіях панують дисципліна й слухняність. Студенти уважно слухають викладача й мовчки виконують свої обов'язки – домашні завдання (які даються і в навчальний час, і на коротких канікулах). Тільки під впливом американських підходів студенти почали вголос виражати й обстоювати свою думку в класі. Проте досі це дається їм важко, що пов'язано з багаторічною культурою мовчання. Така характеристика погано вписується в інноваційну модель розвитку Японії. Правильніше було б сказати, що модель розвитку Японії є результатом не лише моделі освіти, але й спрямованості політики держави. Її національна політика орієнтована на запозичення новітніх технологій і найбільш прогресивних винаходів інших країн із подальшим упровадженням у себе [299].

Така практика була розпочата Японією ще в період Мейдзі, коли імператор направляв дослідницькі групи в Європу – Англію, Францію та ін. Досі Японія прагне перейняти прогресивний досвід усіх країн світу, систематизувати й, таким чином, готувати ґрунт для наукових відкриттів. Якраз останні два ступеня й забезпечуються дисциплінованими й наполегливими випускниками японських закладів вищої освіти – результатами японської моделі освіти. Проведений аналіз дозволяє зробити висновок, що на модель розвитку суспільства впливає не лише модель освіти, але й спрямованість національної політики [299].

Отже, необхідно комплексно підходити до питання трансформації моделі розвитку й пам'ятати, що необхідним, але не єдиним засобом для її успішного проведення є цілісне й цільове реформування моделі освіти. Панацеї не буває, проте існує комплексний національний підхід до вирішення цієї проблеми через визначення мети й засобів, необхідних для її досягнення [299].

Тобто, моделі розвитку суспільства – це не дзеркальні відображення моделей освіти, а взаємопов'язані елементи єдиної системи, яку рухає

національна політика – державна воля до досягнення позначених цілей розвитку оптимальним чином [299].

Однак, повертаючись до існуючих варіацій моделей післядипломної освіти в Україні, вивчення яких ще на сьогодні не було предметом окремого дослідження, вважаємо за необхідне перш за все розглянути таку з них, що є мінімально обов'язковою для всіх лікарів, які здійснюють самостійну медичну практику в Україні. Дана модель, що визначається нами як базисна (рис. 3.2) включає у себе етап здобуття первинної спеціалізації в інтернатурі тривалість якої залежно від спеціальності варіює, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2005 р. №81 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів» [125], від одного до трьох років та за результатами атестації на визначення знань та практичних навичок передбачає присвоєння звання лікаря-спеціаліста за конкретною спеціальністю, що здійснюється відповідно до Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівня акредитації медичних факультетів університетів, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 вересня 1996 р. №291 [18].



Рис. 3.2. Базисна модель післядипломної освіти лікарів

[Джерело: власне опрацювання]

Далі, у рамках даної моделі, передбачено обов'язкове підвищення кваліфікації кожним лікарем-спеціалістом із подальшою, не рідше одного разу на п'ят років, атестацією на визначення знань та практичних навичок з метою підтвердження звання лікаря-спеціаліста або присвоєння/підтвердження лікарської кваліфікаційної категорії.

До переваг зазначеної моделі необхідно віднести порівняно швидко можливість переходу до самостійної лікарської практики, адже одразу після завершення інтернатури, що триватиме залежно від спеціальності від одного до трьох років, та здобуття звання лікаря-спеціаліста фахівець переходить до практичної професійної діяльності. Проте, не можливо не сказати про те, що саме ця перевага, за певних умов, може постати і як недолік, адже, з огляду на досвід післядипломної підготовки лікарів у розвинутих країнах, одного року зовсім недостатньо для формування професійної компетентності лікаря навіть не хірургічної спеціальності. Зокрема це обумовлено тим, що на етапі інтернатури мають бути не лише сформована професійно-спеціалізована компетентність, що входить до системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, але й практично розвинута загальнопрофесійна компетентність.

Аналізуючи зарубіжну літературу, відзначаємо, що у більшості розвинутих країн, перший рік післядипломної підготовки лікарів спрямований саме на становлення загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, як такої, що є обов'язковою для кожного лікаря незалежно від обраної спеціальності.

Варто зазначити, що представлена базисна модель післядипломної освіти може бути достатньою лише для лікарів, що здобувають одну з тридцяти однієї спеціальності, доступних для опанування під час первинної спеціалізації в інтернатурі, що визначені наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів» від 23 лютого 2005 р. №81 [125].

У випадку опанування лікарем так званої «вузької спеціальності», тобто такої, що не входить до переліку спеціальностей, визначених наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів» від 23 лютого 2005 р. №81 [125] або у випадку зміни або розширення лікарської спеціалізації здобуття післядипломної освіти здійснюватиметься лікарем за спеціалізованою моделлю післядипломної освіти (рис. 3.3.)

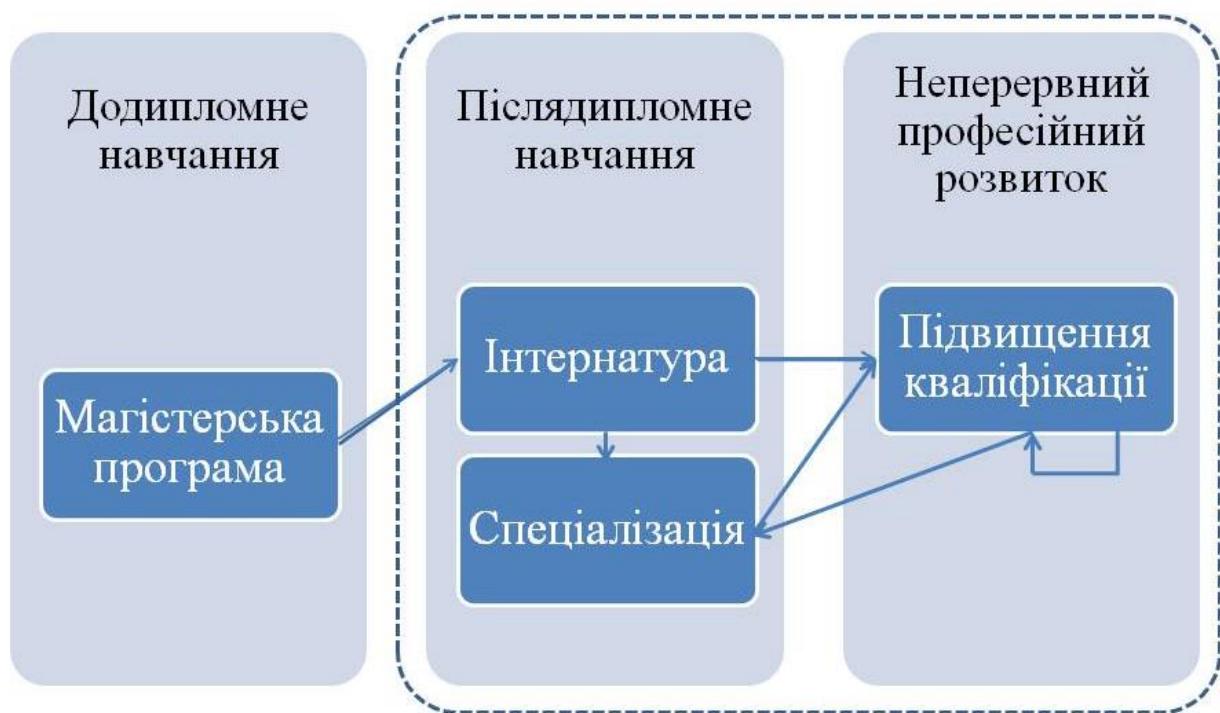


Рис. 3.3. Спеціалізована модель післядипломної освіти лікарів

[Джерело: власне опрацювання]

Особливістю даної моделі післядипломної освіти є двоступеневість спеціалізації, тобто опанування первинної спеціальності в інтернатурі та подальше здобуття «вузької спеціалізації» на базі вже наявної первинної лікарської спеціальності. Отже необхідно зауважити, що проходження первинної спеціалізації в інтернатурі є обов'язковим етапом для самостійної лікарської практики в Україні та необхідною передумовою для подальшого проходження вторинної спеціалізації. Окремо варто зазначити, що проходження вторинної

спеціалізації за даною моделлю можливе як одразу після проходження інтернатури та здобуття звання лікаря-спеціаліста за певною спеціальністю, так і в подальшому за наявності певного самостійного практичного досвіду та підвищення професійної кваліфікації. Також, необхідно зазначити, що проходження спеціалізації не обмежується опануванням лише однієї нової спеціальності понад здобуту в інтернатурі та у разі потреби здобуття лікарем нової спеціальності може здійснюватись повторно.

Що стосується переваг даної моделі післядипломної освіти лікарів, до них необхідно віднести її гнучкість та варіативність, що є надзвичайно актуальним в умовах сьогодення, адже багатьом лікарям у своїй щоденній практиці необхідно застосовувати знання та навички із інших, не завжди споріднених спеціальностей. Так, лікарі акушери-гінекологи часто потребують навичок ультразвукової діагностики, лікарі хірурги – ендоскопії тощо, які вони можуть отримати під час декілька місячної спеціалізації. Окрім цього дана модель буде надзвичайно зручною і для тих лікарів, які із певних причин бажають змінити або поглибити свою спеціальність, наприклад для лікарів-хірургів, які бажають стати хірургом судинним або хірургом дитячим тощо.

Однак, у даному контексті необхідно поговорити й про недоліки спеціалізованої моделі післядипломної освіти, адже часто тривалість професійної підготовки під час спеціалізації є недостатньою для формування професійно-спеціалізованої компетентності лікаря у повному обсязі. Так, сумніви викликає занадто коротка, на наш погляд, тривалість підготовки лікарів, які бажають пройти спеціалізацію з метою кардинальної зміни профілю діяльності, а не з метою, здобуття спеціалізованих знань у межах основної спеціальності. Так, для прикладу, якщо лікар за спеціальністю «Радіологія» бажає стати акушером гінекологом, то курс його спеціалізації, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 07 грудня 1998 р. №346 «Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах) післядипломної освіти» [79] становитиме лише дев'ять місяців на базі півторарічного курсу первинної спеціалізації, у той час як тривалість самої лише інтернатури за спеціальністю

«Акушерство та гінекологія» становить три роки [125]. Відтак, очевидною постає невідповідність термінів підготовки лікарів в інтернатурі та на курсах спеціалізації. Адже, застосовуючи загальну логіку, ми можемо припустити, що тривалість курсу спеціалізації розраховується з огляду на часовий еквівалент формування професійно-спеціалізованої компетентності за певною спеціальністю, адже загально професійна компетентність у лікаря-спеціаліста вже має бути сформована у повному обсязі. Однак, при такому припущенні очевидною постає невідповідність між тривалістю спеціалізованої підготовки та часом, що відводиться на формування загально професійної компетентності лікарів за різними спеціальностями не дивлячись на те, що дана компетентність має бути стандартизованою для всіх лікарів. Для прикладу нами було порівняно тривалість післядипломної підготовки для здобуття звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Акушерство та гінекологія» за базовою та спеціалізованою моделями післядипломної освіти (табл. 3.1)

Таблиця 3.1

Порівняння тривалості післядипломної підготовки для здобуття звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю «Акушерство та гінекологія»

[Джерело: власне опрацювання]

Назва спеціальності лікаря	Тривалість у місяцях			
	Первинна спеціалізації в інтернатурі	Вторинна спеціалізація за спеціальністю АГ	Сумарна підготовка лікаря-спеціаліста за спеціальністю АГ	Різниця у підготовці за базовою та спеціалізованою моделями післядипломної освіти
Акушерство та гінекологія (АГ)	33	-	33	-
Радіологія	17	9	26	-7
Внутрішні хвороби	22	9	31	-2
Хірургія	33	5	38	+5

Так, аналізуючи таблицю 3.1 закономірним постає запитання щодо співвідношення тривалості формування та розвитку загальнопрофесійної та

професійно-спеціалізованої компетентностей, що входять до системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти за спеціальністю «Акушерство та гінекологія». Адже, порівнюючи різницю у тривалості підготовки лікарів за спеціальностями «Радіологія» та «Акушерство та гінекологія» ми можемо зробити припущення, що тривалість післядипломної підготовки, спрямованої саме на формування професійно-спеціалізованої компетентності лікаря акушера-гінеколога становить дев'ять місяців, що дорівнює тривалості курсу вторинної спеціалізації за спеціальністю «Акушерство та гінекологія» для лікаря радіолога в якого загальнопрофесійна компетентність системи компетентностей лікаря вже є розвинутою. Однак, у такому разі, наступним постає питання щодо тривалості формування та розвитку загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря вже у лікарів акушерів гінекологів, адже віднявши від загальної тривалості їх спеціалізації в інтернатурі (33 місяці), тривалість формування професійно-спеціалізованої компетентності, що, на нашу думку, відповідає тривалості курсу вторинної спеціалізації за спеціальністю «Акушерство та гінекологія» для лікарів інших спеціальностей (9 місяців) ми отримуємо тривалість підготовки, що, ймовірно, спрямована на формування та розвиток загальнопрофесійної компетентності (24 місяці), що на 7 місяців перевищує загальну тривалість підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Радіологія» (всього 17 місяців) та на 2 місяці – за спеціальністю «Внутрішні хвороби» під час яких має бути сформовано та розвинуто як загальнопрофесійну так професійно-спеціалізовану компетентності, що входять до системи компетентностей лікаря. Таким чином, незрозумілим є чому тривалість формування загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, що є однаковою для всіх лікарів є завищеною при підготовці в інтернатурі за спеціальністю «Акушерство та гінекологія» або, що ще передбачено для опанування лікарями акушерами-гінекологами під час навчання в інтернатурі без чого зможуть обійтися спеціалісти, які здобувають дану спеціалізацію під час вторинної спеціалізації? Відповіді на дане питання сьогодні нам знайти так і не вдалося. Однак, надії щодо врегулювання даного питання ми покладаємо на

реформування післядипломної освіти шляхом запровадження лікарської резидентури, як етапу вторинної спеціалізації, що буде детально розглянуто нижче.

Також, варто зазначити, що для лікарів, які потребують ґрунтовного підвищення кваліфікації за вже наявною спеціальністю можливим є здобуття післядипломної освіти за практично орієнтованою моделлю (рис. 3.4), що передбачає поглиблення професійних знань, підвищення рівнів умінь та навичок за наявною спеціальністю. Особливістю даної моделі є можливість проходження клінічної ординатури за усією номенклатурою лікарських спеціальностей, тобто як одразу після інтернатури так і після подальшої спеціалізації та/або практичної професійної діяльності.

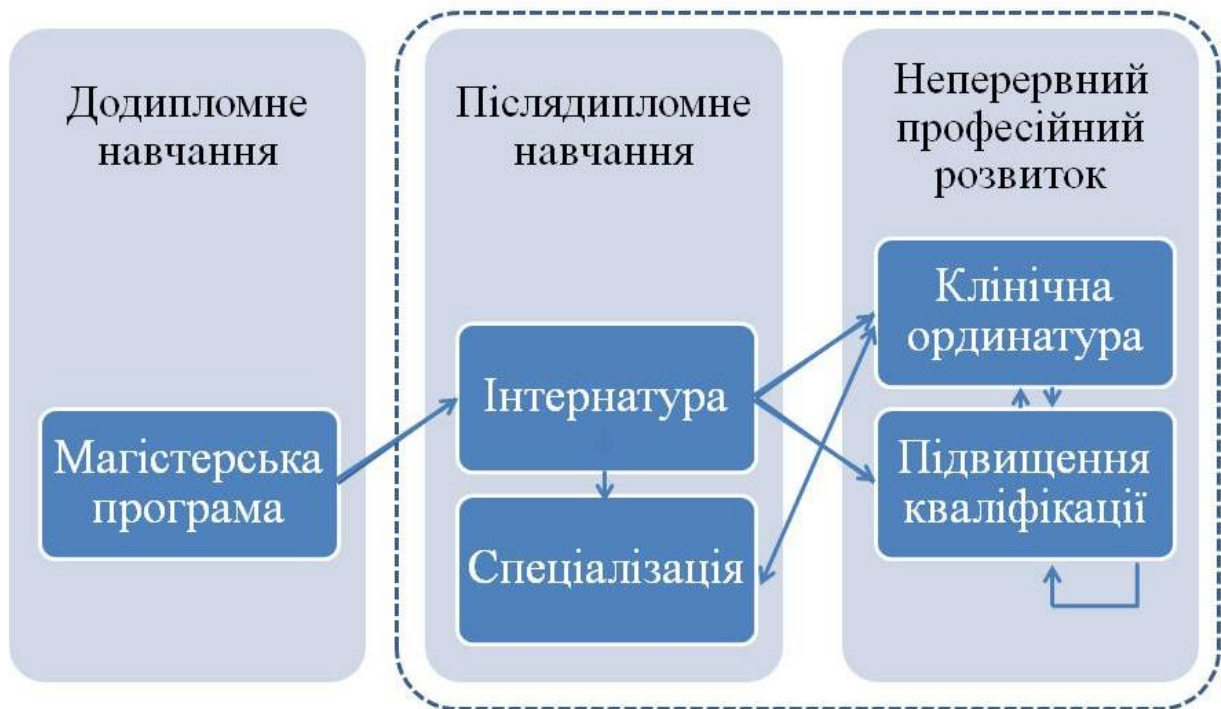


Рис. 3.4. Практично орієнтована модель післядипломної освіти лікарів

[Джерело: власне опрацювання]

Що стосується переваг даної моделі, то до них ми можемо віднести можливість додаткового професійного розвитку для лікарів, які після завершення інтернатури потребують поглиблення або розширення своєї професійної компетентності у межах попре дно здобутої спеціальності.

Однак, говорячи про недоліки даної моделі, необхідно зауважити, що на сьогодні відсутні уніфікований навчальний план та програма підготовки лікарів в клінічній ординатурі, яка здійснюють за індивідуальним навчальним планом, розробленим на розсуд керівника клінічного ординатора, а також єдині уніфіковані критерії щодо обліку та оцінювання результатів діяльності клінічних ординаторів, які відповідно до нормативних документів відносяться до осіб, які навчаються та у разі, зарахування на місце державного замовлення навіть отримують стипендіальну допомогу від держави. Також, обговорення потребує і тривалість підготовки в клінічній ординатурі, що становить два роки під час яких відбувається розвиток сформованих компетентностей лікаря, що фактично відповідає завданням професійного стажування, а отже, на нашу думку, зокрема у порівняння із тривалістю вторинної спеціалізації, яка у середньому становить близько 7 місяців та спрямованої на формування нових професійно-спеціалізованих компетентностей лікаря є необґрунтовано завищеною.

Окрім моделей, представлених вище, вважаємо за необхідне також розглянути реформаційну модель післядипломної освіти (рис. 3.5), що зокрема передбачає запровадження запланованої форми післядипломної освіти лікарів – лікарської резидентури, що відповідно до Закону України «Про освіту» розглядається як форма спеціалізації лікарів-спеціалістів за певними лікарськими спеціальностями для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста.

Тобто, виходячи із визначення поняття «лікарська резидентура», припускаємо, що вона має замінити спеціалізацію як форму здобуття «вузької» або нової спеціальності лікарями-спеціалістами та відповідно наблизити національну систему підготовки лікарів до практики розвинутих країн шляхом збільшення тривалості спеціалізованої підготовки від декількох місяців до двох років.

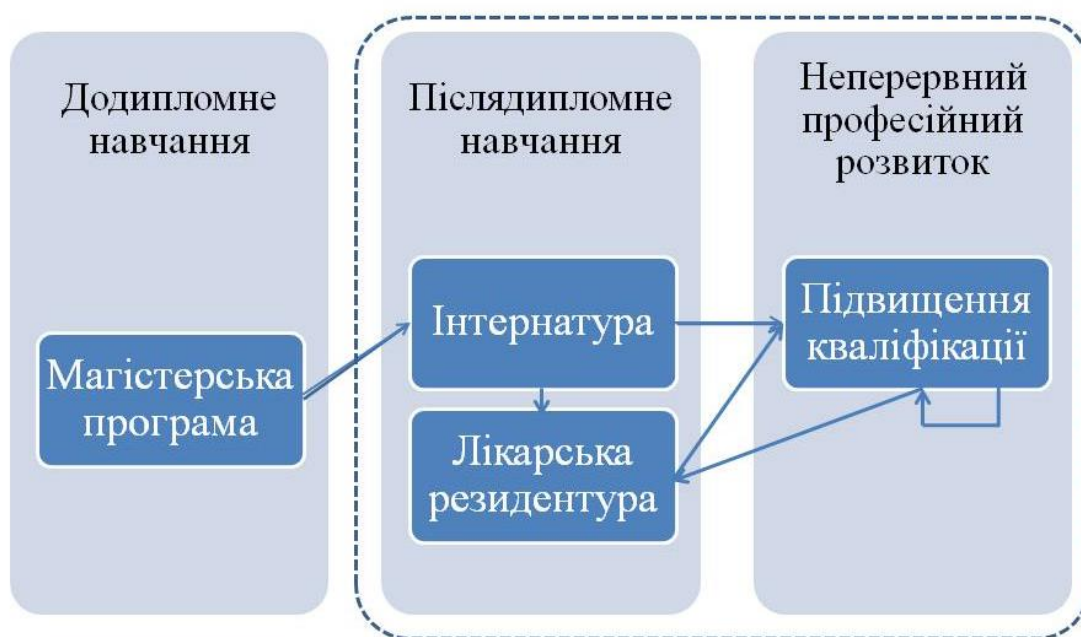


Рис. 3.5. Реформаційна модель післядипломної освіти лікарів

[Джерело: власне опрацювання]

Окрім цього, вважаємо за доцільне розглянути комплексну модель післядипломної освіти лікарів (рис. 3.6), як таку, що може бути представлена у якості дорожньої карти професійного становлення та розвитку після завершення магістерського курсу з медицини.

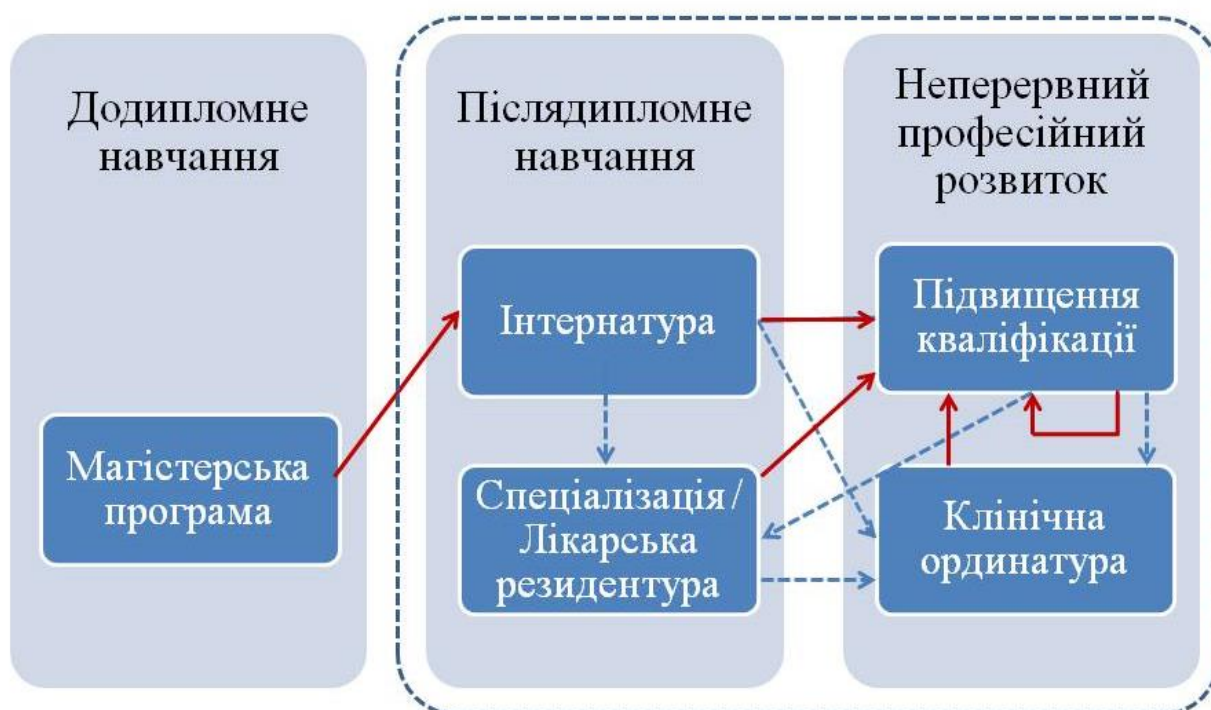


Рис. 3.6. Комплексна модель післядипломної освіти лікарів

[Джерело: власне опрацювання]

В цілому, аналізуючи можливості післядипломної освіти ми можемо відзначити її широку варіативність щодо програм професійного становлення та розвитку. Та поряд із тим, ми маємо констатувати той факт, що на сьогодні наявні варіації є недостатньо врегульованими законодавчо; тривалість післядипломної підготовки не завжди є обґрунтованою та такою, що відповідає стандартам розвинутих країн; переваги та недоліки варіативних моделей післядипломної освіти не є узагальненими, а отже потребують значних інформаційних та часових зусиль лікарів при виборі оптимальної моделі, що задовольнятиме їх професійним потребам.

3.4. Критерії сформованості системи компетентностей лікаря та методики їх вимірювання

Критерій (від грецького *criterion* – для судження), ознака, на основі якої здійснюється оцінка, визначення або класифікація чого-небудь; мірило оцінки [107, с. 663].

У даному випадку, критерії застосовуватимуться нами для оцінки ефективності, що визначається як відношення корисного ефекту (результату) до витрат на його одержання [302].

За визначенням із педагогічного словника критерій оцінювання – це узагальнений показник розвитку системи, успішності діяльності, основа для класифікації та для оцінки. Передбачає визначення сукупності ознак, за якими можна визначити критеріальні показники [163, с. 42]

У свою чергу ефективність (від латинського *effectus* – виконання, дія, від – *effecio* дію, виконую) визначають як результат, наслідок будь-яких причин, дій (наприклад ефект лікування) [107, с. 1575]. Ефективність завжди залежить від певних чинників.

Для оцінки ефективності, як ступеня досягнення мети, сформованої на основі потреб аудиторії з огляду на можливості їх реалізації за визначених умов необхідно співвіднести отримані результати з тими, що визначені як

гранично/оптимально можливі. Зменшення розбіжності між визначеною метою та отриманими результатами є умовою підвищення ефективності [177, с. 252].

Розглядаючи систему критеріїв як ідеальну модель, з якою порівнюється реальне явище і встановлюється ступінь їх відповідності, можна виділити наступні основні функції їх використання [303]:

- перевірка і оцінка ступеня реалізації поставленої мети;
- діагностика – встановлення відхилень властивостей об'єкта від прийнятого зразка;
- прогнозування можливих результатів на підставі даних про поточний стан об'єкта та планування.

Для оцінювання функціонування системи професійної підготовки С.О. Сисоєва визначає такі критерії ефективності, як [304, с. 219]:

- операційні – пов'язані з організацією та реалізацією процесів діяльності та виражають закономірності їх розвитку та результати досягнення визначених цілей;
- економічні – пов'язані з величиною позитивних і негативних ефектів та виражають корисність основної діяльності системи;
- інформаційні – пов'язані з перебігом інформаційних процесів та виражають їх вплив на організацію системи;
- технічні – пов'язані з готовністю елементів системи та технічних засобів їх забезпечення, виражають вплив техніки на поведінку системи;
- експлуатаційні – пов'язані з функціонуванням засобів діяльності та виражають їх вплив на здатність системи до ефективної діяльності у визначених часових межах.

З урахуванням особливостей системи післядипломної медичної освіти, що спрямована на формування та розвиток системи компетентностей лікарів, а також їх готовності до професійної діяльності, ми будемо розглядати та оцінювати її ефективність як сформованість системи компетентностей лікаря, що буде оцінюватись нами за такими критеріями (табл. 3.2): соціально-особистісний, загальнопрофесійний та професійно-спеціалізований.

Таблиця 3.2

Критерії сформованості системи компетентностей лікаря

Критерії сформованості	Показники	Методики перевірки
Соціально-особистісний	Мотивація до висококваліфікованої професійної діяльності	Оцінка ступеня сформованості стійких мотивів (Л.Ф. Спіріна)
	Дотримання етичних принципів та пошанування суспільних цінностей	Ціннісні орієнтації (М. Рокіч)
	Здатність до емпатії та особистісного сприйняття пацієнта	Структурно-компонентний метод (С.О. Сисоєва); Індивідуальна картка вивчення розвитку професійно значущих якостей особистості (Я.В. Цехмістер)
	Загальний рівень культури та широта світогляду. Знання історії медицини	ОДАНІ-2 – Орієнтовна діагностична анкета навчальних інтересів (С. Карпіловська, Б.О. Федоришин)
	Усвідомлення важливості, потреба та здатність до самоосвіти	Метод портфоліо
	Навички щодо пошуку, оцінки надійності та релевантності інформації, а також її інтерпретації	Метод портфоліо
	Здатність до наукового пошуку	Метод портфоліо
	Навички організації роботи в команді, у тому числі щодо розв'язання нових задач професійної та суспільної діяльності	Проведення експертної оцінки (С.О. Сисоєва)
	Здатність до встановлення ефективної комунікації	Опитувальник щодо здатності встановлення ефективної комунікації (Т.І. Пашукова)
Загально-професійний	Загально-медична компетентність	Ліцензійний інтегрований іспит Крок-3 (МОЗ України)
	Здатність до забезпечення раціональної фармакотерапії	Авторський опитувальник
	Обізнаність з питань медичного права	Авторський опитувальник
	Дотримання принципів професійної деонтології	Експертна оцінка (С.О. Сисоєва)
	Здатність до надання першої долікарської допомоги	Експертна оцінка (С.О. Сисоєва)
Професійно-спеціалізований	Спеціалізовані знання	Підсумковий тестовий контроль «ЕЛЕКС» (МОЗ України)
	Спеціалізовані уміння та навички	Об'єктивний структурований клінічний іспит (міжнародні настови); Експертна оцінка (С.О. Сисоєва)

Розглянемо структуру кожного критерію, використовуючи з метою оцінювання сформованості три рівні: високий, середній, низький.

1. Соціально-особистісний критерій:

Високий рівень характеризується чітко сформованою гуманізованою стратегією існування людини в суспільстві, високою громадянською свідомістю, стійкою мотивацією до професійної медичної діяльності з метою укріплення і збереження здоров'я населення, готовністю до самовідданої праці в системі охорони здоров'я, здатністю до співпереживання, високим рівнем відповідальності за власні рішення та дії, розвинутими здатностями до врахування суспільних відносин при здійсненні професійної діяльності, врахуванням моральних переконання та особистісних уподобань при здійсненні ефективної та безпечної професійної діяльності, розумінням психологічних та фізичних особливостей оточуючих, щирим прагненням до нормалізації та/або полегшення стану пацієнтів та їх близьких, пошануванням релігійних, культурних та соціальних цінностей оточуючих, широтою полікультурного світогляду, поєднанням теоретичних та практичних аспектів культури в процесі суспільної діяльності, усвідомленим прагненням та фактичними кроками щодо оновлення власних знань, удосконалення та розширення переліку умінь та навичок, здатністю до пошуку та критичної рефлексії отриманої інформації, вмінням до розв'язання нових задач суспільної та професійної діяльності, у тому числі із застосуванням, раніше не відомих стратегій та тактик, прагненням та здатністю до оптимізації оточуючих систем та процесів, зокрема за рахунок самоорганізації та управління діяльністю оточуючих, здатністю до встановлення ефективної комунікації, у тому числі із застосуванням невербальних методів, налагодження шанобливого довірливого конструктивного спілкування з оточуючими, здатністю до попередження та врегулювання конфліктів.

Середній рівень визначається наявністю загальних уявлень щодо гуманізованого існування людини в суспільстві, абстрактним уявленням щодо ролі кожного окремого громадянина у суспільстві, нестійкою мотивацією до професійної діяльності, відповідальністю за власні рішення та дії, усвідомленням необхідності врахування суспільних відносин при здійсненні професійної діяльності, прагненням до поліпшення стану здоров'я та полегшення фізичних страждань пацієнта, достатньою широтою полікультурного світогляду, помірним

прагненням щодо оновлення власних знань, удосконалення та розширення переліку умінь та навичок, що іноді потребує зовнішнього стимулювання, здатністю до пошуку інформації, здатністю, у разі потреби, визначеної із зовні до удосконалення власної діяльності, зокрема за рахунок самоорганізації та чіткого дотримання встановлених стандартів діяльності, управління, прагненням до встановлення ефективної комунікації, у тому числі із застосуванням невербальних методів, шанобливе ставлення до оточуючих, здатністю до врегулювання конфліктів.

Низький рівень окреслюється індиферентним ставленням до суспільних та громадянських цінностей, пошануванням лише власних особистісних, у тому числі фінансових інтересів, байдужістю до результатів професійної діяльності, безвідповідальністю щодо наслідків власних рішень та дій, байдужістю до почуттів оточуючих, небажанням та неспроможністю врахування суспільних відносин при здійсненні професійної діяльності, не зважанням на релігійні, культурні та соціальні особливості оточуючих, байдужістю до стану пацієнтів та переживань його близьких, недостатньою широтою полікультурного світогляду, посередністю в оволодінні знаннями, уміннями та навичками, сформованою потребою у постійному зовнішньому спонуканні до їх удосконалення, низькою здатністю до пошуку інформації, зокрема через неспроможність до її критичної рефлексії, шаблонністю професійної діяльності, зокрема не здатністю до самостійного розв'язання нових не стандартних задач, байдужістю до ефективності функціонування оточуючих систем та процесів, різким спротивом до будь-яких, зокрема конструктивних змін, невмінням встановлювати ефективну комунікацію, ініціюванням конфліктів.

2. Загальнопрофесійний критерій:

Для високого рівня притаманні стратегічна визначеність та послідовність професійної поведінки лікаря, сформованість професійного базису загальнолікарської підготовки, що зокрема передбачає здатність до кваліфікованого надання невідкладної допомоги лікарем не залежно від його спеціальності, широта та системність клінічного мислення, яка передбачає комплексність у підході до лікування людини, а не вузьку зосередженість на подоланні окремої

хвороби та/або стану, обґрунтованість вибору лікувальних тактик та методик на основі стандартів доказової медицини, у тому числі при виборі ефективних, безпечних та доступних схем фармакотерапії, здатність обґрунтованої до персоналізації стандартних схем лікування у разі їх неефективності або непереносимості тощо, ефективність здійснення фармацевтичної опіки, систематизованість та аналітичність при здійсненні фармаконагляду, обізнаність щодо професійних прав та обов'язків, здатність до надання медико-правової консультації пацієнтів, у межах власних професійної компетенції, обізнаність з питань медико-соціальної допомоги та здатність до її кваліфікованого надання з урахуванням психологічних, медичних та правових особливостей роботи із соціально вразливими та соціально незахищеними категоріями населення, усвідомлення та сприяння налагодженню та підтриманню шанобливих колегіальних дружніх професійних взаємовідносин в колективі, злагодженість та самовідданість при роботі в медичній команді, діяльність якої, передусім, спрямовується на найкращий можливий результат щодо укріплення і збереження здоров'я населення.

Середньому рівню притаманні послідовність професійної поведінки лікаря, достатність професійного базису загально-лікарської підготовки, що зокрема передбачає здатність до кваліфікованого надання невідкладної допомоги лікарем не залежно від його спеціальності, обґрунтованість вибору лікувальних тактик та методик на основі стандартів доказової медицини, у тому числі при виборі ефективних, безпечних та доступних схем фармакотерапії, здійснення фармацевтичної опіки, систематизованість фармаконагляду, обізнаність щодо професійних прав та обов'язків, обізнаність з питань медико-соціальної допомоги та здатність до її кваліфікованого надання, усвідомлення значення злагодженої роботи медичної команди та своєї ролі в ній при наданні медичної допомоги.

Низькому рівню характерні відсутність стратегічної визначеності та непослідовність професійної поведінки лікаря, недостатня сформованість професійного базису загально-лікарської підготовки, зокрема нездатність до кваліфікованого надання невідкладної допомоги лікарем не залежно від його спеціальності, вузька зосередженість на подоланні окремої хвороби та/або стану,

що не передбачає комплексність у підході до лікування людини, застосування застарілих, а також таких, що не мають доведеної ефективності, підтвердженої безпеки та економічної доцільності стандартів лікування, у тому числі щодо вибору лікарських засобів, не здійснення фармацевтичної опіки, формальність підходу при здійсненні фармаконагляду, низька обізнаність щодо професійних прав та обов'язків, нездатність до надання кваліфікованої медико-правової консультації пацієнтам, у тому числі шляхом поширення недостовірної інформації, як наслідок низької обізнаності, незнання психологічних, медичних та правових особливостей надання медико-соціальної допомоги, байдужість до взаємовідносин у колективі, невміння працювати у команді.

3. Професійно-спеціалізований критерій:

Для високого рівня притаманні широта, сучасність та обґрунтованість спеціалізованих знань, у тому числі щодо сучасних протоколів лікування, заснованих на стандартах доказової медицини, сформованість спеціалізованих умінь та навичок, у тому числі таких, що передбачають роботу із спеціалізованим інноваційним обладнанням.

Середній рівень визначається достатністю знань, що є необхідними для надання спеціалізованої допомоги відповідно до фаху лікаря, сформованістю спеціалізованих умінь та навичок, необхідних для провадження самостійної медичної практики.

Низький рівень характеризується достатністю знань, що є необхідними для надання спеціалізованої допомоги, відповідно до фаху лікаря, недостатньою сформованістю спеціалізованих умінь та навичок, необхідних для провадження самостійної медичної практики.

З метою визначення сформованості системи компетентностей лікаря для визначених нами критеріїв було підібрано відповідні методи вимірювання за показниками.

Вимірювання (measurement) – це процес надання чисельного значення певному показнику відповідно до його кількісного прояву із застосуванням чітко визначених правил вимірювання. Тоді як метод вимірювання – це спосіб, за

допомогою якого здійснюється надання кількісного значення показнику, який вимірюється [305, с. 8].

Варто зазначити, що головними характеристиками «показника» є конкретність, що представляє собою вимірювач останнього, і діагностичність, яка дозволяє показнику бути доступним для спостереження, обліку та фіксування. Показники діляться на якісні та кількісні. Якісні показники відображають істотні, стійкі властивості об'єкта, а до кількісних відносяться ті з них, які утворюються на основі інтервальної шкали і які можна обробити статистичними методами [303].

Так у межах соціально особистісного-критерію нами було визначено дев'ять показників. Перший з них – *мотивацію до висококваліфікованої професійної діяльності* ми перевіряли за тестом для визначення потреби досягнень (вивчення мотивації досягнень) Я.В. Цехмістера. За допомогою послідовних простих відповідей на запитання анкета дозволяє уточнити думки, інтереси, а також бажаний рівень самооцінки особистості. Після обробки результатів, ми визначаємо рівень потреби досягнень особистості, що розмежовується як: високий, вище середнього, середній, нижче середнього, а також низький [29, с. 609]. Наступний показник – *дотримання етичних принципів та пошанування суспільних цінностей* оцінювали за методикою визначення ціннісних орієнтацій М. Рокіча. Зазначена методика спрямована на вивчення ціннісно-мотиваційної сфери людини, що визначає змістовну сторону спрямованості особистості і складає основу її відносин до навколишнього світу, до інших людей, до себе самої, основу світогляду і ядро мотивації життєвої активності, основу життєвої концепції і «філософії життя». Респонденту пред'являють два списки цінностей, викладені в алфавітному порядку, які він має ранжувати за значимістю шляхом присвоєння кожній цінності порядкового номеру починаючи від одиниці. Спочатку пред'являється набір термінальних, а потім набір інструментальних цінностей [306].

Необхідно зауважити, що не зважаючи на значні переваги даної методики (універсальність, гнучкість, зручність і економічність як на етапі обстеження та і на етапі обробки результатів) існують істотні недоліки щодо її використання, зокрема вплив соціальної бажаності, а також можливість нещирості. Проте, з

огляду на добровільний та невідбірковий характер тестування нам було обрано зазначену методику [306].

Для педагогічного оцінювання *здатності до емпатії та особистісного сприйняття пацієнта*, що також були визначена нами у якості показника, було використано структурно-компонентний метод педагогічного оцінювання якостей особистості, запропонований С.О. Сисоєвою [307].

Для вивчення думки експертів під час заповнення експериментальної індивідуальної картки використовували методи інтерв'ювання, анкетування та спостереження.

Кількісно рівень сформованості здатності до емпатії та особистісного сприйняття пацієнта визначається коефіцієнтом її сформованості (K_{EOC}).

Для подальшого визначення зазначеного коефіцієнта нами було введено наступні показники:

m – кількість показників, які мають високий рівень прояву;

p – кількість показників, які мають середній рівень прояву;

n – кількість показників, які мають низький рівень прояву;

Q – загальна кількість показників.

Тоді
$$Q = m + p + n$$

На основі визначення високого, середнього та низького рівнів прояву показників можна вивести коефіцієнт рівня сформованості здатності до емпатії та особистісного сприйняття пацієнта [307]:

$$K_{EOC} = (m + p/2) / Q$$

Для показники високого рівня визначаємо ваговий коефіцієнт – 1, середнього – $\frac{1}{2}$, низького – 0.

Якщо K_{EOC} знаходиться між 0 та 0,33 – рівень здатності до емпатії та особистісного сприйняття пацієнта вважається низьким; між 0,33 та 0,66 – середнім; між 0,66 та 1 – високим.

Що стосується *загального рівня культури та широта світогляду, а також наявності знань з історії медицини*, то для вимірювання зазначеного показника нами було застосовано методику визначення навчальних інтересів, запропоновану Б.О. Федоришиним. Зазначена методика спрямована не лише на констатацію

проявів інтересів у особистості, а й на саму характеристику її когнітивної та емоційної сфери, що дає змогу визначити напрями та розробити програми післядипломної освіти, спрямовані на підвищення загального рівня культури та ширини світогляду особистості, зокрема щодо питань історії медицини.

За таких умов ми використовували методiku «ОДАНІ-2» (автори – С. Карпіловська і Б.О. Федоришин) яка являє собою модифікацію «Анкети інтересів» та дозволяє виявити групу інтересів особистості, сферу її переваг і відмов. Вона дає можливість розглянути зміст інтересів, виявити їх діапазон, виділити певний спектр, а в ньому ведучий і супутні інтереси. При цьому оцінка прояву певного інтересу може здійснюватися в кількісних вимірах, що дозволяє рейтингувати інтереси при їх співставленні між собою. Не виключена можливість і якісного аналізу виявлених інтересів при одночасній кількісній їх оцінці. Конструктивна частина методики складається з трьох частин. До основних належать бланк запитань і бланк відповідей. Допоміжний – бланк дешифратора [308].

Для вимірювання *усвідомлення важливості, потреби та здатності до самоосвіти* нами було обрано метод портфоліо.

Портфоліо, як накопичувальна система навчальних досягнень, вважається надійним інструментом для достовірної оцінки професійної компетентності. Окрім цього робота над портфоліо сприяє активізації здатності до саморефлексії, адже збір інформації щодо результатів виконаної роботи створює передумови для критичного погляду та оцінки результатів власної роботи. З огляду на те, що портфоліо для лікарів передбачає збір інформації впродовж тривалого часу воно є зручним для планування та моніторингу професійного розвитку починаючи з моменту здобуття первинної спеціалізації в інтернатурі. Також важливим є той факт, що залежно від етапу післядипломної освіти та відповідно навчальних цілей портфоліо може бути організовано навколо різних центральних ідей. Так, для оцінювання певної компетентності, портфоліо має бути організованим навколо доказів його сформованості, що мають бути відображені у портфоліо. У той же час, якщо портфоліо передбачає стимулювання до професійного розвитку, то воно має бути спрямовано на спонукання лікарів до обговорення та міркувань, зокрема

за допомогою представлення кейс із професійної діяльності і їх подальшого критичного осмислення [309].

Портфоліо допомагає розв'язувати важливі педагогічні завдання [310]:

- підтримувати високу навчальну мотивацію;
- змістити акцент з того, що особа, яка навчається не знає і не вміє, на те, що він знає і вміє з даної теми і даного предмету;
- розвивати навички рефлексивної та оцінної (самооцінної) діяльності;
- об'єднати якісну та кількісну оцінки;
- закладати додаткові передумови і можливості для успішної соціалізації.

Однак, ефективність від застосування методу портфоліо значною мірою залежить від якості наставництва, яке є необхідною передумовою для усвідомленого підходу при застосуванні методу. Саме тому з метою ефективного застосування портфоліо у післядипломній освіті, першим реалізованим нами кроком стало його запровадження серед науково-педагогічних працівників, які у подальшому і здійснюватимуть наставництво [309].

Так, відповідно до сучасних рекомендацій [309] нами було ретельно сформовано та доведено до користувачів цілі та умови застосування портфоліо, яке було реалізовано в електронному форматі.

Вибір найпростішого з можливих для досягнення визначеної цілі формату портфоліо, практичний вступ з інструктажем, забезпечення гнучкості формату портфоліо та мінімальна його формалізація, а також інформаційний супровід мають бути реалізовані на всіх етапах використання методики.

Що стосується *навички щодо пошуку, оцінки надійності, релевантності інформації й її інтерпретації, а також здатності до наукового пошуку* то для їх оцінки нами було застосовано метод проектів.

Метод проектів передбачає здобуття знань та навичок у процесі практичної діяльності, що має особистісний зміст та здійснюється у специфічних умовах, часто не пов'язаних з логікою конкретного предмету, курсу або дисципліни [310, с. 50].

Для методу проектів характерні такі ознаки [310, с. 51]:

- наявність соціально-значущого завдання;

- планування дій щодо розв’язання проблеми;
- пошук інформації, яка буде оброблена та осмислена;
- створення продукту як результату проектної діяльності;
- презентація результатів.

Надзвичайно важливою саме для етапу післядипломного навчання є можливість щодо широкого залучення дорослих учнів до керівництва своєю діяльністю при застосуванні методу проектів, так зокрема щодо самостійного вибору теми проекту, способу його здійснення (індивідуальний чи груповий), глибину, об’єм проектної діяльності тощо.

Під час реалізації зазначеного методу виділяють такі послідовні етапи роботи над ним [310, с. 51]:

- обґрунтування: вибір теми, створення груп, розподіл завдань у групі;
- дослідницький: вивчення проблеми, пошук джерел інформації, їх аналіз, генерування ідеї щодо реалізації теми проекту, створення плану роботи;
- виконавчий: здійснення діяльності кожним учасником для отримання результату, підготовка презентації результатів;
- завершення проекту: представлення результатів проекту, оцінка колективних та особистих досягнень учасників.

Що стосується критеріїв оцінювання проектної діяльності, то серед них визначають [310, с. 51-52]:

- актуальність (пізнавальна, практична, соціальна значимість проекту);
- інформаційна, технічна забезпеченість;
- новизна ідей, методів;
- реалістичність (здатність щось розвинути, поліпшити, змінити, дізнатись);
- можливість одержати результат учасниками проекту;
- націленість проекту на розвиток самих учасників, на збагачення досвіду їх дослідницької діяльності, досвіду
- впровадження ідей у життя.

За результатами проектної діяльності формується звіт [310, с. 52], що, у нашому випадку, є складовою частиною особистісного освітнього портфоліо.

Навички організації роботи в команді, у тому числі щодо розв'язання нових задач професійної та суспільної діяльності, а також здатності до встановлення ефективної комунікації оцінювались нами із застосуванням методики експертної оцінки С.О. Сисоєвої.

В основу експертних оцінок покладена думка, що в умовах невизначеності краще мати приблизні, чим намагатися отримати точні відповіді на запитання, що не повністю зрозумілі й осмислені [311, с. 147].

Експертне оцінювання досить широко застосовується при вирішенні управлінських задач в різних галузях діяльності, серед характеристик яких переважають якісні показники [311, с. 148].

Сучасні методи експертних методів допомагають зменшити вплив чинників, пов'язаних з обмеженістю та суб'єктивністю індивідуальних оцінок. Характерними особливостями цих методів як наукового інструменту вирішення складних неформалізованих проблем є, по-перше, науково обґрунтована організація проведення всіх етапів експертизи і, по-друге, використання кількісних методів як при організації експертизи, так і при оцінці суджень експертів та формальній груповій обробці результатів [311, с. 148].

Метод експертних оцінок використовується для одержання змінних емпіричних даних стосовно педагогічних проблем, які не піддаються формалізації. Даний метод передбачає опосередковане спостереження та опитування експертів – кваліфікованих фахівців у галузі досліджуваного питання, з метою вивчення значень певних змінних величин важливих у контексті педагогічного експерименту [312, с. 214].

З широкої різноманітності методик експертної оцінки щодо даного показника нами було обрано метод узагальнення незалежних характеристик, що передбачає незалежне оцінювання експертами характеристик особи за якою здійснюється спостереження. Важливо, що при застосуванні даного методу узагальнення характеристик не передбачає визначення їх середнього значення у загальній сумі, а здійснюється з метою детального налізу і синтезу різних характеристик під час яких відкидається несуттєве та суперечливе [312, с. 224, 225].

У ході застосування даного методу, що зокрема реалізується безпосередньо під час практичної діяльності або навчальних занять, передбачається заповнення експертами оціночних листів, що містять дві частини: офіційну та власне оціночну. За результатами узагальнення даних оцінювання, отриманих від декількох експертів формується загальна професійна характеристика лікаря щодо досліджуваного питання [312, с. 225].

Для оцінки *загальнопрофесійного критерію* сформованості системи компетентності лікаря нами було визначено шість показників, а саме: *сформованість загально-медичної компетентності, здатність до забезпечення раціональної фармакотерапії, обізнаність з питань медичного права, усвідомлення важливості та навички медико-соціальної допомоги, дотримання принципів професійної деонтології, здатність до надання першої долікарської допомоги.*

Так, для оцінка сформованості загально-медичної компетентності проводилась нами за результатами складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3», який є засобом стандартизованої діагностики рівня професійної компетентності лікарів на етапі випуску з інтернатури як обов'язкова складова частина атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста [313].

Метою ліцензійного інтегрованого іспиту є встановлення відповідності рівня професійної компетентності інтерна мінімально необхідному рівню, що здійснюється у формі тестового іспиту, зміст якого щорічно затверджується Міністерством охорони здоров'я України [313].

Для проведення медичних ліцензійних тестових іспитів як засобу діагностики якості підготовки фахівців для галузі охорони здоров'я в Україні було розроблено програмно-технічний комплекс підтримки технології стандартизованого тестування, який отримав назву Standard Test [313].

Система Standart Test призначена для організації і супроводу процесу тестування, що проводиться у бланковій формі з комп'ютерним скануванням результатів та обробкою у нормативні терміни даних в обсязі галузевого рівня. Система має розвинуті засоби обробки й аналізу результатів тестування і може

бути задіяна на всіх етапах тестування. Серед основних режимів роботи системи визначають наступні: формування банку тестових завдань; експертиза тестових завдань; створення тесту для іспиту; формування банку студентів, що проходять тестування; первинна обробка результатів тестування студентів; аналіз результатів тестування; розрахунок психометричних показників тесту і тестових завдань, підготовка статистичного сертифіката тесту; підготовка і друк звітів за результатами тестування тощо [313].

Робота системи здійснюється у вигляді замкненого технологічного циклу, належне дотримання якого гарантує формування якісного тесту та використання результатів тестування для вдосконалення навчального процесу [313].

Діючою величиною критерію складання ліцензійного інтегрованого іспиту, що підлягає щорічному перегляду та затвердженню Міністерством охорони здоров'я України, визначено 70,5 % правильних відповідей. Лікарі-інтерни, які за результатами іспиту демонструють нижчий показник правильних відповідей вважаються такими, що не склали іспит та не допускаються подальших етапів атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста [313].

Важливо, що ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3» є універсальним для лікарів-інтернів не залежно від спеціальності підготовки, а відтак може розглядатись як засіб оцінювання загально-медичної компетентності лікарів, що не передбачає врахування спеціалізованих особливостей підготовки [313].

При оцінюванні *здатності до забезпечення раціональної фармакотерапії, а також обізнаності з питань медичного права* нами було застосовано авторські опитувальники, що склались із тестових запитань закритого типу формату А, які були сформульовані у вигляді ситуаційних завдань. Величина критерію «склав» була встановлена на рівні 75 % правильних відповідей.

З огляду на те, що зазначені опитувальники не є класичними, нами було проведено їх верифікацію з метою перевірки відповідності встановленим критеріям щодо валідності, об'єктивності, надійності та точності.

Так відповідно до визначення А. Анастасі «валідність тесту – це поняття, яке визначає, що вимірює тест і наскільки якісно це здійснюється». Тобто

необхідним є підтвердження відповідності обраного інструменту до визначеної заздалегідь вимірювання [305, с. 12]. Так, у нашому випадку опитувальників з клінічної фармації передбачав включення тестових завдань на оцінку рівня сформованості клініко-фармацевтичної компетентності. Що стосується опитувальника з медичного права, то він передбачав включення тестових завдань для оцінки розуміння принципів та норм медичного права.

Так, для кількісного визначення валідності запропонованих ними опитувальників нами було визначено коефіцієнт їх валідності, що розраховується опосередковано як коефіцієнт кореляції між результатами тестування та результатами інших вимірювань, здійснених на тій самій групі з того самого питання іншим методом. Результат тестування можна вважати валідним при коефіцієнті кореляції більшому ніж 0,6 [305, с. 14].

У якості методу порівняння нами було обрано тест для оцінки сформованості компетентності щодо забезпечення раціональної фармакотерапії Стенфордського університету [230], а також опитувальник щодо розуміння правових основ медичної практики Кардіфського університету [314].

Таким чином розрахунок коефіцієнту валідності – r_{xy} було здійснено нами за формулою [315]:

$$r_{xy} = \frac{n \sum x_i y_i - \sum x_i \sum y_i}{\sqrt{[n \sum x_i^2 - (\sum x_i)^2] [n \sum y_i^2 - (\sum y_i)^2]}}$$

де x_i , y_i — порівнювані кількісні ознаки; n — число порівнюваних спостережень.

Однак необхідно пам'ятати, що коефіцієнти валідності є важливими, але далеко не вичерпними характеристиками валідності тесту. Потрібно зазначити, що валідність не вимірюється, про неї тільки судять. Валідність трактується не як щось, виражене кількісно, а як «адекватна», «задовільна», «недостатня» тощо. Таким чином, коефіцієнти валідності є лише елементом складного процесу характеристики валідності тесту [315].

У той же час, роблячи висновки про валідність на базі коефіцієнтів, треба бути впевненим у тому, що даний коефіцієнт не з'явився через випадкові відхилення у вибірці. Необхідно оцінити стандартну похибку тестових оцінок. Використовуваний при цьому показник похибки вимірювання вказує на

допустимі межі помилки в індивідуальних показниках внаслідок обмеженої надійності тесту. Аналогічно похибка оцінки вказує на межі імовірної помилки у прогнозованому значенні індивідуального критеріального показника як результат обмеженої валідності тесту [315].

Похибка оцінки може визначатися за таким рівнянням [315]:

$$\sigma_e = \sigma_y \sqrt{1 - r_{xy}^2}$$

де σ_y – стандартне відхилення критеріальних показників; r_{xy} – коефіцієнт валідності; $\sqrt{1 - r_{xy}^2}$ – вираз, що вказує на величину похибки відносно похибки простого вгадування, тобто за нульової валідності. Якщо $\sqrt{1 - r_{xy}^2} = 1$, то похибка так само велика, як і при вгадуванні. Якщо коефіцієнт валідності дорівнює 0,80, то $\sqrt{1 - r_{xy}^2} = 0,60$, тобто частка похибок становить 60% тієї величини, яка б була за випадкового розподілу [315].

Для оцінки *дотримання принципів професійної деонтології* нами було застосовано метод експертної оцінки, що вже був розглянутий вище.

Що стосується *здатності до надання першої долікарської допомоги*, то її оцінювання здійснювалось за методикою М.А. Омельчука, що передбачає застосування тестових завдань та експертної оцінки при виконанні симуляційних сценаріїв [287].

Що стосується професійно-спеціалізованого критерію сформованості, то нами було визначено два показники, а саме: наявність спеціалізованих знань та сформованість спеціалізованих умінь та навичок.

При оцінці зазначених показників ми виходили із необхідності визначення стану сформованості саме спеціалізованих знань, умінь та навичок лікарів, що відрізняються залежно від спеціальності лікаря.

Так для *оцінки спеціалізованих знань* нами були застосовані результати стандартизованого комп'ютерного тестування лікарів за програмою «Елекс», розробленою на замовлення Міністерства охорони здоров'я України. Комп'ютерний естив контроль за зазначеною програмою є обов'язковим компонентом атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста, а також атестацій щодо присвоєння/підтвердження кваліфікаційної категорії для лікарів. Формат іспиту передбачає відповіді на

закриті запитання формату Х. Критерій склав встановлено на рівні 80 % правильних відповідей під час атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста. Під час атестацій щодо присвоєння/підтвердження кваліфікаційних категорії мінімальна кількість правильних відповідей має становити 85 % – друга категорія, 90% – перша категорія, 95 % – вища категорія [316].

Що стосується оцінки сформованості спеціалізованих умінь та навичок, то її було здійснено за результатами складання об'єктивного структурованого клінічного іспиту, що також є відмінним для інтернів залежно від спеціальності підготовки. Даний іспит передбачає оцінювання експертами компетентності лікарів щодо визначеного кола питань в умовах, максимально наближених до реальних, що здійснюється у спеціально обладнаних приміщеннях (станціях) із залученням акторів, або симуляційних манекенів, що допомагають моделювати визначений заздалегідь клінічний сценарій за стандартизованими чек-листами.

Висновки до третього розділу

Результати дослідження дозволили обґрунтувати систему компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, що містить соціально-особистісну, загальнопрофесійну та професійно-спеціалізовану компетентності.

Соціально-особистісна компетентність визначає стратегію життєдіяльності людини в суспільстві, тактику дій особи у різних сферах суспільного буття, зумовлює здобуття соціального досвіду, навичок практичної діяльності, а також забезпечує здатність до самовизначення в полікультурному середовищі за усією різноманітністю суспільних ролей, що притаманні конкретному індивідууму. До цієї компетентності відносимо такі компоненти: мотиваційно-ціннісний, емпатійний, загальнокультурний, самоосвітній, інформаційний, дослідницький, організаційний, комунікативний.

Загальнопрофесійна компетентність визначає стратегію професійної поведінки лікаря, відображає специфіку медичної практики, а також здатність

акумулювати знання професійного базису, здобутого під час додипломного навчання за освітніми програмами на другому рівні вищої освіти за спеціальністю «Медицина». До цієї компетентності відносимо загальномедичний, клініко-фармацевтичний, медико-правовий, медико-соціальний, деонтологічний компоненти, а також компонент щодо надання першої долікарської допомоги.

Професійно-спеціалізована компетентність визначає здатність фахівця до кваліфікованої діяльності відповідно до здобутої лікарської спеціальності, передбачає наявність знань і вмінь, визначених кваліфікаційною характеристикою щодо конкретного спеціаліста, а також здатності до їх практичного застосування, у тому числі вміння діяти під час вирішення непередбачуваних складних професійних завдань, що можуть бути врегульовані на основі наявного професійного досвіду. До цієї компетентності відносимо спеціалізовано-знаннєвий і спеціалізовано-діяльнісний компоненти. Реалізація вищезазначених компонентів спрямована на формування системи компетентностей лікаря, що формується та неперервно розвивається на післядипломному етапі освіти в медичному університеті.

У розділі обґрунтовано критерії сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти (соціально-особистісний, загальнопрофесійний та професійно-спеціалізований) в умовах медичного університету, розкрито їх зміст і методики вимірювання.

Соціально-особистісний критерій представлено показниками, що відображають рівень сформованості соціально-особистісної компетентності лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти: мотивацію до висококваліфікованої професійної діяльності; дотримання етичних принципів і пошанування суспільних цінностей; здатність до емпатії та пацієнт-орієнтованої соціальної взаємодії; загальний рівень культури та широта світогляду; знання історії медицини; здатність до самоосвіти, вміння працювати з інформаційними джерелами; здатність до наукового пошуку; навички організації роботи в команді, у тому числі для розв'язання нових задач професійної та суспільної діяльності; здатність до встановлення ефективної комунікації з

колегами і пацієнтами. Показниками загальнопрофесійного критерію є: сформована загальномедична компетентність; здатність до забезпечення раціональної фармакотерапії; знання медичного права; дотримання принципів професійної деонтології; здатність до надання першої долікарської допомоги. Професійно-спеціалізований критерій оцінюється за такими показниками: набуті спеціалізовані знання, а також сформовані спеціалізовані уміння та навички.

У розділі розкрито концепцію післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, що відображає специфіку післядипломної освіти та особливості управління на різних рівнях, варіативність моделей її реалізації, необхідність удосконалення змісту, форм та методів навчання, спрямованих на забезпечення якості освіти. У концепції визначено шляхи і способи розв'язання проблеми: проектування навчальних програм на основі компетентнісного підходу із чітко визначеними навчальними цілями і програмними результатами; кадрове, інформаційне і навчально-методичне ресурсне забезпечення якості програми; запровадження технологій дистанційної освіти і симуляційного навчання для підвищення мотивації, інформаційного насичення і супроводу процесу; забезпечення тематичної практичної спрямованості післядипломної освіти; удосконалення процедури і методик оцінювання результатів навчання; психолого-педагогічна і методична підготовки викладачів, що забезпечують підготовку лікарів на післядипломному етапі, необхідність якої детермінована модернізацією вищої освіти і потребою у фахівцях, здатних до сприйняття реформаційних перетворень і їх активного запровадження у практичну площину діяльності медичного університету.

Результати наукового аналізу післядипломної освіти лікарів в Україні дозволили узагальнити та класифікувати варіативні моделі післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, зокрема: базисну, спеціалізовану, практично орієнтовану, реформаційну та комплексну. Базисна модель післядипломної освіти лікарів передбачає проходження первинної спеціалізації в інтернатурі та подальше періодичне підвищення кваліфікації упродовж всієї професійної діяльності. Спеціалізована модель післядипломної освіти лікарів ураховує первинну спеціалізацію в інтернатурі із наступним проходженням

вторинної спеціалізації, а також періодичне підвищення кваліфікації впродовж всієї професійної діяльності. Практично орієнтована модель післядипломної освіти лікарів передбачає проходження первинної та, можливо, вторинної спеціалізації з подальшим поглибленим підвищенням практичної кваліфікації в клінічній ординатурі за однією із попередньо здобутих, на етапі спеціалізації, лікарських спеціальностей, а також періодичне підвищення кваліфікації впродовж усієї професійної діяльності. Реформаційна модель післядипломної освіти лікарів розроблена з урахуванням законодавчо визначених і наразі практично не реалізованих тенденцій післядипломної медичної освіти, що, зокрема, передбачає проходження первинної спеціалізації в інтернатурі та подальшої субспеціалізації в лікарській резидентурі, а також періодичне підвищення кваліфікації упродовж всієї професійної діяльності. Комплексна модель післядипломної освіти лікарів містить увесь законодавчо визначений спектр можливостей післядипломної медичної освіти, зокрема первинну спеціалізацію в інтернатурі із подальшим здобуттям вторинної спеціалізації, поглибленим підвищенням практичної кваліфікації в клінічній ординатурі за однією із попередньо здобутих на етапі спеціалізації лікарських спеціальностей, а також періодичне підвищення кваліфікації впродовж усієї професійної діяльності. Проаналізовано переваги та недоліки кожної із розроблених моделей післядипломної освіти лікарів.

Визначено, що ефективність післядипломної медичної освіти визначається рівнем сформованості системи компетентностей лікаря, що становить мету післядипломного етапу освіти лікарів.

РОЗДІЛ 4

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ЛІКАРІВ

У розділі розкрито організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету; здійснено відбір і збагачення змісту післядипломної освіти відповідно до моделей післядипломної освіти лікарів; подано форми та методи післядипломної освіти лікарів; розглянуто сучасні інформаційно-комунікаційні технології у післядипломній освіті лікарів.

4.1. Характеристика організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету

Неперервна освіта реалізується шляхом забезпечення наступності змісту та координації освіти на різних її рівнях, які функціонують як продовження попередніх і передбачають підготовку до можливого переходу на наступні ступені шляхом формування потреби й спроможності особистості до самонавчання шляхом створення робочих інтегрованих навчальних планів і програм [29, с. 259-260].

Ефективна професійна підготовка конкурентоспроможних та мобільних фахівців, зокрема у медичній галузі потребує неперервності та багатоступеневості системи освіти. Так, післядипломна освіта, яка є невід'ємною складовою професійного становлення лікаря потребує особливої уваги у даному контексті, адже організаційно вона має забезпечуватись у взаємодії із додипломною підготовкою та практичною охороною здоров'я.

Ми вважаємо, що інтеграція закладів післядипломної медичної освіти і медичних закладів вищої освіти з метою створення єдиної системи професійної підготовки лікарів є реальним кроком щодо розвитку системи медичної освіти.

Варто зазначити, що категорія наступності є фундаментальною у дослідженнях філософсько-педагогічних, теоретико-методологічних і психолого-педагогічних засад ступневої професійної освіти. Це поняття широко

використовується в науках про людину, зокрема у психології, педагогіці, соціології тощо. Наступність у навчанні забезпечує можливість пізнання взаємозв'язків між фактами, поняттями, вміннями, навичками; наступність сприяє осмисленню провідних ідей і принципів дисциплін, що вивчаються, дає змогу встановити міжпредметні зв'язки, які є необхідною умовою формування світогляду, глибокого осмислення і поліпшення запам'ятовування та усвідомлення вивченого [317, 318].

Саме тому, практика створення навчально-наукових інститутів післядипломної освіти у структурі медичних закладів вищої освіти розглядається нами як інноваційний крок, спрямований на реалізацію таких принципів післядипломної освіти як: наступність, прогнозованість, послідовність, систематичність, індивідуальний досвід, індивідуальні освітні потреби, кар'єрні перспективи та актуалізація результатів навчання.

Створення навчально-наукового інституту післядипломної освіти (див. додаток Є), як осередку професійного становлення та розвитку лікаря-спеціаліста передбачає зміщення освітніх акцентів від власне процесу підготовки до безпосередньо її результату – кваліфікації медичного фахівця.

Так, для досягнення зазначеної мети, особливого значення набуває багаторівнева організаційна структура навчально-наукового інституту післядипломної освіти, що зокрема передбачає наявність власних, у тому числі основних, структурних підрозділів так і тісну взаємодію із кафедрами медичного закладу вищої освіти (рис. 4.1).

Що стосується основних функцій, які покладаються на навчально-науковий інститут післядипломної освіти, до них зокрема належать: навчально-виховна робота, наукова робота та робота з підготовки науково-педагогічних та наукових кадрів, лікувальна робота, що у своєму поєднанні забезпечують передумови для гармонійного становлення і розвитку професійної особистості лікаря на етапі післядипломного навчання в умовах медичного університету.

Отже, що стосується навчально-виховної роботи, то вона передбачає [356]: підготовку лікарів-спеціалістів в інтернатурі шляхом очно-заочного навчання; підготовку та перепідготовку лікарів зі спеціальностей, що не передбачені в

інтернатурі; перепідготовку лікарів-спеціалістів з метою набуття іншої базової спеціальності; організацію і забезпечення систематичного підвищення кваліфікації та удосконалення професійних знань і навиків керівниками і спеціалістами закладів охорони здоров'я, шляхом підвищення кваліфікації на циклах тематичного удосконалення тощо; підготовку лікарів-спеціалістів другої, першої і вищої категорій за комплексними програмами підвищення кваліфікації на передатестаційних циклах та проведення атестаційних іспитів; підвищення кваліфікації та удосконалення професійних знань і навиків молодших медичних спеціалістів, бакалаврів та магістрів медсестринства за відповідними комплексними програмами підготовки; розробку навчальних планів і програм, навчально-методичних матеріалів; педагогічну підготовку керівників інтернів і спеціалістів, які залучаються до педагогічного процесу на базах закладів охорони здоров'я; консультативну допомогу органам охорони здоров'я з питань обліку, визначення потреби та організації післядипломного навчання керівних працівників і спеціалістів закладів охорони здоров'я; виховну роботу серед суб'єктів навчання інституту, основною метою якого є підготовка висококваліфікованих фахівців з інтелектуальним, моральним, духовним, естетичним, патріотичним розвитком особистості; організацію та методичне забезпечення навчального процесу на кафедрах; проведення виробничих нарад з відповідальними за навчальну роботу на кафедрах з питань контролю та організації навчального процесу; підвищення кваліфікації науково-педагогічних кадрів, встановлення творчих зв'язків з кафедрами інших закладів вищої освіти, науково-дослідними установами; вивчення, підсумовування досвіду роботи кращих викладачів; надання допомоги молодим викладачам в оволодінні педагогічною майстерністю, основами наукових досліджень; контрольне відвідування кафедр з метою перевірки їх готовності до навчального року, заключної атестації, тощо; аналіз успішності лікарів-інтернів та слухачів курсів; індивідуальну роботу із лікарями-інтернами та слухачами, які мають академічну заборгованість; організацію свят та урочистостей, оглядів-конкурсів художньої самодіяльності участь в організації і проведенні спортивно-масової роботи.



Рис. 4.1. Взаємодія кафедр, організаційно підпорядкованих навчально-науковому інституту післядипломної освіти та інших кафедр медичного закладу вищої освіти в післядипломній освіті лікарів [Джерело: власне опрацювання]

Що стосується наукової роботи та роботи з підготовки науково-педагогічних та наукових кадрів навчально-науковим інститутом післядипломної освіти, то зокрема передбачено наступне: виконання конкурсних, ініціативних, господарсько-договірних та міжнародних науково-дослідних робіт; підготовку науково-педагогічних та наукових кадрів шляхом виконання кандидатських та докторських дисертаційних робіт; офіційне опонування співробітниками інституту, рецензування дисертації на попередньому розгляді, складання відгуків на автореферати; видання монографій, публікація статей в журналах, збірниках наукових праць та доповіді результатів науково-дослідної роботи на наукових і науково-практичних форумах; оформлення винахідницької діяльності шляхом отримання патентів України на винахід, патентів України на корисну модель, авторських свідоцтв, нововведень в галузевий Реєстр, раціоналізаторських пропозицій; проведення клінічних або доклінічних випробувань лікарських засобів; видання методичних рекомендацій, інформаційних листів про нововведення в системі охорони здоров'я; організацію науково-практичних конференцій, конгресів, симпозіумів, професійних олімпіад; роботу співробітників інституту у складі експертних та проблемних комісій міністерств та відомств, наукових комісій та вчених рад медичного університету; підготовку інтернів та слухачів до наукової роботи через наукові гуртки.

Що стосується лікувальної роботи, то вона має здійснюватись навчально-науковим інститутом післядипломної освіти за такими напрямками, як: надання лікувально-профілактичної допомоги населенню кафедрами, що входять до складу інституту; розробка та впровадження нових медичних технологій, клінічних рекомендацій, стандартів надання медичної допомоги населенню; проведення контролю за якістю надання медичної допомоги хворим на клінічних базах кафедр інституту; встановлення ділових контактів з керівниками закладів охорони здоров'я клінічних баз інституту; вивчення та поширення досвіду лікувально-діагностичної роботи кафедр з орієнтацією на пріоритетні напрями медичних наукових досліджень, впровадження конкурентоспроможних медичних технологій шляхом обговорення на засіданнях вченої ради інституту, комісії з лікувально-профілактичної роботи; заохочення провідних фахівців органів

управління охорони здоров'я та закладів до профорієнтаційної роботи, педагогічної роботи, роботи в комісіях з заключної атестації; участь у науково-практичних конференціях, методичних радах з питань лікувально-діагностичної роботи; організація і проведення заходів щодо санітарно-гігієнічного виховання населення та формування здорового способу життя.

Таким чином, ми бачимо, що діяльність навчально-наукового інституту післядипломної освіти має бути спрямована на реалізацію чотирьох основних векторів діяльності, зокрема навчально-виховного, наукового, кадрового та лікувально-профілактичного, як таких, що створюватимуть гармонійні передумови для професійного становлення та розвитку лікарів.

Необхідно зазначити, що з метою якісної реалізації різноманітних функцій та завдань навчально-наукового інституту післядипломної освіти його організаційно-управлінська структура має бути побудована з урахуванням особливостей та специфіки багатовекторної діяльності щодо професійного становлення та розвитку лікарів, у тому числі щодо професіоналізму науково-педагогічних працівників.

Саме тому, з метою ефективної реалізації завдань та повноважень навчально-науковим інститутом післядипломної освіти його організаційно-управлінська структура (рис. 4.2) була визначена виходячи з таких основних векторів його діяльності, як:

- післядипломна освіта, що передбачає здобуття кваліфікації (первинна спеціалізація (інтернатура) та вторинна спеціалізація);
- неперервний професійний розвиток лікарів (підвищення кваліфікації за різними формами);
- неперервний професійний розвиток науково-педагогічних співробітників, як провайдерів якісної медичної освіти (підвищення кваліфікації викладачів).

Таким чином, у структурі навчально-наукового інституту післядипломної освіти нами було виокремлено такі підрозділи, як навчально-методична лабораторія, а також центр підвищення кваліфікації, які виконують організаційно-управлінські функції щодо забезпечення процесів професійного становлення та

розвитку лікарів в умовах медичного університету шляхом координації роботи кафедр та інших структурних підрозділів, що безпосередньо здійснюють підготовку лікарів.

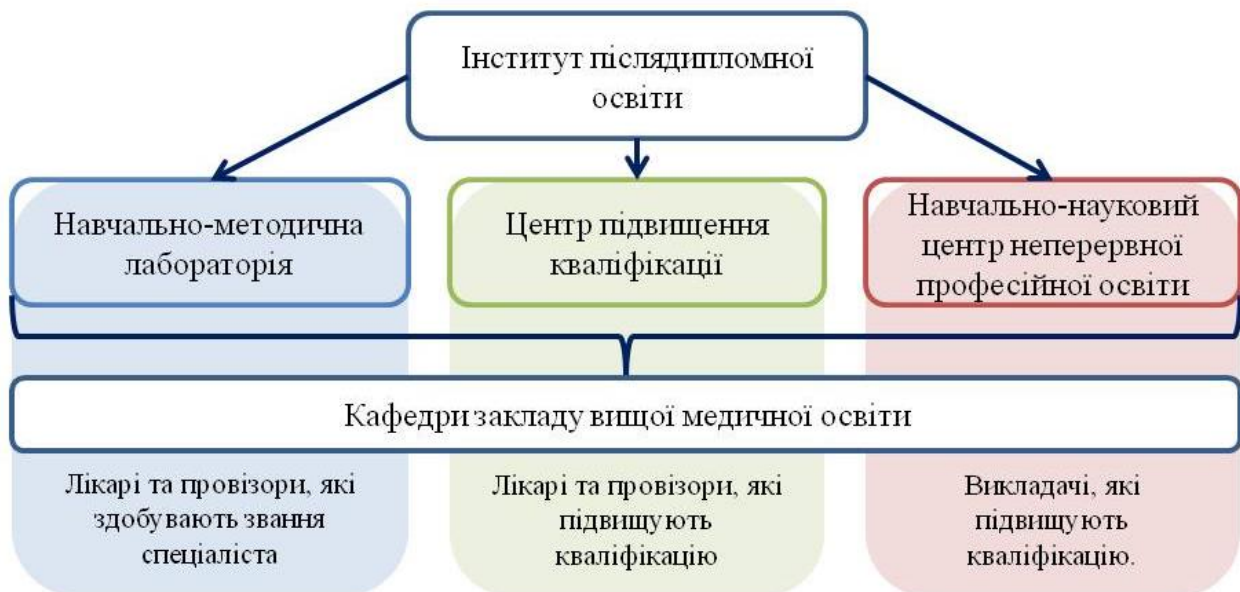


Рис. 4.2 Організаційно-управлінська структура інституту післядипломної освіти

[Джерело: власне опрацювання]

Так, діяльність навчально-методичної лабораторії навчально-наукового інституту післядипломної освіти (див. додаток Ж) спрямована на забезпечення виконання таких функцій, як: організація навчально-методичного забезпечення підготовки лікарів та провізорів в інтернатурі; організація навчально-методичного забезпечення підготовки лікарів на етапі спеціалізації; координація розробки навчально-методичних матеріалів на кафедрах інституту; вивчення, узагальнення та популяризація передового досвіду навчальної і навчально-методичної роботи інститутів, факультетів і кафедр вітчизняних та зарубіжних закладів вищої освіти; надання консультативної допомоги керівникам інтернатури і спеціалістам, які залучаються до процесу підготовки інтернів на базах закладів охорони здоров'я; надання консультативної допомоги закладам охорони здоров'я з питань обліку, визначення потреби та організації післядипломного навчання; проведення виховної роботи серед суб'єктів навчання інституту; контрольне відвідування кафедр з метою перевірки їх готовності до навчального року, заключної атестації, тощо; аналіз поточної та атестаційної успішності лікарів (провізорів)-інтернів; визначення можливості відпрацювання занять, пропущених інтернами у

відповідності з причиною пропусків; організація підготовки до складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3», зокрема проведення пілотних тестувань.

Що стосується основних функцій центру підвищення кваліфікації (див. додаток З), то до них належать: організація і забезпечення ефективної системи непевного професійного розвитку фахівців охорони здоров'я, зокрема шляхом підвищення кваліфікації та удосконалення професійних знань і навиків керівниками і спеціалістами закладів охорони здоров'я; організація підготовки лікарів (провізорів)-спеціалістів другої, першої і вищої категорій за комплексними програмами підвищення кваліфікації на передатестаційних циклах та проведення атестаційних іспитів; надання консультативної допомоги закладам охорони здоров'я з питань обліку, визначення потреби та організації підвищення кваліфікації співробітників та оптимальних форм щодо її здійснення; організація та методичне забезпечення процесу неперервного професійного розвитку фахівців охорони здоров'я на кафедрах закладу вищої освіти.

Окремої уваги потребує інноваційний підрозділ – навчально-науковий центр неперервної професійної освіти (див. додаток И), що був вперше створений на теренах України у структурі інститут післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця шляхом реорганізації факультету підвищення кваліфікації викладачів медичних закладів вищої освіти.

Метою створення і функціонування навчально-наукового центру неперервної професійної освіти є забезпечення передумов для неперервного професійного розвитку викладачів медичних закладів вищої освіти, медичних та фармацевтичних працівників, дослідження сфери освіти як цілісного суспільного феномену, що сприяє духовному, культурному, соціально-економічному і науково-технічному функціонуванню, відтворенню і розвитку суспільства.

До основних завдань центру нами віднесено: неперервний професійний розвиток викладачів медичних закладів вищої освіти та фахівців галузі охорони здоров'я; імплементація сучасних наукових здобутків у практичну діяльність медичних закладів вищої освіти; організація та проведення психолого-педагогічних досліджень відповідно до мети діяльності; відбір методик та

розробка наукового інструментарію для проведення науково-дослідної роботи; інформаційно-методичний супровід фахівців освітньої галузі; популяризація науково-практичного досвіду власної роботи.

Варто зазначити, що одним з основоположних принципів при доборі кадрового складу навчально-наукового центру неперервної професійної освіти став принцип «рівний-рівному» [319], що у даному випадку передбачав залучення до роботи у центрі викладачів, які мають профільну медичну (фармацевтичну) освіту та пройшли курс педагогічної підготовки. Такий особовий склад науково-педагогічних співробітників є більш авторитетним для слухачів, які не є професійними педагогами за освітою, що підтверджується результатами психолого-педагогічних досліджень та опитування, проведеного нами серед курсантів – викладачів медичних закладів вищої освіти, які проходили підвищення кваліфікації [320].

Наступним важливим кроком щодо організації ефективної системи післядипломної освіти стало формування осередків неформальної освіти при медичних закладах вищої освіти, як таких, що найбільшою мірою відповідають психологічним особливостям професійного становлення лікарів на післядипломному етапі, проте все ще залишаються недостатньо вивченими та імplementованими у практику післядипломної освіти.

Відповідно до визначення Р. Даве, неперервна освіта – це процес особистого, соціального та професійного розвитку індивіда протягом його життя, здійснюваний з метою удосконалення якості життя як окремої особистості, так і суспільства. Це всеосяжна й об'єднуюча ідея, що охоплює формальне, неформальне і інформальне навчання, здійснювана з метою досягнення як найповнішого розвитку різноманітних сторін життя на різних його етапах [33, с. 34].

Зміст цих понять розкривається для нас Європейським центром розвитку професійної освіти (Cedefop) для країн Євросоюзу. Так, формальне навчання визначається ними як здійснюване в структурованому та організованому середовищі (в закладі освіти, центрі навчання або на робочому місці) і чітко позначається як навчання (з точки зору завдань, тривалості або ресурсів).

Неформальне навчання засноване на запланованій діяльності, яка явно не позначена як навчання (з точки зору завдань, тривалості навчання або підтримки тих, хто навчається), але яка містить значимий навчальний елемент, але зазвичай не завершується сертифікацією. Інформальне або спонтанне навчання є результатом повсякденної діяльності, пов'язаної з роботою, сім'єю або дозвіллям. Воно не структуроване і не організоване [34, с. 16].

Що стосується медичної освіти, то значною мірою неперервність формального навчання в Україні обумовлена існуючою нормативно-правовою базою. Так, у Законі України «Про вищу освіту» йдеться про обов'язковість інтернатури як форми первинної спеціалізації осіб за лікарськими спеціальностями для отримання кваліфікації лікаря-спеціаліста [21]. Процедура проходження лікарями атестації з метою визначення їх професійного рівня, а також відповідності кваліфікаційним вимогам і посадовим обов'язкам не рідше одного разу на п'ять років, а також порядок проходження ними обов'язкових передатестаційних циклів на базі медичних закладів вищої освіти розкрито у «Положенні про порядок проведення атестації лікарів», затвердженому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19 грудня 1997 р. №359 [144].

Однак, слід зазначити, що з урахуванням сучасних обсягів та плинності інформації нормативно обумовлене формальне навчання що п'ять років не здатне у повній мірі забезпечити потреб щодо підтримання професійної підготовки фахівців у відповідності з сучасними галузевими стандартами. Саме тому, для удосконалення професійної компетентності лікарів передбачено ряд інших видів післядипломного навчання, як то: тематичне удосконалення, курси інформації та стажування тощо [26].

Говорячи про інформальне навчання з позиції професійної компетентності лікарів, то воно розглядається нами, перш за все, як повсякденна медична практика у співпраці з колегами, що забезпечує накопичення клінічного досвіду та створює передумови для навчання на помилках [321].

Розглядаючи неформальне навчання у галузі охорони здоров'я, слід зазначити, що у цьому контексті важливим постає існуюча практика так званих «п'ятихвилинок», що здійснюється у переважній більшості лікувально-

профілактичних закладів нашої держави та реалізується у вигляді щоденних ранкових нарад під час яких черговий лікар звітує про пацієнтів, що знаходяться у відділенні та їх стан, учасниками обговорюється тактика лікування, розбираються допущені помилки тощо [321].

Проте, не зважаючи на широкий спектр освітніх можливостей, що постають перед сучасними фахівцями, проблемним залишається питання щодо відсутності належної культури самоосвіти у переважній більшості населення наслідком чого є небажання витратити власний час, кошти та зусилля на добровільне удосконалення своєї професійної кваліфікації, а відтак неможливість належної реалізації концепції неперервної освіти [322, с. 258].

Саме тому, на нашу думку, необхідним є формування культури самоосвіти у молодих лікарів за допомогою неформальної освіти, зокрема шляхом створення науково-практичних осередків молодих лікарів. Означені утворення, робота яких може здійснюватися у вигляді круглих столів, тематичних семінарів, авторських курсів, тренінгів, майстер-класів, дискусії та конференції мають забезпечити платформу для реалізації основних компонентів неперервної освіти, а саме: навчання грамотності у широкому сенсі; професійного удосконалення; загальнокультурної освіти [323].

Так, у Національному медичному університеті започатковано роботу клубу молодих лікарів імені В.Ф. Войно-Ясенецького метою створення якого є забезпечення неформальної післядипломної освіти лікарів, підвищення їх самоосвітньої культури, а також національно-патріотичне виховання молоді [321].

Слід зазначити, що назва клубу, створеного для підтримки освітніх ініціатив молодих фахівців галузі охорони здоров'я, їх цілеспрямованого тематичного удосконалення, надання можливостей для саморозвитку та обміну клінічним досвідом відображає його основну ідею, а саме – формування серед молодих лікарів прагнення до постійного розвитку та вдосконалення як у професійній, так і у інших сферах суспільного життя, адже постать лікаря-хірурга професора В.Ф. Войно-Ясенецького є однією з найбільш багатогранних на медичному небосхилі, відомою не лише на теренах нашої держави, а і далеко за її межами [321].

Так, професор Валентин Феліксович Войно-Ясенецький народився 27 квітня 1877 р. в місті Керч у сім'ї провізора третім з п'яти дітей. У 1880 р. разом з сім'єю переїхав до Києва, де успішно закінчив гімназію, а також Київське художнє училище. З 1898 по 1903 рр. навчався на медичному факультеті Київського університету святого Володимира, адже вирішивши опанувати професію «корисну для людей, які страждають» [261, с. 87]. Незабаром, після закінчення Валентином Феліксовичем університету, розпочалася російсько-японська війна, і молодий лікар, в складі Київського Червоного Хреста, виїхав на Далекий Схід, де працював завідувачем хірургічним відділенням. У 1916 р. успішно захистив докторську дисертацію на тему «Регіональна анестезія» і був нагороджений Варшавським університетом премією імені Хойнацького «За кращий твір, що прокладає нові шляхи в медицині». З 1917 р. працював головним лікарем Ташкентської міської лікарні, а також викладав в медичній школі. У 1918 р. – вперше заарештований за хибним доносом. У 1919 р. В.Ф. Войно-Ясенецький очолив кафедру оперативної хірургії і топографічної анатомії Туркестанського державного університету. У 1921 р. був рукопокладений у сан ієрея, а в 1923 р. – прийняв чернечий постриг з ім'ям євангеліста, лікаря св. Луки, незабаром хіротонізований в сан єпископа. В цьому ж році був знову заарештований за звинувачення у зв'язках з контрреволюційними козаками і англійцями. Перебуваючи в тюрмі ташкентського Державного політичного управління при Народному комісаріаті внутрішніх справ Союзу Радянських Соціалістичних Республік, закінчив свою працю «Нариси гнійної хірургії». Пізніше був засланий на Єнісей, де провів операцію з пересадки нирки теляти хворій людині, продовжував церковні служби. Початок війни застав св. Луку після трьох нових арештів на засланні в селі Велика Мурка Красноярського краю звідки у 1941 р. він був направлений головним хірургом Красноярського госпіталю, а пізніше в Тамбов, де у його підпорядкуванні перебувало 150 військових госпіталів [324, с. 25]. У 1945 р. Валентина Феліксовича удостоїли права носіння діамантового хреста на клобук, нагородили медаллю «За доблесну працю у Великій Вітчизняній війні». А в 1946 р. професор-хірург став лауреатом Сталінської премії першого ступеня за наукову розробку нових хірургічних методів лікування

гнійних захворювань і поранень, також був призначений єпископом Кримським і Сімферопольським, закінчив роботу над есе «Дух, душа і тіло». У 1958 р. професор Войно-Ясенецький повністю втратив зір. Впродовж трьох років архієпископ Лука продовжував служити у церкві, а також приймати хворих. 11 липня 1961 р. в день Всіх Святих Валентин Феліксович помер. У 1996 р. Святіший Синод Української Православної Церкви прийняв рішення про зарахування Високопреосвященного Архієпископа Луки до лику місцево шанованих святих як Святителя та сповідника віри. Враховуючи зазначене, науково-практичні осередки молодих лікарів розглядаються нами ще й як компонент виховання духовних цінностей у молодих лікарів [261].

Що стосується стратегічного планування освітньої, наукової та інноваційної діяльності, а також управління визначеними напрямками розвитку післядипломної освіти, то з цією метою в навчально-науковому інституті післядипломної освіти створюється вчена рада [21].

Вчена рада навчально-наукового інституту є колегіальним органом, до складу якого за посадами входять керівник інституту та його заступники, а також виборні представники з числа наукових, науково-педагогічних працівників, які обираються з числа завідувачів кафедр, професорів, докторів філософії, докторів наук, а також осіб які навчаються [21].

Виборні представники до складу вченої ради обираються вищим колегіальним органом громадського самоврядування навчально-наукового інституту післядипломної освіти – зборами трудового колективу навчально-наукового інституту, на яких повинні бути представлені всі категорії працівників навчально-наукового інституту та виборні представники з числа осіб, які навчаються у навчально-науковому інституті. При цьому не менш як 75 % складу делегатів виборного органу повинні становити наукові та науково-педагогічні працівники навчально-наукового інституту і не менш як 15 % – виборні представники з числа осіб, навчаються та були обрані шляхом прямих таємних виборів [21].

Для підвищення ефективності роботи вченої ради навчально-наукового інституту у її складі, відповідно до основних напрямів роботи інституту,

створюються комісії з навчально-методичної, наукової, лікувальної, міжнародної, кадрової та інформаційної робіт.

Вчена рада навчально-наукового інституту післядипломної освіти здійснює свою діяльність відповідно до затвердженого річного плану роботи за такими напрямками [21]:

- визначає стратегію і перспективні напрями розвитку освітньої, наукової та інноваційної діяльності післядипломної освіти;
- розробляє і подає до вченої ради закладу вищої освіти проект положення навчально-наукового інституту, а також рішення про внесення змін і доповнень до нього;
- розробляє план реалізації процедур внутрішнього забезпечення якості післядипломної освіти;
- розглядає для подальшого винесення на засідання вченої ради закладу вищої освіти подання про утворення, реорганізацію та ліквідацію структурних підрозділів навчально-наукового інституту післядипломної освіти;
- обирає за конкурсом таємним голосуванням на посади доцентів, старших викладачів, викладачів та асистентів;
- затверджує навчальні плани та програми післядипломної освіти;
- оцінює науково-педагогічну діяльність структурних підрозділів, організаційно підпорядкованих навчально-науковому інституту післядипломної освіти;
- розглядає інші питання діяльності навчально-наукового інституту післядипломної освіти, передбачені установчими документами.

Також, з метою оптимізації освітнього процесу, його навчально-методичного забезпечення, спрямованих на підвищення ефективності та якості післядипломної освіти й удосконалення освітнього процесу з урахуванням провідного світового та вітчизняного досвіду, провідних світових стандартів післядипломної освіти, інноваційних технологій навчання, а також забезпечення злагодженої роботи структурних підрозділів закладу вищої освіти щодо методичної роботи на етапі післядипломної освіти в навчально-науковому

інституті післядипломної освіти функціонує постійно діюча методична комісія з післядипломної освіти.

Постійно діюча методична комісія з післядипломної освіти є колегіальним дорадчо-консультативним експертним органом з питань післядипломної освіти по відношенню до навчально-наукового інституту післядипломної освіти, а також інших структурних підрозділів закладу вищої освіти, які реалізують програми післядипломного навчання.

До основних завдань постійно діючої комісії з післядипломної освіти належать [325]:

- удосконалення змісту післядипломної освіти, організації та технологічного забезпечення освітнього процесу з урахуванням тенденцій розвитку національної системи освіти;
- координація навчальної та методичної роботи з питань післядипломної освіти кафедр та інших структурних підрозділів, залучених до реалізації програм післядипломної підготовки;
- експертна оцінка навчальних планів та програм післядипломної освіти, інноваційних методик, передових освітніх та нових інформаційних технологій післядипломного навчання.

Окрім цього, важливим, на нашу думку, є створення у структурі навчально-наукового інституту післядипломної освіти робочої групи з забезпечення моніторингу якості післядипломної освіти діяльність якої спрямована на удосконалення та забезпечення ефективного функціонування системи управління якістю післядипломної освіти.

Діяльність робочої групи з забезпечення моніторингу якості післядипломної освіти здійснюється у вигляді планових перевірок не рідше одного разу на місяць відповідно до затвердженого графіку та типового алгоритму. Так, зокрема типовий алгоритм проведення моніторингу якості післядипломної освіти у медичному закладі вищої освіти передбачає:

- перевірку наявності установчих і супровідних документів щодо організації та забезпечення післядипломної освіти;

- контроль виконання педагогічного навантаження викладачами кафедри, які здійснюють викладання за програмами післядипломної освіти та вимог навчального плану та програми здобувачами послуг післядипломної освіти (інтерни, курсанти, клінічні ординатори);
- аналіз навчально-методичного супроводу програм післядипломної освіти;
- спілкування з здобувачами послуг післядипломної освіти;
- протоколювання результатів моніторингу; формулювання висновків, зауважень та побажань щодо удосконалення процесу забезпечення якості післядипломної підготовки.

Необхідно зазначити, що на нашу думку, створення робочої групи з забезпечення моніторингу якості післядипломної освіти як постійного дорадчого органу у структурі навчально-наукового інституту післядипломної освіти є важливим кроком у напрямку реалізації стратегічних завдань щодо ефективного запровадження та функціонування системи управління якістю у закладі вищої освіти. Так, зокрема робота зазначеної комісії сприяє налагодженню таких процесів управління якістю, як: виявлення невідповідностей і здійснення корегуючих заходів; управління ризиками; стратегічне планування.

Означені процесі розглядаються нами як складові реалізації стандарту управління якістю згідно з вимогами процесного менеджменту ISO 9001 [326], що зокрема передбачає опис основних процесів, створення детальної настанову з якості, визначення співробітників, відповідальних за процеси у кожному структурному підрозділі.

В разі виникнення необхідності змін до описаного алгоритму роботи проводиться громадське обговорення таких змін та їх затвердження на засіданнях вченої ради навчально-наукового інституту післядипломної освіти.

Невід'ємним у даному контексті та в умовах демократизації суспільства, переходу на ринкову економіку, підвищення вимог щодо стандартів надання послуг населенню нашої держави є питання щодо встановлення зворотного зв'язку зі споживачами послуг післядипломної освіти, що зокрема відображено у Міжнародному стандарті системи менеджменту якості ISO 9001 [326].

Зв'язок із споживачем визначається окремою вимогою до послуг відповідно до Міжнародного стандарту системи менеджменту якості ISO 9001. Стандартом передбачено, що комунікація зі споживачем серед іншого має включати: забезпечення його інформацією, що стосується освітньої послуги, а також отримання думок та відгуків користувачів, щодо послуг, у тому числі, вивчення претензій [326].

З урахуванням особливостей медичної освіти, зокрема обов'язковістю післядипломного етапу навчання, що передбачає професійне становлення в інтернатурі та розвиток дорослих дипломованих лікарів нами було визначено необхідність удосконалення системи реалізації програм зворотного зв'язку зі споживачами послуг післядипломної освіти, з урахуванням сучасних тенденцій щодо диджиталізації освіти та здійснювати його у дистанційному форматі.

Отже ми можемо констатувати різноманітність та широту організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, що може бути узагальнено схематично (рис. 4.3).



Рис. 4.3. Організаційно-методичні засади післядипломної освіти в умовах медичного університету [Джерело: власне опрацювання]

Таким чином організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету передбачають наявність організаційно-управлінської структури – навчально-наукового інституту післядипломної освіти, що містить основні (кафедри) та додаткові структурні підрозділи (навчально-методична лабораторія, центр підвищення кваліфікації, навчально-науковий центр неперервної професійної освіти), а також самоврядні органи (збори трудового колективу, вчену раду, постійно діючу методичну комісію з післядипломної освіти, робочу групу з моніторингу якості післядипломної освіти), які покликані забезпечити ефективну взаємодію між суб'єктами післядипломної медичної освіти (здобувачі післядипломної освіти, науково-педагогічні працівники, медичний персонал).

4.2. Відбір і удосконалення змісту післядипломної освіти відповідно до моделей післядипломної освіти лікарів

Відповідно до Державної національної програми «Освіта» («Україна XXI століття») перегляд та оновлення змісту освіти, зокрема шляхом його приведення у відповідність до сучасних особистих, суспільних і державних потреб є визначальними складовими реформування освіти [327].

Зміст, як філософська категорія, є визначальною стороною цілого, сукупність частин (елементів) предмету [107, с. 1246].

На думку О.Я. Савченко зміст є історичною категорією, що визначає модель суспільних вимог до підготовки людських поколінь [328, с. 39].

М.Д. Ярмаченко зміст освіти визначає як систему знань про навколишній світ, сучасне виробництво, культуру та мистецтво, узагальнені інтелектуальні та теоретичні уміння, навички творчого розв'язання практичних і теоретичних проблем [329, с. 243].

Як зазначає С.С. Вітвицька зміст освіти відображає певний обсяг і характер світоглядних і морально-етичних ідей, якими повинен оволодіти студент у процесі навчання [330, с. 79].

Ми поділяємо точку зору Я.В. Цехмістера, який у своєму дослідженні зазначає, що під змістом сучасної медичної освіти ми розуміємо обсяг і характер систематизованих знань, практичних навичок і умінь, які опановує людина у процесі навчання і самоосвіти [29, с. 286].

На думку О.Б. Кобзаря зміст навчання у вищій медичній школі визначається з огляду на мету, завдання і відповідні вимоги, що висувуються до цього ступеня і виду навчання [331, с. 17].

Аналізуючи принципи відбору змісту з метою удосконалення післядипломної освіти лікарів, увагу привертає наукове узагальнення низки теоретичних концепцій щодо обґрунтування та конструювання змісту освіти, а саме [177, с. 266]:

- енциклопедична, яка спирається на твердження, що глибина розуміння дійсності залежить лише від кількості знань (Я.А. Коменський);
- дидактично-формалізована, згідно з якою виняткове значення у змісті освіти належить гармонійному розвитку особистості (Й.Г. Песталоцці, В.А. Дістервег);
- утилітаристська, яка стверджує, що основним джерелом формування змісту освіти є суспільний досвід, накопичений людством за весь період його розвитку, причому досвід педагогічно інтерпретований (Д. Дьюї за доповненням А. Фребеля та Г. Шарелмана).

Серед сучасних підходів до розробки змісту освіти виділяють [29, с. 267]:

- соціально-детермінований, як такий, що пріоритетним визначає суспільний досвід, а також процес його передачі особам, які навчаються (І.К. Журавльов, Л.Я. Зоріна, В.В. Краєвський та інші);
- особистісно орієнтований, як такий, що передбачає першочерговий всебічний гармонійний розвиток особистості (В.С. Ледньов, В. Оконь та інші).

Таким чином, при формуванні змісту медичної освіти мають бути враховані такі аспекти, як [29, с. 286]:

- поглиблене вивчення наукових основ обраної лікарської спеціальності;
- формування спеціальних професійних лікарських навичок і вмінь;
- розвиток особистих рис і якостей, необхідних для професійної діяльності лікаря.

Варто зазначити, що представлені характеристики змісту медичної освіти корелюють із визначеною нами раніше системою компетентностей лікаря та обов'язково мають бути враховані при конструюванні змісту післядипломної освіти на кожному з її етапів.

Отже, при конструюванні змісту післядипломної освіти нами були враховані особливості щодо програм післядипломного навчання, зокрема щодо їх мети та завдань, а також системи компетентностей лікаря, які мають бути сформовані або розвинуті у процесі післядипломного навчання.

Перш за все, вважаємо за доцільне розглянути зміст професійної підготовки лікарів на етапі первинної спеціалізації в інтернатурі, адже саме інтернатура є обов'язковим етапом післядипломної освіти для всіх лікарів не залежно від обраної спеціальності та спрямована на формування готовності фахівця до самостійної медичної практики [18].

Перш за все, необхідно зазначити, що при модернізації змісту післядипломної освіти надзвичайно актуальним залишається питання підтримання мотивації здобувачів післядипломної освіти на високому рівні. На додипломному етапі у вирішенні даного питання значною мірою сприяє конкурентність умов при вступі та наявність системи оцінювання студентів на кожному занятті, у той час як оцінювання здобувачів післядипломної освіти передбачено лише у вигляді піврічної, річної та підсумкової атестацій.

Саме тому, з метою підвищення рівня мотивованості здобувачів післядипломної освіти до щоденного наполегливого навчання, зокрема це стосується лікарів-інтернів, як таких, які частіше одразу після студентських років ще не завжди повною мірою усвідомлюють свою відповідальність за результати професійної підготовки, а також у зв'язку із зниженням оціночного контролю у

порівнянні з студентськими роками починають менше час приділяти професійному зростанню.

Тож з метою формування конкурентного середовища, підтримання високого рівня мотивації до навчання, виявлення професійних здібностей та нахилів вступників до інтернатури нами було запроваджено систему конкурсного відбору при вступі до інтернатури шляхом проведення вступних співбесід з урахуванням профілю підготовки в інтернатурі: акушерсько-гінекологічний, медико-профілактичний, медико-психологічний, педіатричний, стоматологічний, терапевтичний, фармацевтичний, хірургічний.

На навчання в інтернатурі зараховуються випускники медичних закладів освіти України, які успішно виконали вимоги освітньої чи наукової програми на другому (магістерському) рівні вищої освіти, що посвідчує відповідний диплом про вищу освіту [18].

Співбесіда з дисципліни проводиться членом комісії окремо з кожною особою, яка вступає на навчання в інтернатурі на умовах контракту. У разі потреби, головою предметної комісії може бути організовано комісійний прийом співбесіди. Під час співбесіди члени відповідної комісії відмічають правильність відповідей в аркуші співбесіди (усної відповіді), який по закінченню співбесіди підписується вступником та членом комісії. Інформація про результати співбесіди в усній формі оголошується особі, яка вступає на навчання в інтернатурі в день її проведення.

Таким чином, запровадження конкурсного відбору (див. додаток І) щодо осіб, які вступають на навчання в інтернатурі першочергово розглядається нами як фактор їх мотивації шляхом створення конкурентних умов для вступу, зокрема на так звані «вузькі» спеціальності кількість місць для підготовки за якими є досить обмеженою.

Окрім цього необхідно звернути увагу, що сьогодні навчальні плани та програми підготовки лікарів в інтернатурі організовані вузькотематичними блоками, що не відображають взаємну інтеграцію знань та умінь при вирішенні конкретної клінічної ситуації. Відповідно, заключним результатом підготовки

спеціалістів є засвоєння переліку знань та опанування ряду вмінь, що варіюють з урахуванням професійних особливостей кожної лікарської спеціальності.

На нашу думку, такий стан речей не забезпечує формування у лікарів так званого «клінічного мислення», що передбачає здатність до надання кваліфікованої допомоги пацієнтам у реальних умовах із застосуванням раніше здобутих знань та умінь.

Відповідно, навчальні плани та програми підготовки лікарів мають бути структуровані з урахуванням бажаного результату навчання, а саме здатності забезпечувати адекватну медичну допомогу.

Саме тому, вважаємо, що у якості кінцевих цілей у навчальних планах та програмах післядипломної освіти, зокрема інтернатури має бути закладена система компетентностей, необхідна для ефективного виконання професійних обов'язків лікарем певної спеціальності.

Як вже було зазначено у попередніх розділах, система компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, на нашу думку має складатися із соціально-особистісної, загальнопрофесійної та професійно-спеціалізованої компетентностей, кожна з яких має бути успішно сформована у лікаря після завершення навчання в інтернатурі та здобуття звання лікаря-спеціаліста та є передумовою для провадження молодим лікарем ефективної кваліфікованої медичної практики.

З огляду на зазначене, необхідним є перегляд змісту підготовки в інтернатурі, адже формування певних, зокрема професійно-спеціалізованої компетентності потребує міждисциплінарної інтеграції. Так, при формуванні у лікарів за спеціальністю «Медицина невідкладних станів» компетентності щодо надання первинної допомоги пацієнту з порушеною свідомістю необхідним є отримання спеціальної інформації з таких дисциплін, як: неврологія, токсикологія, анестезіологія та клінічна фармакологія, що сьогодні є розосередженими по різних програмним розділам упродовж дев'яти місяців очної частини навчання. Однак, варто зауважити, що така послідовність висвітлення інформації не забезпечує комплексного сприйняття проблеми, як цілісного явища, що розглядається з різних аспектів.

Отже, при реструктуризації навчальних планів та програм підготовки фахівців в інтернатурі виокремленні розділи мають корелювати з професійно-спеціалізованою компетентністю системи компетентностей лікаря та відповідно об'єднувати необхідну кількість аудиторних занять з різних дисциплін.

Однак, враховуючи значну варіативність компонентів професійно-спеціалізованої компетентності, що визначаються спеціалізацією лікаря, та відповідно відсутність можливості щодо детального вивчення кожного компоненту з можливих комбінацій, а також з огляду на той факт, що соціально-особистісна компетентність на етапі післядипломної освіти вже є сформованою та перебуває виключно на стадії розвитку, нами було вирішено приділити основну увагу оновленню змісту формування загальнопрофесійної компетентності лікаря з урахуванням сучасних суспільних, економічних та інформаційних світових тенденцій.

Виходячи з того, що загальнопрофесійна компетентність системи компетентностей лікаря на етапі післядипломного навчання передбачає як формування та і розвиток окремих її складових, нами було прийнято рішення приділити увагу саме тим її компонентам які значною мірою формуються саме на етапі післядипломної освіти. До таких компонентів нами було віднесено: клініко-фармацевтичний, медико-правовий, медико-соціальний, деонтологічний, а також компонент щодо надання першої долікарської допомоги.

Можливо наша позиція щодо формування згаданих вище компонентів саме на післядипломному етапі може викликати дискусію, однак, аналізуючи сучасний стан сформованості означених компонентів загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря ми можемо зробити висновок, що не дивлячись знання, які стосуються кожного із зазначених компонентів, здобуті на етапі додипломного навчання більшість лікарів під час первинної спеціалізації в інтернатурі не здатні до їх практичної імплементації нарікаючи на відірваність вивчених теоретичних положень від реальної клінічної діяльності. Саме тому, нами було прийнято рішення щодо розробки та впровадження окремих спеціалізованих курсів, що будуть доступними як для лікарів-інтернів та і для

лікарів-спеціалістів та будуть спрямовані саме на здобуття ними досвіду застосування раніше здобутих та нових знань у своїй професійній діяльності.

Як вже зазначалось раніше, реалізація програм підготовки лікарів-інтернів здійснюється в очно-заочному форматі, що полягає в черговості теоретичної та практичної частин підготовки [18]. Що стосується теоретичної підготовки під час очної частини навчання то вона здійснюється виключно на кафедрах медичного університету та передбачає засвоєння матеріалу із розділу «Профільна підготовка», а також вивчення суміжних дисциплін. Профільна підготовка орієнтована на опанування спеціалізованої інформації, що визначається з урахуванням спеціальності підготовки в інтернатурі, у той час, як суміжні дисципліни мають на меті повторення та більш практично орієнтоване вивчення інформації, необхідної кожному лікарю не залежно від його спеціалізації.

Однією з таких суміжних дисциплін є «Клінічна фармакологія», що відповідно до навчальних планів та програм інтернатури передбачена для вивчення лікарями-інтернами всіх спеціальностей. Зазначений курс розрахований на 6 аудиторних годин лекційних занять та полягає у повторенні інформації, здобутої під час додипломного вивчення дисципліни «Клінічна фармакологія».

Варто зазначити, що така структура вивчення зазначеної дисципліни не забезпечує її інтеграції до професійної діяльності спеціаліста, саме тому, з огляду на часові межі, визначені навчальним планом та програмою підготовки в інтернатурі, щодо вивчення клінічної фармакології нами було прийнято рішення стосовно перегляду зміст даної суміжної дисципліни.

Аналізуючи практику післядипломної підготовки лікарів у розвинутих країнах світу нашу увагу привернув той факт, що на сьогодні існує багато курсів з «Клінічної фармації», зокрема у дистанційному форматі, як таких, що безпосередньо спрямовані на удосконалення професійної практичної підготовки лікарів до здійснення їх щоденної клінічної практики.

Таким чином виникає необхідність щодо розмежування понять «клінічна фармакологія» та «клінічна фармація» та визначення їх місця на етапі післядипломної підготовки лікарів.

Так, клінічна фармакологія це галузь фармакології, що вивчає вплив лікарських препаратів на організм здорової та хворої людини (ВООЗ, 1971) та відіграє провідну роль у розробці нових лікарських засобів [224, с. 239].

Що стосується клінічної фармації, то вона займається вивченням коректного застосування лікарських засобів, зокрема з метою уникнення випадків поліпрагмазії, підбору індивідуальних доз та, у разі потреби, розробки схем персоналізованого лікування [332].

З огляду на зазначене, зрозумілим виглядає поширеність у розвинутих країнах курсів післядипломної підготовки саме з клінічної фармації, адже на відміну від фундаментальної науки «Клінічна фармакологія», що вивчає механізми взаємодії ліків з організмом та між собою на рівні молекул та рецепторів, клінічна фармація є більш практично зорієнтованою та такою, що є необхідною у щоденній практиці лікаря не залежно від його спеціалізації для здійснення ним ефективної, безпечної та раціональної фармакотерапії, а також забезпечення фармацевтичної опіки пацієнтів.

Тож враховуючи зазначене та з огляду на практичну спрямованість післядипломної підготовки лікарів, зокрема на етапі їх первинної спеціалізації в інтернатурі, виходячи з часових обмежень вивчення суміжних дисциплін, що є абсолютно недостатнім навіть для повторення раніше здобутих знань із такого широкого за своїм зміст предмету як «Клінічна фармакологія», а також з метою оптимізації підготовки лікарів-інтернів під час вивчення суміжних дисциплін нами було прийнято рішення щодо розробки та запровадження *дистанційного курсу «Клінічна фармація для лікарів»*, який також може бути вивчений як самостійний курс самоосвіти для лікарів-спеціалістів, що потребують додаткової інформації з даного напрямку.

За своєю тривалістю курс розрахований на 6 академічних годин, структурно складається з:

- завдань для вхідного тестового контролю; глосарію, у якому представлені основні поняття та терміни, що розглядаються під час курсу;
- лекційного матеріалу, у вигляді відео та презентацій;

- тестових завдань для поточного контролю засвоєння знань після перегляду матеріалу лекцій;
- форуму для професійного обговорення;
- завдань для підсумкового тестового контролю.

Що стосується змістового наповнення, то під час курсу розглядаються такі тематичні розділи, як:

- загальне та особливе у призначенні лікарських засобів;
- взаємодія ліків;
- побічні реакції від застосування ліків: попередження та мінімізація;
- попередження випадків розвитку резистентності до лікарських засобів;
- особливості застосування ліків при фізіологічних та патологічних змінах в організмі;
- фармацевтична опіка пацієнтів.

Таким чином, на нашу думку, запровадження курсу «Клінічна фармація для лікарів» сприятиме вирішенню такого важливого завдання як формування клініко-фармацевтичного компоненту загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, необхідної для забезпечення лікарями ефективною, безпечною та раціональною фармакотерапією для населення, а також здійснення ними фармацевтичної опіки стосовно пацієнтів.

Наступним серед елементів післядипломної підготовки лікарів, що на нашу думку, потребує удосконалення є їх медико-правова підготовка.

Однією з цілей, що закріплена у програмі дій Організації Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (ЮНЕСКО) Освіта 2030 визначено необхідність здобуття, знань та навичок, що потрібні для забезпечення сталого розвитку суспільства, формування свідомого способу життя, дотримання прав людини, гендерної рівності, формування культури миру та гуманності, зокрема шляхом забезпечення освіти для сталого розвитку (education for sustainable development) [333, с. 47].

Зміст такої освіти має бути релевантним потребам сучасного суспільства з акцентами як на когнітивні так і на некогнітивні аспекти навчання. Так, саме за

допомогою програм освіти для сталого розвитку, що включає у себе глобальну громадянську освіту з питань миру, прав людини, а також міжкультурних та міжнародних відносин має забезпечуватись потреба населення у знаннях, навичках, цінностях та ставленні, що є необхідними для прийняття обґрунтованих рішень та активної участі у розв'язанні як місцевих так і глобальних проблем сучасності [333, с. 48].

Означені положення набувають особливого значення з огляду на характеристики медичної професії, що пов'язана з широким спектром суспільних відносин, обумовлених взаємодією з пацієнтами, їх родичами, державними органами та іншими структурами, що відповідно потребує наявності достатніх знань з не медичних напрямів, зокрема різних галузей права. Адже, охорона здоров'я, як одна з найбільш суспільно значущих сфер діяльності, пов'язана із виникненням специфічних правових відносин, що врегульовуються нормативно-правовими актами [221].

Так, Конституція України проголошує життя та здоров'я людини найвищою соціальною цінністю [123]. Зміст права на життя та права на здоров'я конкретизуються у ст. 281 Цивільного кодексу України, однак вказана норма не містить визначення зазначених понять [334]. Також не розкритими залишаються зміст права на медичну допомогу, права пацієнта, права та обов'язки лікаря тощо.

Відповідно до визначення Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» поняття охорона здоров'я розкривається як система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя [25].

Таким чином, ми бачимо, що для розуміння правових механізмів охорони здоров'я необхідним постає послідовне ознайомлення з чисельними різногалузевими нормативно-правовими актами, що врегульовують взаємовідносини пов'язані з життям та здоров'ям населення.

Сьогодні в Україні та світі як окрема правова галузь існує медичне право, що розглядається як комплексна система взаємовідносин, пов'язаних з організацією надання медичної допомоги, здійсненням діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, а також у процесі контролю якості медичних послуг, що надаються. Предметом медичного права є врегулювання суспільних відносин, що виникають під час здійснення медичної діяльності [335, с. 120].

Проте, слід зазначити, що відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. №266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти» медичне право не виокремлюється як найменування окремої спеціальності за жодною з 29 існуючих галузей знань, зокрема це стосується й таких галузей, як 08 «Право» та 22 «Охорона здоров'я» [336].

У той же час, контентний аналіз навчальних програм з підготовки магістрів у закладах вищої освіти за кордоном демонструє, що медичне право існує у якості окремої спеціальності за якою здійснюється підготовка магістрів у багатьох навчальних закладах Великої Британії, Німеччини, Сполучених Штатів Америки тощо [221].

У якості основної аудиторії користувачів медичного права необхідно визначити фахівців галузі охорони здоров'я та правозахисників, що працюють у цій сфері. Відтак, на нашу думку, закономірним постає питання щодо існуючої системи підготовки фахівців, компетентних з питань медичного права в Україні [337].

Сьогодні правова підготовка населення здійснюється на етапах здобуття повної загальної середньої освіти, а також вищої освіти.

Під час навчання у закладі середньої освіти «Основи правознавства» як предмет вивчається учнями дев'ятого класу в обсязі 35 годин, та учнями десятого класу дисципліна «Правознавство» вивчається впродовж 35 годин. У випадку навчання у закладі середньої освіти за суспільно-гуманітарним напрямом, програма з дисципліни «Правознавство» за профільним рівнем вивчається впродовж двох років (10-11 класи) та розрахована на 96 годин [338].

У закладах вищої освіти програма правової підготовки різниться залежно від освітнього напрямку та спеціальності навчання. Так, у медичних закладах вищої освіти відповідно до примірного навчального плану підготовки магістрів за спеціальністю 222 «Медицина» навчання майбутніх медиків правовим основам здійснюється на четвертому році підготовки під час курсу «Медичне право України», що включений до дисципліни «Судова медицина. Медичне право України» та передбачає обсяг навчального навантаження у 1,5 кредити (45 годин, з них 20 – аудиторних) [221].

Однак, з урахуванням сучасних особливостей провадження медичної діяльності, на нашу думку, такий обсяг правової підготовки є недостатнім та потребує розширення. Зокрема обов'язковим у процесі підготовки майбутніх лікарів є ознайомлення з такими питаннями як [339, с. 2]:

- юридична регламентація медичної діяльності;
- правові засади регламентації охорони здоров'я в Україні;
- права людини у сфері охорони здоров'я;
- права пацієнтів;
- права лікарів;
- лікарська таємниця;
- юридична відповідальність медичних працівників за професійні правопорушення;
- правове регулювання медичних експертиз;
- правове регулювання трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів;
- правове регулювання застосування репродуктивних технологій;
- правове регулювання надання психіатричної допомоги;
- правове регулювання медичних експериментів;
- правова кваліфікація дефектів надання медичної допомоги;
- правова регламентація обігу лікарських засобів тощо.

Варто зауважити, що глибоке розуміння сутності представлених питань можливе лише при умові ознайомлення з загальними основами цивільного, кримінального, адміністративного, трудового, соціального та іншого

законодавства, адже медичне право як галузь є комплексною та такою, що тісно взаємопов'язана з іншими галузями правової науки [221].

Тож враховуючи зазначене, результати проведеного нами опитування, а також відповідно до указу Президента України від 14 листопада 2017 р. № 361/2017 2018 рік оголошено в Україні роком реалізації просвітницького проекту «Я маю право!», який розроблено з метою підвищення рівня правової культури та свідомості в суспільстві, поширення юридичних знань щодо правових гарантій у різних сферах суспільного життя [340] високої актуальності набуває запровадження програм підготовки з питань медичного права серед фахівців галузі охорони здоров'я [341].

За результатами проведеного аналізу нами було прийнято рішення щодо запровадження *дистанційного курсу післядипломної підготовки «Медичне право для лікарів»*, розрахованого на 18 годин.

Запропонований курс структуровано за тематичними розділами, що зокрема передбачають вивчення таких важливих питань, як:

- система прав людини у сфері охорони здоров'я;
- медичне право в системі права України;
- правова природа медичної допомоги та медичної послуги;
- правовий статус суб'єктів медичних правовідносин;
- відповідальність у сфері охорони здоров'я;
- форми захисту прав у сфері охорони здоров'я;
- договірне право (договори) в системі охорони здоров'я;
- страхування у сфері охорони здоров'я;
- правове регулювання обігу лікарських засобів;
- правовий статус окремих видів медичної допомоги.

Таким чином, розроблений нами курс, сприятиме розвитку та формуванню у лікарів медико-правового компоненту загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, як такого, що сприятиме прогресивному розвитку галузі охорони здоров'я в нашій державі.

Наступним кроком щодо модернізації змісту післядипломної освіти стало запровадження 12-годинного практичного курсу невідкладної допомоги для

лікарів-інтернів усіх спеціальностей, а також запровадження відповідного курсу тематичного удосконалення для лікарів-спеціалістів.

Необхідно зазначити, що розділ «невідкладні стани» передбачено у навчальних планах та програмах підготовки лікарів під час первинної спеціалізації за всіма спеціальностями, однак, до запровадження в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця практичного курсу невідкладної допомоги, під час даного розділу більше уваги приділялося повторенню теоретичних аспектів, вивчених на додипломному етапі щодо широкого кола питань, у тому числі отруєннях різної етіології, обмороженнях, опіках, гострому психозі, епілептичному статусі, абстинентному синдромі та алкогольному делірії, сексуальному насильстві, гострому болі (головному, спинному тощо).

Однак, на нашу думку, надзвичайно важливих є саме практичне відпрацювання навичок щодо базової та спеціалізованої підтримки життєдіяльності, зокрема під час раптової зупинки кровообігу, що зокрема передбачено рід час практичного курсу з невідкладної допомоги, який вмонтовано у загальну структуру розділу «Невідкладні стани» первинної спеціалізації лікарів в інтернатурі.

Актуальність зазначеного питання, є беззаперечною, адже відповідно до статті 78 Закону України «Основи законодавств України про охорону здоров'я» надання першої медичної невідкладної допомоги у разі нещасного випадку та інших екстремальних ситуаціях є професійним обов'язком для всіх працівників галузі охорони здоров'я [25].

У той же час, як показує практика та результати проведеного нами опитування, більшість лікарів-спеціалістів, у разі виникнення потреби, не в змозі адекватно забезпечити надання першої невідкладної допомоги, зокрема щодо відновлення спонтанної зупинки кровообігу, у тому числі із застосуванням дефібрилятора.

Відтак, метою запровадження у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця *практичного курсу невідкладної допомоги* для лікарів-інтернів є формування компетентності з надання невідкладної допомоги з використанням базових та спеціалізованих реанімаційних заходів.

Особливістю даного курсу є його практична спрямованість на формування здатності до надання першої долікарської допомоги, що є невід'ємним компонентом загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря. Заняття під час курсу проводились групою викладачів під керівництвом інструкторів, сертифікованих Європейською радою реанімації.

Під час курсу передбачено проведення лекції, семінарів та практичних занять з відпрацюванням навичок у групі до 10 осіб з використанням ситуаційних задач та кейсів на симуляційних манекенах, призначених для проведення реанімаційних заходів.

Зокрема під час курсу розглядають такі питання, як:

- причини та заходи попередження зупинки кровообігу;
- гострі коронарні синдроми;
- універсальний алгоритм забезпечення базової підтримки життєдіяльності;
- проведення післяреанімаційного лікування.

До практичних навичок, якими має оволодіти учасник в кінці курсу належать:

- діагностика зупинки серця та диференціювання її виду за даними електрокардіографії;
- оцінка життєзагрозливих аритмій;
- забезпечення прохідності дихальних шляхів різними засобами (потрійний прийом Сафара, використання ротових та носових повітроводів, ларингеальних масок, трубок та інших надгортанних пристроїв), штучної вентиляції легень;
- проведення непрямого масажу серця;
- дефібриляція;
- забезпечення внутрішньо кісткового доступу.

Зазначений курс розроблений викладачами Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, які є сертифікованими інструкторами Європейської ради реанімації на основі рекомендацій «Європейської ради

реанімації щодо «Базової підтримки життєдіяльності» та «Спеціалізованої підтримки життєдіяльності» [342].

За результатами опитування лікарів-інтернів та лікарів-спеціалістів, які пройшли практичний курс невідкладної допомоги, було відзначено, що 88,3% ($\pm 1,02\%$) опитаних вважають його корисним [220].

Таким чином, на нашу думку, запровадження практичного курсу невідкладної допомоги до програм післядипломного навчання лікарів є актуальним та доцільним, зокрема у контексті формування відповідного компоненту загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

Наступними, серед компонентів загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, формування яких, на нашу думку, потребує удосконалення на етапі післядипломної освіти стали медико-соціальний та деонтологічний.

Одразу необхідно наголосити, що сьогодні зміст навчальних планів та програм післядипломної підготовки лікарів, зокрема на етапі первинної спеціалізації в інтернатурі вміщує лише деякі питання, що є необхідними для опанування у контексті формування та удосконалення медико-соціального та деонтологічного компонентів. Так, зокрема під час вивчення суміжної дисципліни «Медична психологія» передбачено розгляд таких питань як: психологія ведення бесіди в роботі лікаря; психологія досягнення прихильності і довіри хворого; розвиток почуття впевненості у собі і формування розуміння в спілкуванні лікаря з хворим.

Відтак, ми бачимо, що дані питання здебільшого спрямовані на удосконалення комунікативного компоненту системи компетентностей лікаря, у той час, як поза увагою залишаються такі важливі питання, як: колегіальність, особливості роботи в команді, взаємна підтримка та позитивна критика, особливості взаємодії із пацієнтами різних вікових, а також релігійних та соціальних груп, повідомлення поганих новин та багато інших.

Саме тому, нами було визначено потребу щодо удосконалення змісту післядипломної освіти лікарів із зазначених питань. Аналізуючи особливості навчання дорослих, зокрема враховуючи такі характеристики дорослих учнів, наведені у дослідженні С.О. Сисоєвої, як усвідомлення себе самостійною, самокерованою особистістю; накопичення життєвого досвіду, який є важливим джерелом навчання; готовність до навчання (мотивація) визначається прагненням за допомогою освіти вирішити свої життєво важливі проблеми і досягти конкретних цілей; прагнення швидкої реалізації одержаних знань, умінь, навичок і якостей; часова обмеженість навчання просторовими, побутовими, професійними, соціальними чинниками [89, с. 31] нами було прийнято рішення щодо застосування організованої практики неформального навчання для розвитку та формування медико-соціального та деонтологічного компонентів загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

На нашу думку, застосування організованої практики неформального навчання лікарів, у вигляді *науково-практичних осередків*, що можуть бути створені у вигляді клубів, круглих-столів або конференцій найбільшою мірою відповідатиме психологічним особливостям молодих лікарів, сприятиме обміну досвідом між ними та старшими колегами у формі невимушених дружніх дискусій, що сприятимуть формуванню та усталенню моральних та етичних цінностей, деонтологічної культури, емпатійного відношення до хворих, взаємної підтримки колег.

Отже, саме із зазначеною метою нами було започатковано роботу *клубу молодих лікарів імені В.Ф. Войно-Ясенецького*, який є самоврядним утворенням, діяльність якого організується з середини його учасниками у співпраці та за підтримки адміністрації навчально-наукового інституту післядипломної освіти. Клуб реалізує свою діяльність у формі тематичних засідань, які відбуваються двічі на місяць. Тематика зустрічей визначається з урахуванням інтересів самих молодих лікарів, шляхом їх онлайн опитування у соціальних мережах і з подальшим залученням провідних спеціалістів із даного напрямку для спілкування із молодими лікарями у форматі проблемних лекцій, дискусій та брифінгів.

Тривалість засідань не регламентована та зазвичай складає дві-три години та здебільшого визначається жвавістю обговорення серед молодих колег.

Так, для прикладу, засідання клубу молодих лікарів імені В.Ф. Войно-Ясенецького були присвячені таким питанням, як: «Раціональне використання опіоїдних наркотичних анальгетиків»; «Мистецтво знеболення»; «Критичний пацієнт»; «Практичне застосування клінічних протоколів медичної допомоги»; «Як спілкуватись з невиліковними хворими»; «Повідомлення поганих новин»; «Як мотивувати до навчання себе та інших»; «Правові аспекти естетичної медицини»; «Роль лікаря у формування здорового способу життя населення»; «Особливості надання медичної допомоги хворим із психоемоційними розладами»; «Насилля в родині: що має знати лікар»; «Що треба пам'ятати при спілкуванні з літнім пацієнтом»; «Медичні помилки: тактика поведінки при їх виникненні» тощо.

Відповідно до відгуків молодих лікарів зазначені зустрічі є вкрай актуальними та корисними, адже у дружній неформальній атмосфері дозволяють обговорити питання які потребують пошуку відповіді. Також, учасники клубу молодих лікарів імені В.Ф. Войно-Ясенецького відзначали, що інформація представлена під час засідань відрізняється від такої, що представлена у навчально-науковій літературі тим, що має персоніфіковане емоційне забарвлення, представляє реальний життєвий досвід колег, у тому числі і негативний, як приклад для навчання від зворотного.

Також, як зазначали молоді лікарі, практика неформальних зустрічей спонукала їх до більш активного саморозвитку як професійного так і загальнокультурного, що було обумовлено прагненням достойно виглядати серед колег, мати можливість поділитися з ними новою цікавою інформацією щодо обговорюваного питання.

Окрім цього важливо відзначити і позитивну практику розширення професійних контактів між молодими лікарями різних спеціальностей, що є вкрай важливим як з позиції формування професійного світогляду так і з точки зору можливості консультації у фахівця іншої спеціалізації.

Таким чином, на нашу думку, використання можливостей неформального навчання зокрема шляхом його організації та спрямування набуває значної актуальності, зокрема при навчанні дорослих дипломованих лікарів, які мають індивідуальний життєвий та професійний досвід, які може бути джерелом навчання не лише для кожної окремої особистості, однак і для її оточення та зокрема сприяти розвитку та формуванню таких важливих компонентів загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, як медико-соціальна та деонтологічна.

Наступним важливим компонентом при розробці змісту післядипломної освіти нами було визначено *встановлення суб'єкт-суб'єктного зворотного зв'язку* між всіма учасниками процесу післядипломної освіти, а саме: особами, які здобувають післядипломну освіту, науково-педагогічними співробітниками медичного університету та практичними лікарями, у тому числі керівниками закладів охорони здоров'я.

Питання налагодження дистанційного зворотного зв'язку зі споживачами освітніх послуг розглянуті у науковому доробку як вітчизняних (Сисоєва, 2008; Коваль, 2011; Муліна, 2013) так і зарубіжних (Ypsilandis, 2010; Wu, 2014) учених, проте більшість із зазначених робіт розглядають саме питання налагодження зворотного зв'язку серед учасників процесу дистанційного навчання [220].

У нашому випадку інтернатура відбувається в аудиторному форматі, однак можливість відповісти на питання анкети дистанційно, на нашу думку, сприяє об'єктивізації дослідження, адже можливість вибору місця та часу проходження анкетування сприяє наданню респондентами більш щирих, правдивих та повних відповідей, у тому числі під час перебування на заочному циклі навчання, що може проходити на територіально віддалених клінічних базах, зокрема, розміщених у інших регіонах.

Вважаємо, що до переваг застосування дистанційних технологій для налагодження зворотного зв'язку необхідно віднести:

- комунікативність – дозволяє провести анкетування значного контингенту осіб у найкоротші терміни, що є особливо важливим на

- етапі післядипломного навчання, адже лікарі-інтерни опановують спеціальність у розгалуженій мережі закладів охорони здоров'я;
- доступність – усуває обмежень щодо часового та просторового доступу до анкети, що є перевагою при проведенні опитувань серед дорослих споживачів послуг післядипломної освіти, адже у даному випадку інтерни можуть самостійно планувати свій час;
 - продуктивність – забезпечує автоматичну обробку та інтерпретацію результатів анкетування, що дозволяє зменшити обсяг рутинних нетворчих завдань для співробітників медичного закладу вищої освіти;
 - економічність – мінімізує витрати на проведення анкетування, адже на сьогодні існує велика кількість безкоштовних ресурсів, що дозволяють створювати онлайн анкети без використання витратних матеріалів (фарба, папір тощо).

Так, з метою налагодження зворотного зв'язку нами були розроблені анкети, які враховували специфіку респондентів та зокрема передбачали можливість анонімного висвітлення їх особистісного ставлення до процесу підготовки, у тому числі із зазначенням його переваг та недоліків, висловленням побажань та пропозицій, а також оцінюванням кінцевого результату, зокрема на предмет його відповідності їх очікуванням.

Анкету, що складалася з 18 запитань відкритого та закритого типів було створено нами за допомогою Google Forms. Питання були структуровані у два блоки – біографічний та освітній. Перший передбачав опитування щодо спеціальності та форми навчання, задоволеності обраною спеціальністю тощо. Другий блок питань було створено з метою збору інформації щодо задоволеності процесом підготовки в інтернатурі, а також виявлення проблемних питань, що потребують удосконалення, зокрема щодо організації навчальних занять, послідовності засвоєння матеріалу, роботи біля ліжка хворого, а також проявів корупції під час інтернатури тощо [220].

Так, зокрема за результатами опитування, нами було виявлено недостатню стандартизованість освітнього процесу, що відзначалась усіма суб'єктами. З метою вирішення даної ситуації нами було розроблено стандартизований *розклад*

роботи лікаря-інтерна, який має заповнюватись інтерном індивідуально, а також викладачами щодо групи інтернів.

Відповідно до розробленого розкладу роботи (див. додаток І) кожен лікар-інтерн має щоденно виконувати та заносити відповідні позначки до журналі щодо наступних видів робіт: ранкова конференція (п'ятихвилинка); обхід пацієнтів у відділенні; курація хворих; робота з медичною документацією; лекція; семінарське заняття (доповідь інтернів по роботі з пацієнтами); робота у відділенні; самостійна робота. Також інтерн має зазначити фактичний час виконання кожного із видів робіт, зафіксувати відомості щодо виконаної роботи (абревіатура прізвища ім'я та по батькові, № історії хвороби пацієнтів щодо яких було здійснено курацію, тема лекції тощо), а також зазначити прізвище відповідального викладача при здійсненні кожного з видів робіт.

Окремо розшифровки потребує інформація щодо курації пацієнтів, так необхідним є зазначення основного діагнозу, маніпуляції, що виконувалась за участю інтерна, а також ступеню самостійності його виконання (повністю самостійно, з асистенцією викладача (інтерн-викладач); асистенція викладачу (викладач-інтерн); спостереження).

Для викладачів графік роботи лікарів-інтернів (див. додаток Й) є подібним і як вже зазначалось заповнюється щоденно щодо групи інтернів та, зокрема передбачає занесення наступних даних: вид роботи (ранкова конференція (п'ятихвилинка) – орієнтовна тривалість 20-30 хвилин, обхід пацієнтів у відділенні – орієнтовна тривалість 30-60 хвилин, курація пацієнтів – 60-90 хвилин, робота з медичною документацією – 30-40 хвилин, лекція – 45-60 хвилин, практичне заняття з курації пацієнтів або відпрацювання практичних навичок – 60-90 хвилин, семінарське заняття (доповідь інтернів по роботі з пацієнтами) – 30-60 хвилин, курація пацієнтів / робота у відділенні – 20 хвилин, самостійна опрацювання тестових завдань із бази ліцензійного інтегрованого іспиту крок 3 – 40 хвилин); фактичний час проведення; прізвище ім'я по батькові відповідального викладача, а також його підпис.

Варто наголосити, що послідовність та тривалість виконання кожного із зазначених видів робіт є орієнтовною та розроблена з метою стандартизації

підготовки лікарів-інтернів, забезпечення її різноманітного наповнення відповідно до наявних нормативних документів, а також з огляду на вимоги навчального плану та програми підготовки з урахуванням побажань всіх суб'єктів післядипломної підготовки, а відтак може бути змінена та/або доповнена викладачем з огляду на фактичний стан речей під час кожного окремого дня підготовки.

Окрім цього, з урахуванням існуючого світового досвіду, а також практики підготовки провізорів-інтернів в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця нами було розроблено *структуру навчально-методичних матеріалів для здобувачів післядипломної освіти*, адже з огляду на психологічні особливості, часові, соціальні та професійні обмеження, притаманні дорослим учням постає необхідність щодо лаконічного практично зорієнтованого представлення навчального матеріалу.

Враховуючи зазначене, була визначена наступна структура навчальних матеріалів для здобувачів післядипломної освіти. Так, зокрема кожен із тематичних розділів рекомендовано висвітлювати із дотриманням наступної організаційної структури:

- вступ – містить короткий опис актуальності наведеної інформації;
- основні поняття та терміни – висвітлює найбільш вагомні теоретичні аспекти питання, що розглядається, зокрема визначення та класифікації основних положень, що дозволяє лаконічно та структуровано представити основні дані, що мають бути повторені під час засвоєння теми, а також самостійно виявити прогалини у знаннях, що були здобуті раніше (зокрема на етапі додипломного навчання);
- приклад практичного застосування – передбачає опис короткої клінічної ситуації у вигляді завдання із подальшим детальним описом алгоритму її розв'язання у тому числі із зазначенням необхідного інструментарію тощо;
- ситуаційні завдання для розв'язання – висвітлюють клінічні ситуації, що потребують самостійного розв'язання із детальним обґрунтуванням послідовності вчинюваних кроків та прийнятих

рішень, як було представлено у раніше у наведеному прикладі практичного застосування;

- нормативний супровід – визначає нормативно-правові документи, що регламентують діяльність лікаря щодо питання, яке вивчається.

На нашу думку, запропонована структура навчально-методичних матеріалів для післядипломної освіти сприяє оптимізації сприйняття інформації завдяки логічній структурі, максимальній стислості, практичній значущості та нормативній обґрунтованості, що має забезпечити гармонійні умови для імплементації теоретичних положень до практичної діяльності лікаря.

Окремої уваги при розробці змісту післядипломної освіти потребувало оцінювання готовності фахівців, зокрема після завершення навчання в інтернатурі, до самостійної кваліфікованої професійної діяльності.

Так, зокрема сьогодні оцінювання професійної компетентності лікарів-інтернів здійснюється на загальнодержавному рівні за допомогою ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» та на університетському рівні під час атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста.

Що стосується загальнодержавного оцінювання під час ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3», то його метою є встановлення відповідності рівня професійної компетентності інтерна мінімально необхідному рівню згідно з кваліфікаційними вимогами. Професійна компетентність діагностується як уміння застосовувати знання і розуміння фундаментальних біомедичних наук та основних медичних дисциплін, які є найважливішими для забезпечення допомоги хворому. Головна увага приділяється підтриманню здоров'я, профілактиці захворювань та організації медичної допомоги [313].

Система ліцензійних інтегрованих іспитів є комплексом засобів стандартизованої діагностики рівня професійної компетентності, що є складовою частиною державної атестації студентів, які навчаються за спеціальностями напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація», та лікарів (провізорів), які проходять первинну спеціалізацію (інтернатуру), у закладах вищої освіти незалежно від їх підпорядкування [313].

Ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3» є третім етапом незалежної державної атестації здобувачів медичної освіти. Так іспит «Крок 1» передбачає оцінювання компетентності із загально наукових дисциплін та складається на третьому курсі після вивчення основних фундаментальних дисциплін. Величина критерію «склав» затверджується Міністерством охорони здоров'я України та на сьогодні встановлена на рівні 60,5% правильних відповідей. Всім студентам, які одержали на тестових екзаменах «Крок 1» результат «не склав», дозволяється повторне складання екзамену «Крок 1» не більше двох разів до найближчої сесії у терміни, затверджені Міністерством охорони здоров'я України. У разі не перескладання екзамену «Крок 1» студент не допускається до наступної екзаменаційної сесії та відраховується з закладу вищої освіти як такий, що не виконав навчальний план [313].

Іспит «Крок 2» передбачає оцінювання компетентності із професійно-орієнтованих дисциплін, які за змістом відповідають освітньо-професійній програмі підготовки спеціалістів. «Крок 2» є складовою державної атестації студентів і складається на випускному курсі. Діюча величина критерію «склав» встановлена на рівні 60,5% правильних відповідей. Всі студенти, які не склали іспит «Крок 2» не отримують сертифікат ліцензійних іспитів, вважаються такими, що не пройшли державну атестацію, і не отримують диплом про закінчення закладу вищої освіти. Повторне складання іспиту «Крок 2» допускається лише один раз не раніше ніж через рік протягом трьох років від моменту першого складання. Студент, який не склав іспит повторно, не допускається до подальших перескладань без проходження повторного навчання [313].

Що стосується іспиту «Крок 3», який як вже зазначалося, складається в інтернатурі, то діюча величина критерію «склав» встановлена на рівні 70,5 % правильних відповідей. Лікарі-інтерни, які не склали іспит «Крок 3» не допускаються до інших етапів атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста. Повторне складання іспиту «Крок 3» допускається в будь-який наступний термін його проведення протягом трьох років. Відповідно до графіку проведенні іспиту «Крок 3» його складання відбувається двічі на рік – навесні та восени [313].

Таким чином, очевидною постає не відповідність між умовами повторного складання іспиту для студентів та інтернів, адже, студент який не склав іспит «Крок 1» має не більше двох спроб, а у випадку із іспитом «Крок 2» – однієї, для можливості складання іспиту, що на нашу думку, є абсолютно закономірним та таким, що відповідає міжнародній практиці. У той же час лікар-інтерн має можливість скласти іспит «Крок 3» до шести разів кожні пів року, при цьому продовжуючи навчання в інтернатурі, що на нашу думку, значною мірою негативно позначається на мотивації інтернів при підготовці до іспиту.

Саме тому, з метою підвищення вмотивованості лікарів-інтернів, а також відповідальності щодо навчання, у тому числі при підготовці до складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» нами було запроваджено *систему допуску до складання іспиту*.

Враховуючи, що даний механізм не прописаний законодавчо та віднесений на розсуд медичних університетів, в Інституті післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О.Богомольця у якості експерименту у складі підсумкової піврічної атестації по завершенню очного циклу першого року навчання нами було запроваджено тестування за електронною базою тестових запитань із екзаменаційних буклетів іспиту «Крок 3» минулих років, що є у відкритому доступі на офіційному сайт Центру тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація». Критерієм складання зазначеного тестування та відповідно умовою для допуску до подальших етапів підсумкової піврічної атестації було визначено 81,0% відсоток правильних відповідей.

Що стосується оцінювання результатів практичної підготовки лікарів-інтернів, то в Інституті післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О.Богомольця з урахуванням досвіду економічно розвинутих країн було запроваджено у якості пілотного проекту *об'єктивний структурований клінічний іспит* (для спеціальностей «Анестезіологія та інтенсивна терапія», «Внутрішні хвороби», «Загальна практика – сімейна медицина», «Педіатрія»).

Зміст даного виду оцінювання закладено безпосередньо у його назві, так:

- об'єктивний – всі інтерни виконують певну кількість попередньо розроблених клінічних завдання однокового рівня складності. Виконання кожного нового завдання здійснюється на новій станції та оцінюється іншими викладачами незалежно один від одного за стандартизованими листами оцінювання (чек-листами);
- структурований – кожен інтерн має відвідати однакову кількість станцій у заздалегідь визначеній послідовності де виконуватиме завдання у стандартних умовах (час, оточуюче середовище, наявний інструментарій тощо);
- клінічний – перевірка набутих компетентностей здійснюється в умовах, максимально наближених до реальних клінічних ситуацій, шляхом моделювання певного клінічного сценарію із застосуванням симуляційного обладнання або із допомогою акторів, які виступатимуть у ролі пацієнтів відповідно до конкретного сценарію;
- іспит – є засобом оцінювання компетентностей набутих під час спеціалізації.

Перевагою застосування об'єктивного структурованого клінічного іспиту для оцінювання інтернів та інших здобувачів післядипломної освіти є можливість оцінювання не лише їх окремих знань та вмінь, але й загальної системи їх професійних компетентностей, що зокрема передбачає здатність до ефективної комунікації з пацієнтом та колегами; етичність поведінки у різних психоемоційно складних ситуаціях, як то повідомлення поганих новин тощо; дотримання загальних правил гігієни та асептики (однією з помилок на іспити вважається не оброблення рук перед оглядом пацієнта, робота без одноразових гумових рукавичок, наявність годинна або прикрас на руках нижче ліктя, розпушене довге волосся тощо); правильність оформлення первинної документації тощо [343].

Таким чином об'єктивний структурований клінічний іспит є інструментом для оцінки готовності лікарів до виконання самостійної професійної діяльності відповідно до здобутої спеціальності.

Враховуючи значну кількість запропонованих нами нововведень, а також з огляду на вимоги часу щодо інноваційних перетворень у післядипломній освіті

нами було визначено необхідність *удосконалення змісту курсу підвищення кваліфікації самих викладачів*, що має здійснюватись на періодичній основі шляхом проходження обов'язкового довгострокового підвищення кваліфікації тривалістю не менше 108 годин та періодичністю не рідше одного разу на п'ять років, а також короткострокових курсів підвищення кваліфікації викладачів, тривалістю менше 108 годин (див. додаток К) [344].

Так, що стосується обов'язкового довгострокового підвищення кваліфікації, то його метою є удосконалення професійної компетентності викладачів шляхом поглиблення і розширення їх професійних знань, умінь і навичок, набуття досвіду виконання додаткових завдань та обов'язків у межах спеціальності.

Для досягнення зазначеної мети нами було визначено наступні завдання:

- оновлення та розширення знань, удосконалення та формування нових професійних компетентностей в науково-педагогічній, науково-дослідній, організаційно-управлінській діяльності;
- засвоєння інноваційних технологій, форм, методів та засобів навчання;
- набуття досвіду формування змісту навчання з урахуванням його цільового спрямування, посадових обов'язків працівників, здобутої освіти, досвіду практичної роботи та професійної діяльності, їх інтересів і потреб;
- вивчення педагогічного досвіду, сучасного стану системи охорони здоров'я та інших галузей народного господарства, методів управління, ознайомлення з досягненнями науки, техніки і виробництва та перспективами їх розвитку;
- розроблення пропозицій щодо удосконалення освітнього процесу, впровадження у практику освітньої діяльності кращих досягнень науки, техніки і виробництва;
- застосування інноваційних технологій реалізації змісту навчання, що передбачає його диференціацію, індивідуалізацію, запровадження дистанційних, інформаційно-комунікативних технологій навчання.

За своєю структурою навчальна програма довгострокового підвищення кваліфікації науково-педагогічних співробітників вміщує 6 тематичних розділів на опанування яких відведено 120 академічних годин (4 кредити ECTS), з яких 78 години аудиторних і 42 години самостійної навчальної роботи.

Так, у якості тематичних розділів зазначеною програми нами були визначені наступні:

- Організація навчального процесу.
- Сучасні технології, форми та методи навчання
- Андрагогічні особливості навчання дорослих.
- Методологічні підходи до оцінювання та стандартизації навчального процесу.
- Організація самостійної роботи студентів та інших категорій осіб, які навчаються.
- Сучасні вимоги до навчально-методичних матеріалів

На нашу думку, таке оновлення змісту довгострокове підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників закладів вищої освіти сприятиме оволодінню ними, оновленню та поглибленню спеціальних, фахових, науково-методичних, педагогічних, соціально-гуманітарних, психологічних, правових, економічних та управлінських компетентностей, у тому числі вивченню вітчизняного та зарубіжного досвіду, що сприятиме підвищенню якості виконання ними своїх посадових обов'язків, удосконаленню їх професійної компетентності тощо.

Окрім цього важливим, на нашу думку є запровадження практики *особистих освітніх портфоліо* для обліку надбань як здобувачів післядипломної освіти так і викладачів медичних університетів, що передбачено відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302.

Загалом, запропоновані нами заходи щодо удосконалення змісту післядипломної освіти лікарів (рис. 4.4.) сприятимуть формуванню та розвитку системи компетентностей лікарів для кваліфікованого виконання своїх

професійних обов'язків, кращої професійної адаптації, закладення здатності гармонійного поєднання роботи, навчання та дозвілля, а також потреби до постійного самовдосконалення та розвитку, з метою особистого та суспільного благополуччя.

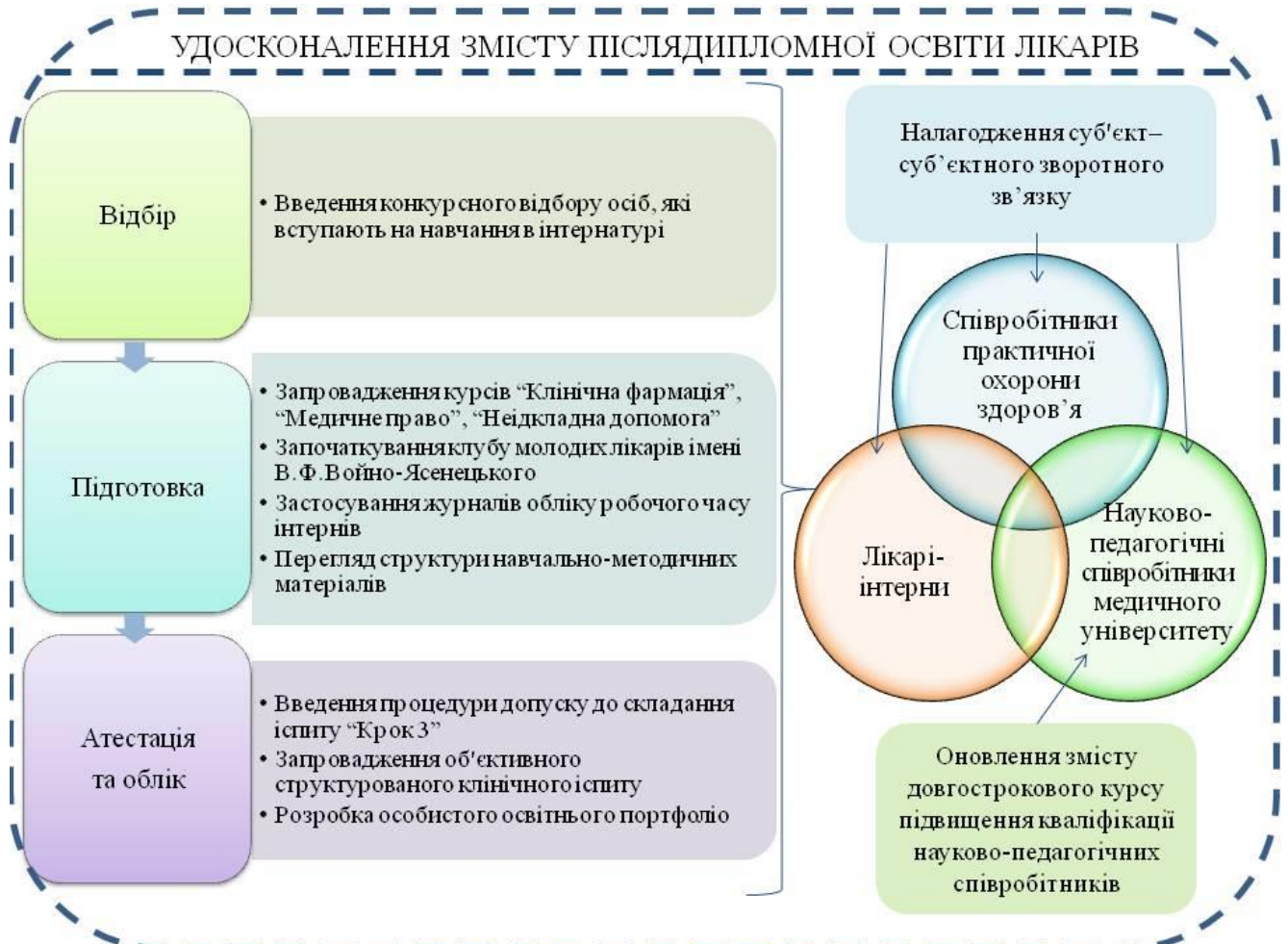


Рис. 4.4. Заходи удосконалення змісту післядипломної освіти лікарів

[Джерело: власне опрацювання]

Таким чином, зміст післядипломної освіти відповідно до моделей післядипломної освіти лікарів має реалізовуватись через навчально-виховну, лікувальну та наукову роботу, здобувачів післядипломної освіти та науково-педагогічних працівників у взаємодії з співробітниками практичної охорони здоров'я, що має бути узгоджено спрямована на формування професійно компетентної гармонійної самодостатньої гуманістичної та гуманної особистості сучасного лікаря.

4.3. Форми та методи післядипломної освіти лікарів

Форма (від латинського *forma*), як філософська категорія, є зовнішнім виразом певного змісту. Відношення змісту і форм характеризується відносним єднанням; у ході розвитку виникає невідповідність змісту і форм, яка у кінцевому рахунку вирішується «скиданням» старої і виникненням нової форми, яка відповідає змісту, що розвинувся [107, с. 1246].

Метод (від грецького *methodos* – шлях дослідження, теорія, вчення), спосіб досягнення певної мети, розв'язання конкретної задачі; сукупність прийомів чи операцій практичного чи теоретичного опанування (пізнання) дійсності. У філософії метод є способом побудови та обґрунтування системи філософського знання [107, с. 806]

Таким чином, у даному параграфі нами буде розглянуто зовнішній прояв раніше представленого змісту післядипломної освіти лікарів, а також визначено конкретні прийоми щодо його опанування.

Так, першим на етапі удосконалення змісту післядипломної освіти на було запропоновано відбір вступників, на навчання в інтернатуру, що розглядається нами як додатковий засіб мотивації та професійної орієнтації випускників медичних закладів вищої освіти, що здійснюється у формі вступного випробування методом бесіди за результатами письмового тестування.

На нашу думку, застосування зазначених методів дозволяє з одного боку об'єктивізувати процедуру вступних випробувань за рахунок наявності письмового компоненту, що здійснюється за тестовими завданнями множинного вибору (закритого типу) формату А, що були попередньо обрані із відкритих буклетів ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 2» з урахуванням профілю спеціальності, бажаної для вступника інтернатури, а з іншого боку виявити індивідуальні мотиви, нахили та здібності вступника у ході бесіди. Тож після перевірки результатів тестування відбувається бесіда вступника з членом відбіркової комісії, що дозволяє оцінити психоемоційні особливості вступника, а також визначити свідомість вибору відповідей, наданих під час тестування, що у

подальшому може бути покладено в основу рекомендацій щодо вибору спеціальності підготовки в інтернатурі.

Що стосується запроваджених нами курсів з «Клінічна фармація» та «Медичне право» як складових удосконалення змісту післядипломної освіти лікарів, то необхідно зазначити, що обидва із зазначених курсів були розроблені для широкого кола слухачів, адже можуть бути вдало імплементовані у практику підготовки лікарів-інтернів, а також бути застосовані для розвитку клініко-фармацевтичного компоненту системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

Дані курси були реалізовані нами у дистанційному форматі, що сприяє їх більш зручному часовому та просторовому засвоєнню слухачами (див. додаток Л).

Так, на початковому етапі нами було застосовано метод письмового дистанційного самоконтролю осіб, які навчаються із застосуванням ситуаційних завдань, що сприяє визначенню їх реального рівня підготовки за тематикою курсу та усвідомленню реальної потреби щодо його проходження. Саме тому, після проходження такого тестування, особа, яка навчається має варіації щодо подальших дій. Так, для осіб, які за результатами вхідного тестування переконались у доцільності опанування курсу, можливим є послідовне ознайомлення з його подальшими структурними елементами. Що стосується осіб, які задоволені результатами вхідного контролю, то для них можливим є проходження заключного тестування без ознайомлення зі змістом курсу.

Наступним етапом є викладення основного теоретичного матеріалу з метою його повторення у вигляді глосарію, що представляє основні поняття теми, зокрема акцентуючи на проблемних питаннях та спонукаючи слухачів, до додаткового пошуку інформації, у разі потреби.

Після ознайомлення із основними поняттями теми, представленими у глосарії, до уваги слухачів пропонуються короткі проблемні лекції у формі відео або мультимедійних презентацій із аудіо супроводом, відповідно до тематики курсу, що передбачають проблемне обговорення представленої інформації у форматі форуму.

Важливо наголосити, що модерація зазначеного обговорення здійснюється викладачем. Так, зокрема саме викладач ініціює його задаючи курсантам відкрите запитання, що спонукає учасників до дискусії.

Також, до кожної теми наведені практичні кейси, що описують реальну ситуацію відповідно до тематики розділу та покрокове роз'яснення щодо її вирішення. Після цього слухачам пропонуються для вирішення декілька запитань у тестовому форматі, що обов'язково передбачають автоматизований зворотній зв'язок. Тобто, при виборі особою, яка навчається неправильної відповіді з'являється напис, що обране твердження є помилковим та нижче короткий опис чому саме цей варіант не є найбільш правильним. Даний підхід обумовлений психологічними особливостями навчання дорослих учнів, які, мають свій життєвий та професійний досвід, що зокрема може стосуватися і питання, що було включено до тестування. Саме тому, для кращого сприйняття інформації, представленої під час курсу, уникнення психоемоційної напруги та хвилювання у курсантів необхідним є застосування методу позитивної критики, як такого, що спершу відзначає можливі переваги у ході думок учасника курсу, навіть у випадку, якщо було обрано не вірну відповідь, і лише потім акцентує увагу на правильному варіанті, що є однозначно прийнятним відповідно до сучасної світової практики.

Надалі слухачам пропонуються для самостійного вирішення та обґрунтування своєї позиції ситуаційні завдання відповідно до тематики курсу, що мають бути представлені та захищені слухачами у вигляді кейсу. Так, на розсуд слухача, своє бачення розв'язання отриманого кейсу може бути здійснено як у письмовій формі та і у формі відео звернення, що може бути записано та завантажено до дистанційного освітнього середовища.

Після послідовного опанування усіх тематичних розділів курсу слухачам пропонується пройти підсумковий контроль, що передбачає розв'язання тестових завдань множинного вибору формату А віньєтка до яких представлена у вигляді ситуаційного завдання із описом реальної клінічної або іншої реальної ситуації.

У разі успішного проходження підсумкового тестування, що складається із 15 завдань, зокрема надання правильної відповіді не менше ніж на 75% запитань,

особа, яка навчається, залежно від його категорії (лікар-інтерн/лікар-спеціаліст), отримує підтвердження щодо успішного засвоєння курсу. Так, для інтернів, це є відмітка у заліковій книжці, для лікарів-спеціалістів – видача сертифікату про проходження курсу дистанційного навчання. Окрім цього для обох категорій слухачів передбачено можливість занесення інформації до індивідуального освітнього портфоліо.

Що стосується практичного курсу невідкладної допомоги, започаткованого на базі Інституту післядипломної освіти інструкторами Європейської ради реанімації М.А. Омельчуком та І.В. Сіренком, то його було вибудовано у наступній послідовності:

- вступ до курсу – 10 хв;
- лекція «Причини та запобігання зупинки кровообігу. Схема обстеження ABCDE. Вступне лікування» – 30 хв;
- практичне заняття з обстеження пацієнта за схемою ABCDE – 120 хв;
- практичне заняття з забезпечення прохідності дихальних шляхів – 60 хв;
- семінар «Надання невідкладної долікарської допомоги при різних станах» – 120 хв;
- підведення підсумків та обговорення – 20 хв;
- вступ до другого навчального дня – 10 хв;
- демонстрація симуляційного сценарію викладачами – 15 хв;
- лекція «Універсальний алгоритм реанімаційних заходів» – 45 хв;
- практичне заняття з базової підтримки життєдіяльності та дефібриляції – 100 хв;
- моделювання симуляційних сценаріїв на манекенах – 90 хв;
- залік – 80 хв.

Відповідно до рекомендації, представлених С.О. Сисоєвою та з огляду на поставлені нами завдання щодо формування практичних умінь інтернів щодо надання невідкладної допомоги, а також розвитку у них самостійності мислення, волі та пізнавального інтересу, започаткований нами курс, що реалізується у формі змішаного навчання у мікрогрупах передбачає застосування таких методів

навчання, як: пояснювальний-ілюстративний, практичний, репродуктивний, гра [89, с. 66]. Також під час практичного курсу застосовується метод чотирьох кроків, що передбачає чергування різних методів навчання з метою кращого засвоєння матеріалу, зокрема: перший крок – демонстрація викладачем реанімаційних заходів у реальному часі на стимуляційному манекені; другий крок – демонстрація з роз'ясненням викладача; третій крок – повторна демонстрація з коментарями інтерна; четвертий крок – самостійне проведення реанімаційних заходів на стимуляційному манекені інтерном [345].

Серед прийомів, що застосовуються під час практичного курсу, необхідно відзначити: фронтальне опитування, конструювання відповідей у його ході, «Сократівські запитання», коментування відповідей, позитивна критика.

Що стосується технічного забезпечення курсу, то з цією метою застосовуються симуляційні манекени, а також комп'ютерні засоби візуалізації навчання.

Окрім цього особливої уваги потребує навчально-методичне забезпечення практичного курсу, адже для його ефективної реалізації необхідно заздалегідь підготувати симуляційні сценарії, що будуть розігруватись, а також чек-листи відповідно до яких будуть оцінюватись дії учасників під час їх реалізації.

Даний етап потребує особливої уваги викладачів, адже необхідним є забезпечення різноманітності, однорідності, а також градуїованої складності симуляційних сценаріїв, що забезпечать передумови для формування готовності до надання невідкладної допомоги.

Також має бути забезпечено універсальність застосування та оцінювання будь-якого симуляційного сценарію усіма залученими викладачами, що відповідно потребує підготовки розгорнутих методичних-рекомендацій не лише для здобувачів освіти, але й для викладачів, що зокрема відобразатимуть правильну послідовність дій учасників симуляційного сценарію, визначатимуть критичні помилки при його виконанні, а також міситимуть рекомендації щодо налагодження зворотного зв'язку в команді.

Необхідно відзначити, що за допомогою інтерактивізації процесу навчання під час практичного курсу створюються гармонійні умови для формування у

лікарів-інтернів компетентності із надання невідкладної допомоги, зокрема за рахунок:

- інтенсифікації процесу розуміння, засвоєння та творчого застосування знань при вирішенні практичних завдань;
- підвищенні мотивації до навчання;
- формуванні здатності мислити не ординарно;
- встановлення ефективної комунікації;
- об'єктивізації системи контролю знань, умінь та навичок;
- змінення установок учасників та навколишньої дійсності.

Таким чином, застосування інтерактивного навчання у процесі підготовки інтернів, зокрема під час практичного курсу невідкладної допомоги, позиціонується нами як надійне підґрунтя для формування у них готовності до надання невідкладної допомоги, забезпечує усвідомлення необхідності злагодженості роботи команди та оперативності виконання певної послідовності дій з метою збереження життя особи при виникненні невідкладного стану, сприяє виробленню потреби у неперервному підвищенні власної кваліфікації, стресостійкості, відповідальності, здатності до роботи у команді, що є невід'ємними складовими системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти [346].

Що стосується оптимізації перевірки навчальної активності здобувачів післядипломної освіти, зокрема щодо виконання ними вимог навчального плану і програми спеціалізації, то нами було запропоновано вирішити дане питання шляхом стандартизації форми індивідуального контролю лікарів-інтернів із застосуванням методу письмового самоконтролю, що безпосередньо реалізується шляхом щоденного виконання встановленого розкладу роботи інтерна із занесенням відповідних позначок у однойменний обліковий документ.

Необхідно зазначити, що даний метод самоконтролю застосовується і по відношенню до викладачів, які щоденно відзначають результативність роботи групи лікарів-інтернів шляхом внесення необхідних позначок до розкладу їх роботи. Необхідність запровадження такого подвійного контролю обумовлена особливостями підготовки лікарів в інтернатурі, зокрема її практичною

спрямованістю, що передбачає взаємодію викладачів та інтернів пліч-о-пліч у реальному клінічному середовищі, що часто змішує акценти від навчання з метою підготовки лікарів-спеціалістів здатних до самостійної практики за обраною спеціальністю до виконання асистентських функцій середнього медичного персоналу, що є безумовно необхідним для опанування лікарями-інтернами медичної спеціальності та не може розглядатися у якості заміни по відношенню до змістовно різноманітної професійної підготовки відповідно до навчального плану та програми інтернатури.

Окрім цього, важливо наголосити на оптимізації процедури допуску лікарів інтернів до першого етапу атестації на визначення знань та практичних навиків з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста, що відповідно до державних освітніх стандартів медичної освіти відбувається у формі ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3».

Так, для підвищення рівня вмотивованості інтернів до підготовки до складання зазначеного іспиту щодо якого передбачено можливість п'яти повторних складань кожні пів року, нами було запроваджено фронтальну форму заключної перевірки лікарів-інтернів, як передумову для допуску до складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3».

Зазначена перевірка здійснюється із застосуванням методу комп'ютерного контролю за тестовою базою, що була розроблена нами на основі тестових завдань множинного вибору формату А, що містяться у минулорічних буклетах ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3», та представлені у відкритому доступі.

Тестування інтернів здійснюється у комп'ютерному класі Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця відповідно до затвердженого графіку.

Результати тестування заносяться до відомостей підсумкового контролю та засвідчуються членом атестаційної комісії. Мінімальним результатом тестування для подальшого допуску до складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» є 81,0 % правильних відповідей.

На нашу думку, застосування зазначеного методу підсумкового контролю лікарів-інтернів не лише дозволяє перевірити їх власні сили, однак і розглядається нами, як механізм їх мотивації для більш ретельної підготовки до іспиту, що відповідно підвищує ймовірність успішного його складання з першого разу, що у свою чергу мінімізує організаційні та фінансові витрати щодо організації та проведення іспиту, прищеплює інтернам почуття відповідальності до виконуваних завдань, а також розвиває почуття професійної самоповаги.

Наступним нововведенням, що було запроваджено з урахуванням міжнародного досвіду та, на нашу думку, потребує розгляду, є запровадження пілотного проекту із атестації лікарів-інтернів у формі об'єктивного структурованого клінічного іспиту, що передбачає застосування методу експертної оцінки професійної компетентності лікарів під час моделювання реальної клінічної ситуації із застосуванням ігрового методу.

Необхідно зазначити, що об'єктивний структурований клінічний іспит, що на сьогодні є стандартною практикою перевірки сформованості професійної компетентності лікарів у більшості розвинутих країн світу потребує довготривалої, багатоступеневої та різнорівневої підготовки до його проведення [343].

Так, зокрема необхідним є визначення організаційної структури іспиту (що саме ми хочемо перевірити); проектування іспиту (як саме буде здійснюватись перевірка); визначення тривалості іспиту та кількості станцій (відповідно до структури іспиту); розробка банку станцій іспиту (підготовка різноманітних ситуаційних задач одного рівня складності відповідно до тематики станції) [343].

Необхідною умовою для забезпечення валідності об'єктивного структурованого клінічного іспиту є розробка спеціалізованого керівництва – «блупринту», що є матрицею професійних компетентностей, сформованість яких перевірятиметься у ході іспиту. Саме тому, надзвичайно важливим є забезпечення відповідності екзаменаційного контенту учбовим цілям курсу із висвітленням зазначеного взаємозв'язку у керівництві (із представленням опису компетентностей якими має оволодіти інтерн, зазначенням умов, за яких можливо продемонструвати зазначені компетентності, а також визначенням критеріїв

оцінювання діяльності інтерна), інформації про сукупність компонентів компетентностей, що оцінюються та частоту з якою кожен компонент має демонструватися під час іспиту [343].

З метою забезпечення об'єктивності іспиту вкрай важливим є чітке формулювання навчальних цілей, що у даному контексті розглядаються як конкретні компетентності [343].

Так, зокрема при формулюванні цілей необхідно чітко визначити поведінку, очікувану від інтерна, як то вирішити, проілюструвати, обчислити, інтерпретувати, застосувати; проаналізувати, організувати, схематично зобразити; створити, висунути гіпотезу, підтвердити думку, скласти звіт; оцінити, обрати найважливіше, встановити головне, розсудити, рецензувати, аргументувати, зробити висновок тощо [343].

Окрім цього, безпосередньо у цілі має бути відображено умови, за яких інтерн має продемонструвати свою компетентність, зокрема чітко повинно бути визначено які інструменти, обладнання, література (довідники) чи інше забезпечення будуть надані або заборонені [343].

Також має бути визначено критерії, які мають бути дотримані інтерном, щоб здобути позитивну оцінку (наприклад – послідовність дій; ступінь точності виконання; кількість або частка правильних дій, питань, відповідей тощо) [343].

Загальноприйнятими є шкала «SMART», за якою мають бути оцінені всі цілі іспиту [347]:

- S (specific) – конкретна, деталізована, чітко окреслена;
- M (measureable) – вимірювана у числі, кількості, порівнянні;
- A (achievable) – досяжна, можлива, виконувана;
- R (realistic) – реальна (є всі засоби);
- T (time-bound) – виконувана за чітко визначений проміжок часу.

Необхідно зазначити, що представлена стандартизація процесу оцінювання позитивно сприймається як викладачами так і інтернами, адже екзаменаційний процес стає більш прозорим та зрозумілим, що зменшую емоційне навантаження на усіх суб'єктів, безпосередньо залучених до процесу.

Окрім цього не аби яке значення має розробка та затвердження паспорту кожної станції та її підготовка з урахуванням усього необхідного матеріально-технічного забезпечення, що є необхідним для створення умов максимально наближених до таких у реальній клінічній ситуації [343].

Важливо наголосити, що кожна станція має бути присвячена специфічній цілі або компетентності та забезпечувати можливість її стандартизованої оцінки експертом із використанням стандартного інструментарію оцінювання відповідно до розроблених критеріїв за чек-листом [343].

Під час розробки та проектування станції необхідно визначити доцільність та здійсненність кожного завдання, так зокрема щодо наявності необхідного забезпечення, підготовленості усіх суб'єктів, відповідності формату іспиту до поставленого завдання. У даному контексті абсолютно необхідним є здійснення попереднього тестування кожної із станцій у реальному часі з метою перевірки реалістичності встановлених часових меж, відповідності обладнання та оснащення, підготовленості акторів-стандартних пацієнтів тощо [343].

До кожної із визначених станцій мають бути розроблені паспорти, що мають містити інформацію щодо розробників, предмету і типу станції, навчальної мети, загального формату (пацієнт, обладнання, витратні матеріали, варіанти завдань, інструкції та матеріали для студента), методичні матеріали (алгоритми), чек-лист і критерії оцінювання, інформаційні джерела (нормативні документи, довідники тощо) [343].

Таким чином, ми бачимо, що після визначення загальної стратегії та покрокової тактики проведення іспиту, а також матеріально-технічного комплектування стацій, наступним необхідним етапом є підготовка усіх суб'єктів екзаменаційного процесу. Так, зокрема стандартних пацієнтів (якими можуть бути колеги інтерни, представники інших спеціальностей, співробітники медичного університету, добровольці з числа пацієнтів тощо), лікарів-інтернів, які складатимуть іспит, а також викладачів-експертів, які безпосередньо здійснюватимуть оцінювання під час іспиту [343].

Що стосується підготовки стандартних пацієнтів, то вона передбачає короткий узагальнений ввідний інструктаж, описання клінічного випадку, що

належить представити актору, основні скарги, що притаманні для певної клінічної ситуації, мова спілкування (інтонація, переривчастість, супутні звуки, як то: хрипи, свисти, покашлювання тощо), прогнозування питань та заготовка відповідей, підготовка стандартних відповідей на непередбачені заздалегідь питання. Тобто, підготовка пацієнта спрямовується на забезпечення максимальної реалістичності його поведінки до такої, що мала б бути продемонстрованою у конкретній клінічній ситуації [343].

Говорячи про підготовку викладачів-експертів, то у даному випадку, важливим є психологічний компонент, що передбачає відмежування від попереднього наявного досвіду екзаменування за класичною системою, що є обов'язковою передумовою стандартизації процесу та забезпечення його об'єктивності [343].

Так, зокрема екзаменатор не повинен самотійно уточнювати завдання, окрім оголошення інформації, заздалегідь визначеної у паспорті станції та конкретному клінічному випадку; задавати і відповідати на непередбачені сценарієм питання; вказувати на помилки та виправляти інтерна. У той же час, він має ідентифікувати і зареєструвати інтерна; представити завдання відповідно до паспорта станції; заповнити чек-лист; проінформувати про закінчення станції; надати інформацію про результат адміністратору іспиту [343].

Що стосується інтернів, то вони повинні знати регламент проведення іспиту і кількість станцій, сигнал до їх зміни; критерії оцінювання; володіти компетентностями в межах програми; знати приблизний зміст станцій; мати відповідний зовнішній вигляд (халат, хірургічний костюм тощо), документи для ідентифікації (студентський квиток, паспорт, посвідчення водія тощо), бейдж із зазначенням прізвища ім'я та по батькові, маршрутний лист із послідовністю відвідування станцій, а також план-схему їх розташування. Окрім цього заздалегідь може бути обговорення необхідності наявності персональних інструментів, таких як фонендоскоп тощо. Однак, відповідно до регламенту іспиту не передбачено ознайомлення інтернів зі змістом та структурою чек-листа, а також вагою його компонентів у балах; точним змістом завдань на станціях, а також конкретними клінічними сценаріями [343].

Що стосується оцінювання кінцевого результату іспиту, то воно здійснюється у дуальній формі – склав/не склав відповідно до заздалегідь визначених критеріїв щодо мінімальної кількості та переліку абсолютно необхідних сформованих та відповідно продемонстрованих компетентностей. Рекомендовано також встановлення так званої «пограничної» групи для якої можливим є повторне складання іспиту або окремих станцій [343].

Таким чином із застосуванням об'єктивного структурованого іспиту як форми підсумкового оцінювання інтернів, ми здобуємо можливість для підвищення валідності та надійності процедури атестації лікарів на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста.

Окремої уваги потребує організація неформальної освітньої діяльності лікарів у формі науково-практичних осередків, як таких, що сприяють обміну досвідом та знаннями між колегами, сприяють розвитку творчих та організаторських здібностей лікарів, створюють передумови для ефективної міжпрофесійної інтеграції лікарів.

Також хочемо відзначити особливості налагодження суб'єкт-суб'єктного зворотного зв'язку із застосуванням дистанційних технологій, що нашу думку найбільшою мірою відповідає сучасним тенденціям розвитку суспільства у площині диджиталізації суспільних процесів.

Варто зазначити, що із застосуванням технологій дистанційного анкетування, практика реалізації механізмів зворотного зв'язку зі споживачами послуг післядипломної освіти може замість періодичного набути безперервний характер, адже інтерн має можливість висловити своє враження, а також озвучити скарги та побажання, що стосуються освітнього процесу не лише під час проведення планового анкетування дати якого будуть визначені менеджментом закладу освіти, а одразу після виникнення такого бажання чи потреби, адже електронний опитувальник розміщено у загальному доступі безпосередньо на офіційному сайті університету.

Окремо звертаємо увагу, що практика застосування дистанційних технологій для забезпечення зворотного зв'язку була застосована нами для анкетування науково-педагогічних співробітників, які проходили курси

підвищення кваліфікації викладачів. У даному випадку практика дистанційного опитування розглядалася нами не лише з позиції забезпечення ефективного зворотного зв'язку, але і у якості складової курсу підвищення кваліфікації, адже дистанційний формат опитування створює можливість для залучення викладачів до практичного застосування сучасних технологій комунікації у процесі навчання.

Налагодження зворотного зв'язку з споживачами, зокрема особами, які навчаються, є необхідністю у контексті додержання міжнародних стандартів якості, зокрема під час надання освітніх послуг медичними університетами. Особливого значення даний пункт набуває у контексті реалізації програм освіти дорослих, у тому числі післядипломної освіти, що має забезпечуватись із додержанням андрагогічних принципів навчання.

Можливість забезпечення зворотного зв'язку з інтернами із застосуванням дистанційних технологій забезпечує комунікативність, доступність, продуктивність та економічність даного процесу. Що стосується дистанційного анкетування науково-педагогічних співробітників у контексті проходження ними курсів підвищення кваліфікації для викладачів, то, на нашу думку, означений варіант налагодження зворотного зв'язку забезпечує додаткову можливість щодо залучення широкого кола викладачів до використання сучасних інформаційно-комунікативних технологій у процесі викладацької діяльності. Окрім цього, викладачі мають змогу відчувати себе в умовах, що є максимально наближеними до тих, в яких перебувають особи, які навчаються у процесі опанування матеріалу, що є особливо важливим для реалізації освітніх програм для дорослих.

Окремо ми б хотіли звернути увагу на якісне оновлення курсу довгострокового підвищення кваліфікації викладачів, що розглядається нами як передумова еволюційних перетворень у професійній медичній освіті. Адже перш ніж навчити когось викладач має бути навчений сам, зокрема щодо застосування сучасних інформаційних технологій навчання в освітньому процесі.

Підвищення кваліфікації науково-педагогічних співробітників регламентується наказом Міністерства освіти і науки України від 24 січня 2013 р. № 48 «Про затвердження Положення про підвищення кваліфікації та стажування педагогічних і науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів».

Зокрема зазначеним нормативно-правовим актом закріплено обов'язковість проходження довгострокового підвищення кваліфікації викладачів, тривалість якого становить не менше ніж 108 академічних годин не рідше ніж один раз на п'ять років. Також документом передбачено опційну можливість проходження короткострокових курсів (тривалістю до 108 академічних годин) у вигляді семінарів, семінарів-практикумів, семінарів-нарад, семінарів-тренінгів, тренінгів, вебінарів, «круглих столів» тощо [344].

Особливості підвищення кваліфікації викладачів медичних закладів вищої освіти закріплено у Тимчасовому положенні про підвищення кваліфікації викладачів вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів, інститутів удосконалення лікарів України, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 травня 1993 р. №95, зокрема документом розмежовуються поняття первинного та повторного підвищення кваліфікації. Так, первинне підвищення кваліфікації передбачено для молодих спеціалістів упродовж перших п'яти років від зарахування на науково-педагогічну посаду, однак не раніше ніж через рік від нього. Що стосується повторного підвищення кваліфікації, то його проходження можливе лише після первинного. Окрім цього, наказом визначаються заклади вищої освіти у структурі яких створено факультети підвищення кваліфікації викладачів як базові осередки первинного підвищення кваліфікації [348]. Одним із таких осередків, було визначено факультет підвищення кваліфікації викладачів вищих медичних навчальних закладів Національного медичного університету імені О.О. Богомольця який було створено ще у 1968 році [349]. Однак, не зважаючи на значний досвід роботи підрозділу та вагомні здобутки у сфері удосконалення освітян медичної галузі на передодні п'ятдесятої річниці від дня заснування факультету постала потреба щодо його реорганізації з метою створення сучасного структурного підрозділу діяльність якого буде спрямована на реалізацію програм освіти упродовж життя. Таким підрозділом став навчально-науковий центр неперервної професійної освіти Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

З урахуванням провідного досвіду світових університетів, а також з огляду на стрімкий темп сучасного життя в постіндустріальному суспільстві, на базі навчально-наукового центру неперервної професійної освіти Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця нами було започатковано дистанційний курс довгострокового підвищення кваліфікації викладачів, що передбачає можливість професійного удосконалення колег без відриву від основного місця роботи, що забезпечує доступність, гнучкість, варіативність, комунікативність, продуктивність та інші переваги навчання, що є надзвичайно важливими у контексті реалізації програм андрагогічної освіти.

Варто зазначити, що можливість використання дистанційних технологій навчання для забезпечення навчання в різних формах, а також реалізації всіх видів навчальних занять за дистанційною формою закріплено у наказі Міністерства освіти і науки України від 25 квітня 2013 р. № 466 «Про затвердження Положення про дистанційне навчання». Також, в нормативно-правовому акті визначено вимоги до провайдерів дистанційних освітніх послуг [350].

Що стосується технічного рішення для втілення дистанційного курсу підвищення кваліфікації викладачів у Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця нами було обрано платформу Moodle.

За своїм наповненням кожен із шести тематичних розділів курсу довгострокового підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників містить описову частину, що коротко висвітлює проблему, представлену у розділі, а також визначає критерії оцінювання завдань із зазначенням максимальної кількості балів, які можна отримати при їх виконанні.

Також, у кожній темі представлено:

- глосарій, що містить основні поняття;
- лекційний матеріал, зокрема спеціально підготовлені у рамках реалізації проекту дистанційного навчання відеолекції викладачів курсу, а також слайди презентацій;

- анонімну форму оцінки лекції, у якій курсант може залишити свій відгук про кожну окрему лекцію зазначивши прізвище ім'я та по батькові лектора, тему лекції, оцінити ентузіазм з яким лектор презентував матеріал, структурованість матеріалу презентації до лекції, достатність наочних прикладів, практичну значущість висвітленого матеріалу, коректність обсягу презентованої інформації тощо;
- тестові завдання;
- практичні завдання;
- теми для обговорення у режимі форуму.

У якості окремої складової довгострокового курсу підвищення кваліфікації, відповідно до навчального плану та програми, виокремлено підготовку та захист навчально-наукового проекту, що має на меті оцінку практичної здатності до застосування науково-педагогічним працівником інноваційних форм, методів та технологій навчання у процесі своєї викладацької діяльності. Так, у якості навчально-наукового проекту може бути представлено удосконалений навчальний план та програму дисципліни або курсу, розроблений на основі компетентнісного підходу; лекційний матеріал; матеріал до семінарського або практичного заняття; станція для об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту; проект підручника, навчального посібника, практикуму у тому числі електронного тощо.

Захист проекту у дистанційному форматі реалізується шляхом завантаження, безпосередньо на дистанційну платформу або на хмарне сховище із подальшим надання доступу за посиланням, відео в якому курсантом має бути визначено актуальність та доцільності представленого проекту, зазначено перспективи його майбутнього застосування у навчальному процесі, коректно і доступно представлено основний матеріал із застосуванням технічних засобів візуалізації.

Важливо наголосити, що під час всього дистанційного курсу існує можливість консультації з викладачем як у форматі онлайн за допомогою чату, вмонтованого у платформу так і в режимі офлайн із застосуванням електронної

пошти. Що стосується завдань, представлених для розв'язання курсантом, зокрема тестових та практичних, а також навчально-наукового проекту то для них зворотній зв'язок з викладачем є обов'язковим. Тобто при оціненні кожної з робіт викладачем надається розгорнутий коментар у форматі позитивної критики із значенням переваг та недоліків обраного варіанту відповіді, виконаного завдання чи представленого проекту, а також можливостей для його подальшого удосконалення.

Після завершення курсу учасникам пропонується пройти анонімне анкетування метою якого є визначення ступеню задоволеності викладачів структурою курсу, його змістовим наповненням, а також засобами його реалізації у тому числі із застосуванням дистанційного формату навчання.

За результатами опитування 125 респондентів 91,2 % курсантів відповіли, що вважають дистанційне навчання під час підвищення кваліфікації зручним, а також таким, що підвищує його якість та результативність.

Відтак, вважаємо, що інноваційний досвід започаткування курсу довгострокового підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників медичних закладів вищої освіти у дистанційному форматі є першим кроком у напрямку перетворення періодичного підвищення кваліфікації у реально функціонуючу систему неперервного професійного розвитку викладачів, яка у свою чергу є обов'язковою передумовою підвищення якості медичної освіти, кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я та якості медичного забезпечення населення України.

Також, вважаємо за необхідне згадати, про започатковану нами практику щодо запровадження особистого освітнього портфоліо в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця, що здійснюється відповідно до вимог Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 [26] у якості пілотного проекту було розроблено саме для обліку особистих професійних надбань викладачів.

Загалом, особисте освітнє портфоліо як засіб обліку надбань фахівців охорони здоров'я є широко розповсюдженим у розвинутих країнах світу. Наукові

публікації щодо ефективності методу портфоліо у медичній освіті набули значного поширення ще наприкінці минулого тисячоліття. Так, зокрема Міжнародною асоціацією медичної освіти (An International Association for Medical Education – AMME) у 1999 р. було опубліковано Керівництво з медичної освіти: навчання та оцінювання із застосуванням портфоліо у медичній освіті. Так, у зазначеному документі міститься інформація про переваги застосовування методу портфоліо у навчанні дорослих, зокрема практичний досвід щодо обліку та оцінювання надбань у процесі навчання дорослих [351].

Що стосується післядипломної освіти лікарів, то вперше метод портфоліо було застосовано серед лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика» у 1994 р. в м. Шеффілд Великої Британії. Формат, запропонованого портфоліо не був чітко фіксованим, однак передбачав висвітлення учасниками такої інформації, як: план навчання і навчальні цілі із зазначенням методів для їх досягнення, а також висвітленням практичного досвіду застосування здобутих знань; перелік критичних випадків із відповідним формулюванням нових навчальних цілей та переглядом навчального плану; курси післядипломної освіти на теми покращення здоров'я, управління захворюваннями та надання послуг із зазначенням кількості годин та видів навчальної діяльності. Також інтернам необхідно було оцінити їх навчання упродовж року із зазначенням його переваг та недоліків. Сформовані портфоліо оцінювались викладачами за такими показниками як: завершення навчального курсу; досягнення навчальних цілей первинного навчального плану та/або виникнення критичних випадків; розуміння процесу навчання. За результатами пілотного проекту щодо навчання із застосуванням методу портфоліо було прийнято рішення про його застосування на рівні із традиційними методами оцінювання [351].

Сьогодні у Великій Британії облік надбань інтернів також здійснюється шляхом створення та змістового наповнення особистого портфоліо, що складається з таких розділів, як: план персонального та професійного розвитку; здобутки у процесі навчання та їх показники; звіт про оволодіння навичками щодо виконання обов'язкових клінічних маніпуляцій; відгуки від колег про вміння працювати у колективі; описи самостійного обстеження хворих;

результати проміжної та підсумкової атестації (зокрема, рішення про видачу диплому про завершення інтернатури) [352, с. 636]. Варто зазначити, що практики застосування освітніх портфоліо на етапі післядипломної освіти лікарів здобула свого поширення і за межами Великої Британії, так, зокрема в Австрійській Республіці під час первинної спеціалізації не передбачено формального оцінювання, у той же час для успішного проходження навчання необхідно підтвердити обсяг та зміст виконаної роботи за допомогою освітнього портфоліо [240].

Що стосується практики застосування методу портфоліо для розвитку професійної компетентності та мотивації викладачів до саморозвитку, то для реалізації зазначеного проекту було створено окремий сайт, що стандартизує та спрощує процедуру внесення персональних даних науково-педагогічних співробітників. За своєю структурою портфоліо складається з чотирьох розділів: загальна інформація, професійний розвиток, науково-педагогічна робота, науково-дослідна діяльність. Особливістю даної системи є автоматична взаємодія з найбільш поширеними профілями вчених, таких як: Scopus, ORCID, ResearcherID, Publons та GoogleScholar, що дозволяє автоматично відображати інформацію щодо наукових здобутків викладача у його портфоліо таким чином забезпечуючи достовірність даних та оптимізацію процедури їх внесення.

Таким чином, застосування запропонованих нами організаційних форм та методів післядипломної медичної освіти сприятиме всебічному професійному та особистісному розвитку лікарів, формуванню готовності до кваліфікованої реалізації професійних повноважень, спрямованих на збереження та укріплення здоров'я населення.

4.4. Сучасні інформаційні технології у післядипломній освіті лікарів

Технологія (від грецького *techne* – мистецтво, майстерність, вміння), сукупність методів обробки, виготовлення, зміни стану, властивостей, форм сировини, матеріалу чи напівфабрикату, що здійснюються у процесі виробництва продукції. Задача технології як науки – виявлення фізичних, хімічних, механічних

та інших закономірностей з метою визначення та практичного найбільш ефективних та економічних виробничих процесів [107, с. 1338].

Що стосується освітньої технології, то її визначають як вчення та етичну практику про полегшення навчання та підвищення його продуктивності шляхом створення, використання та управління відповідними технологічними процесами та ресурсами [353, с. 1].

Розглядаючи післядипломну освіту, як таку, що спрямована на формування та розвиток компетентностей у дорослих надзвичайно актуальним при виборі освітніх технологій постає врахування їх соціальних та психологічних особливостей, зокрема щодо наявного досвіду, а також зобов'язань відповідно до різноманітних суспільних ролей. Саме тому, важливим є залучення дорослих учнів до управління навчальним процесом, добору змісту, визначення оптимальних форм та методів навчання та оцінювання [89]. У даному контексті уваги потребують інтерактивні освітні технології.

Використання інформаційних технологій та їх інструментів, зокрема персональних комп'ютерів, сучасних навчальних програм та віртуальних тренажерів створюють передумови для прискорення процесу пошуку та розповсюдження інформації, збільшення гнучкості освітнього процесу, можливості метакогнітивного розуміння, що у свою чергу сприяє підвищенню швидкості і якості навчання [354].

Окремого значення наведені переваги набувають в умовах інформаційного суспільства, коли економічне, культурне та соціальне життя значною мірою залежать саме від інформаційних та комунікаційних технологій, що сприяють збереженню вільного часу, можливостям дистанційної роботи, підвищенню продуктивності та конкурентної атмосфери, а також навчання упродовж життя [354].

Так, що стосується інтерактивних технологій навчання дорослих, то ми повністю погоджуємося з думкою С.О. Сисоевої, яка зазначає, що вони забезпечують включення дорослих у процес навчання за рахунок добору й використання сукупності інтерактивних форм, методів, прийомів, методик, засобів навчання, що дозволяють гарантовано досягти запланованого результату,

забезпечити зворотній зв'язок, право вибору, двоспрямованість спілкування, оптимальне врахування життєвого та професійного досвіду тих, хто навчається, що дозволяє зменшити час навчання, який, як правило, є обмеженим у дорослої людини [89, с. 40-41].

Тож саме з огляду на часові та просторові обмеження навчальної діяльності дорослої людини все більшої популярності набувають сучасні інформаційні технології навчання, що дозволяють здійснювати навчання дистанційно без «прив'язки» до заздалегідь визначеного часу та місця, що відповідно позитивно позначається на навчальних можливостях дорослих.

Варто відзначити, що поняття інформаційних (інформаційно-комунікативних) технологій є досить широким та являє собою сукупність методів, виробничих процесів і програмно-технічних засобів, інтегрованих з метою збирання, опрацювання, зберігання, розповсюдження, показу і використання інформації в інтересах її користувачів, що забезпечують та підтримують інформаційні процеси, тобто процеси пошуку, збору, передачі, збереження, накопичення, тиражування інформації та процедури доступу до неї [355].

Цікавим є дослідження щодо ролі інформаційних технологій у підвищенні мотивації здобувачів освіти до навчання, зокрема за рахунок можливості отримати від комп'ютера негайний зворотній зв'язок, як то показник правильних відповідей чи інших результатів навчальної діяльності. Більш того, комп'ютер може дати мотивацію студента для подальшого навчання, адже він завжди є терплячим і безсумнівним. На думку Дж. Куліка, який вивчає ефективність застосування комп'ютерів у процесі навчання, студенти зазвичай отримують більше за менший час при отриманні комп'ютерних інструкцій, і вони є більш позитивно налаштованими щодо вивчення предмету [356].

Як зазначає американський педагог К.Б. Уайт, успішне навчання все більше залежить від того, наскільки широко та ефективно у ньому застосовуються комп'ютерна техніка та інформаційні технології. Адже саме застосування освітніх технологій створює для студентів можливість бути активними учасниками свого навчання та застосовувати диференційовані підходи до виконання навчальних завдань; розширює індивідуальну освіту і заохочує розвиток персоналізованих

навчальних планів; передбачає широкі можливості для інтеграції здобутих знань в інноваційний спосіб [356].

Однак, не можливо не відзначити і ті недоліки, які часто виникають у процесі застосування інтерактивних технологій у процесі навчання. Так на практиці часто недостатньою є кількість інтерактивних засобів та ресурсів, що застосовуються для оптимізації процесу навчання. Часто викладачі з усього арсеналу доступних технологій використовують лише мультимедійні проектори або інтерактивні дошки з метою демонстрації певних зображень, відео чи навіть текстової інформації [356].

Такий стан речей може бути обумовлений значним обсягом підготовчої роботи яку має провести викладач щоб адаптувати до застосування у процесі навчання ту чи іншу технологію. Така особливість може не лише створювати додаткове часове навантаження на викладачів, але й поставати дійсною проблемою для тих з них, хто не надто добре знайомий із сучасними технологіями, що можуть бути використані з навчальною метою [356].

Окрім цього варто наголосити і на високій швидкості, що притаманна розвиткові технологій, що у свою чергу обумовлює необхідність оновлення освітніх засобів та ресурсів і відповідно нових часових витрат та спеціалізованої підготовки для викладачів [356].

Та з огляду на те, що практика застосування персональних комп'ютерів та комп'ютерних мереж в освітній практиці вже стала загальноприйнятною, як на рівні університетів так і під час самоосвітньої діяльності, то значний інтерес викликає саме застосуванню інформаційних технологій у практиці дистанційного навчання, як такого, що розглядається нами як пріоритетний напрям щодо оптимізації освіти дорослих, зокрема післядипломної освіти лікарів у її необмеженому професійному континуумі.

Отже, відповідно до визначення, закріпленого у Положенні про дистанційне навчання, затвердженому наказом Міністерства освіти і науки України від 25 квітня 2013 р. № 466 інформаційно-комунікаційні технології дистанційного навчання це технології створення, накопичення, зберігання та доступу до веб-ресурсів (електронних ресурсів) навчальних дисциплін (програм), а також

забезпечення організації та супроводу навчального процесу за допомогою спеціалізованого програмного забезпечення та засобів інформаційно-комунікаційного зв'язку, в тому числі Інтернету [350].

Таким чином, очевидною постає, необхідність більш детального дослідження та широко запровадження інформаційних технологій у практику післядипломної освіти, зокрема, як одного з факторів її часової та просторової оптимізації.

У даному контексті нашу увагу привертає поняття «дистанційне навчання», що відповідно до наказу Міністерства освіти та науки України від 25 квітня 2013 р. № 466 «Про затвердження Положення про дистанційне навчання» розуміється як індивідуалізований процес набуття знань, умінь, навичок і способів пізнавальної діяльності людини, який відбувається в основному за опосередкованої взаємодії віддалених один від одного учасників навчального процесу у спеціалізованому середовищі, яке функціонує на базі сучасних психолого-педагогічних та інформаційно-комунікаційних технологій [350].

Необхідно зазначити, що історично дистанційна освіта бере свій початок із заочної освіти. Так, наприкінці XIX століття, студенти, які жили в регіонах, віддалених від університетів або коледжів, могли навчатися не полишаючи на довго свої домівки, таким чином, зменшуючи фінансове навантаження на родини та дозволяючи студентам працювати на повну зайнятість паралельно із навчанням. Та дана практика отримувала багато не схвальних відгуків, зокрема через віддаленість осіб, які навчаються та викладачів, що у свою чергу унеможливлювало встановлення між ними особистого контакту та реальної передачі досвіду. Проте економічна рентабельність даного проекту як для університетів, так і для осіб, які навчаються забезпечила його виживання та створило підґрунтя для подальшого розвитку [357, с. 594].

Новий етап у розвитку дистанційної освіти розпочався із розвитком технологій передачі інформації. Так, першою із технологій, що була застосована у дистанційній освіті у 1920-х роках стало радіомовлення, що застосовували у поєднанні із традиційною поштовою розсилкою. У період між 1950 та 1980 рр. з освітньою метою активно почали застосовувати та технологічні розробки, як:

магнітофони, відео конференції, супутникову трансляцію, а також поширення персональних комп'ютерів починаючи з 1980-х рр. Та найбільшого поширення практика дистанційної освіти набула саме із створенням та поширеністю доступу населення до мережі Інтернет [357].

Сьогодні практика дистанційного навчання набуває все більшого розвитку та поширення. Початок цієї епохи можна асоціювати зі створенням перших відкритих університетів, які забезпечували надання освітніх послуг виключно у дистанційному форматі. Так, серед перших відкритих університетів необхідно відзначити Відкритий університет у Сполучених Штатах Америки (1969), Національний університет дистанційної освіти в Іспанії (1972), Аллама Ікбал Відкритий університет в Пакистані (1974), Відкритий навчальний інституту у Канаді (1978) тощо [357].

Необхідно відзначити, що дистанційне навчання розглядається науковцями не лише як засіб для розширення доступу до освіти, а також оптимізації процесу її здобуття з урахуванням індивідуальних потреб здобувачів освіти, однак і як засіб мінімізації її вартості, що є важливим як для здобувачів, так і для закладів освіти, що забезпечують процес навчання [357].

Практика дистанційного навчання на сьогодні набула значного поширення у всьому світі і потреба у ньому зростає. Даний феномен здебільшого обумовлений підвищеним попитом щодо вищої освіти та необхідності постійного поглиблення, оновлення, а нерідко і зміни спрямування професійної освіти [358, с. 14].

Аналіз наукових досліджень дозволив нам визначити тенденцію, що розглядає дистанційну освіту як передумову до економічного розвитку суспільства (рис. 4.5.). Така позиція обґрунтована тим, що із запровадженням дистанційних освітніх технологій значною мірою підвищується доступність освіти, як за рахунок зниження її вартості для здобувачів, так і за рахунок зняття жорстких часових та просторових обмежень, що зокрема актуально для осіб, які для задоволення своїх освітніх потреб повинні працювати, які мають певні фізичні обмеження, а також для тих, хто проживає у місцях, віддалених від освітніх центрів. Окрім цього із запровадженням дистанційного формату навчання підвищується доступність унікальних інформаційних ресурсів для

широкого загалу населення, так, наприклад лекцію Нобелівського лауреата, яку фізично можуть відвідати декілька сотень осіб одночасно у дистанційному форматі може прослухати майже необмежена кількість слухачів. Окрім цього, із запровадженням дистанційного формату навчання значною мірою скорочується перелік супутніх витрат, що є необхідними для забезпечення навчання у традиційному аудиторному форматі, зокрема до них належать витрати на: обслуговування/оренду навчальних приміщень, утому числі витрат щодо енергоресурсів (світло, тепло тощо), навчального приладдя (меблі, комп'ютери, інший навчальний інвентар тощо). Таким чином збільшуються можливості щодо інвестування коштів, отриманих від навчальної діяльності власне у підвищення якості освітнього продукту як такого.

Відтак зазначені можливості застосування дистанційного формату навчання сприяють набуттю гнучкості освітньою системою, що у свою чергу створює передумови для її реформування з метою задоволення актуальних потреб споживачів у постіндустріальному суспільстві і відповідно забезпечення поступального економічного розвитку населення.

Однак, не дивлячись на істотні переваги запровадження дистанційного навчання, існує і низка проблемних питань, зокрема щодо забезпечення якості освітніх послуг, що надаються у дистанційному форматі.

Так, зокрема до проблемних питань, що часто постають у контексті реалізації навчальних програм у дистанційному форматі належить невміння здобувачів освіти вчитись дистанційно, зокрема через відсутність попереднього досвіду навчання за дистанційними програмами, а також недостатню інформаційну підтримку до початку та у процесі навчання. Адже здобувачів освіти у дистанційній формі потрібно не лише забезпечити якісними навчальними матеріалами, але й адаптувати їх із застосуванням відповідних методів навчання [359, 360].

Також серйозною видається проблема щодо відсутності навичок управління власною освітньою діяльністю серед осіб, які навчаються. Так, значна частина студентів не в змозі планувати свій графік навчання. Так, зокрема вони часто починають вчитися безпосередньо перед кінцем встановленого терміну для здачі

навчальних завдань, або визначеного часу іспиту у зв'язку з чим часто не справляються із опрацюванням визначеного заздалегідь обсягу навчальних матеріалів [361].

Однією з причин не системної роботи осіб, які навчаються є неправильне уявлення про дистанційне навчання, зокрема через брак інформації щодо його особливостей [362, 363].

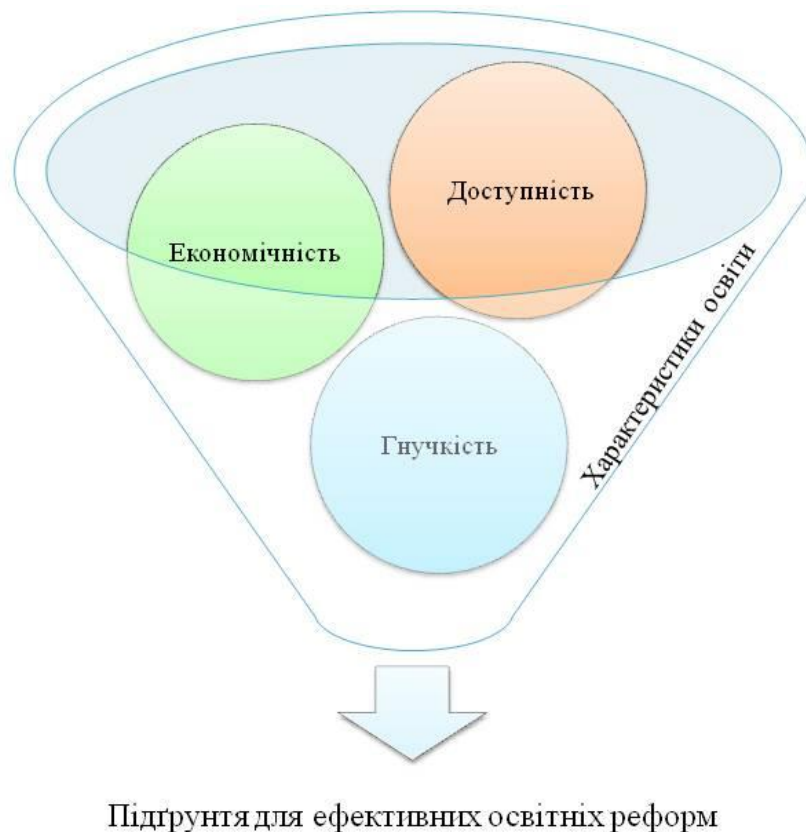


Рис. 4.5. Переваги застосування дистанційного формату освіти, з позиції забезпечення передумов для економічного розвитку суспільства
[Джерело: власне опрацювання]

Дистанційне навчання вимагає від осіб, які навчаються та викладачів застосування відмінних, по відношенню до класичного аудиторного навчання, підходів, що часто, у зв'язку із відсутністю досвіду та сформованістю навчальних шаблонів на основі попереднього досвіду, є складним для практичної реалізації.

Так, зокрема серед основних труднощів, що виникають, можна відзначити наступні [358, с. 16]:

- відсутність практичного досвіду щодо навчання у дистанційному форматі, а також застосування дистанційних технологій у навчанні,
- не адаптованість форм, методів та технологій до навчання у дистанційному форматі;
- складність підготовки навчальних матеріалів належної якості;
- недостатня мотивованість та навички самоорганізації серед осіб, які навчаються;
- потреба у належному технічному забезпеченні.

Таким чином, ми бачимо, що основний акцент при організації навчання у дистанційному форматі має бути здійснено саме на підготовчий етап. Адже необхідно забезпечити високу якість навчальних матеріалів, що мають бути достатніми інформативними та у той же час доступними для самостійного опанування особами, які навчаються. Також, абсолютно необхідним є вибір та практична реалізація технічного рішення для забезпечення навчального процесу, що зокрема передбачатиме можливість щодо застосування усіх необхідних форм та методів навчання, одночасного обслуговування визначеного кола суб'єктів освітньої діяльності, а також лаконічності та простоти у користуванні.

Тож очевидною постає необхідність першочергової спеціалізованої підготовки викладачів для запровадження дистанційного формату навчання [356].

Варто зазначити, що забезпечення підготовки кваліфікованих викладачів, компетентних, зокрема з питань дистанційного навчання є вимогою часу і по відношенню до медичної освіти. Означений стан речей обумовлений, не в останню чергу, законодавчо обумовленою неперервністю професійного розвитку лікарів упродовж всього періоду медичної практики [320].

У даному контексті, необхідно звернути увагу на зарубіжну практику підготовки фахівців з питань медичної освіти, так в Австралії, Ісламській Республіці Іран, Канаді, Республіці Туреччина, Сполученому Королівстві Великої Британії та Північній Ірландії, а також Сполучених Штатах Америки широкого розповсюдження набули магістерські програми за спеціальністю «Медична освіта», що реалізуються медичними школами та розраховані на практичних лікарів, які здійснюють науково-педагогічну діяльність (Johns Hopkins University;

Harvard Medical School; University of Dundee; Foundation for Advancement of International Medical Education and Research). Так, за інформацією А. Tekian та І. Harris (2012), 128 провідних університетів світу пропонують спеціалізовані магістерські програми для освітян галузі охорони здоров'я. Варто відзначити, що лише 39,1 % з них проводяться виключно в аудиторному форматі. Такий стан речей притаманний для країн Африки та Південної Азії (Ісламська Республіка Пакистан, Кенія, Королівство Саудівська Аравія тощо). У той же час у суто дистанційному форматі магістерський курс з медичної освіти реалізується у 11,7 % випадків в університетах Сполучених Штатів Америки (Медична школа Східної Вірджинії, Університет узбережжя затоки Флорида тощо) та Сполученого Королівства Великої Британії та Північної Ірландії (Стаффордширський університет, Единбурзький університет, Університет медицини та науки імені Р. Франкліна, Університет штату Іллінойс тощо). Решта програм пропонуються для опанування як в дистанційному так і в аудиторному форматах [364].

З урахуванням провідного досвіду світових університетів, а також з огляду на стрімкий темп сучасного життя в постіндустріальному суспільстві, на базі навчально-наукового центру неперервної професійної освіти Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця нами було започатковано дистанційний курс довгострокового підвищення кваліфікації викладачів, що передбачає можливість професійного удосконалення колег без відриву від основного місця роботи, що забезпечує доступність, гнучкість, варіативність, комунікативність, продуктивність та інші переваги навчання, що є надзвичайно важливими у контексті реалізації програм андрагогічної освіти.

Варто зазначити, що можливість використання дистанційних технологій навчання для забезпечення навчання в різних формах, а також реалізації всіх видів навчальних занять за дистанційною формою закріплено в наказі Міністерства освіти і науки України від 25 квітня 2013 р. № 466 «Про затвердження Положення про дистанційне навчання» (2013). Також, в нормативно-правовому акті визначено вимоги до провайдерів дистанційних освітніх послуг. Що стосується технічного рішення для втілення дистанційного

курсу підвищення кваліфікації викладачів у Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця нами було обрано платформу Moodle. За своїм змістом дистанційний курс, відповідно до навчального плану та програми розрахований на 108 академічних годин та розкривається у шести тематичних розділах, а саме:

- організація навчального процесу;
- сучасні технології, форми та методи навчання;
- андрагогічні особливості навчання дорослих;
- методологічні підходи до оцінювання та стандартизації навчального процесу;
- організація самостійної роботи студентів та інших категорій осіб, які навчаються;
- сучасні вимоги до навчально-методичних матеріалів.

За своїм наповненням кожен розділ містить описову частину, що коротко висвітлює проблему, представлену у розділі, а також визначає критерії оцінювання завдань із зазначенням максимальної кількості балів, які можна отримати при їх виконанні. Також у кожній темі представлено:

- глосарій, що містить основні поняття;
- лекційний матеріал, зокрема спеціально підготовлені у рамках реалізації проекту дистанційного навчання відеолекції викладачів курсу, а також слайди презентацій;
- анонімну форму оцінки лекції, у якій курсант може залишити свій відгук про кожну окрему лекцію зазначивши прізвище ім'я та по батькові лектора, тему лекції, оцінити ентузіазм з яким лектор презентував матеріал, структурованість матеріалу презентації до лекції, достатність наочних прикладів, практичну значущість висвітленого матеріалу, коректність обсягу презентованої інформації тощо;
- тестові завдання;
- практичні завдання;
- теми для обговорення у режимі форуму.

У якості окремої складової довгострокового курсу підвищення кваліфікації, відповідно до навчального плану та програми, виокремлено підготовку та захист навчально-наукового проекту, що має на меті оцінку практичної здатності до застосування науково-педагогічним працівником інноваційних форм, методів та технологій навчання у процесі своєї викладацької діяльності. Так, у якості навчально-наукового проекту може бути представлено удосконалений навчальний план та програму дисципліни або курсу, розроблений на основі компетентнісного підходу; лекційний матеріал; матеріал до семінарського або практичного заняття; станція для об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту; проект підручника, навчального посібника, практикуму у тому числі електронного тощо. Захист проекту в дистанційному форматі реалізується шляхом завантаження, безпосередньо на дистанційну платформу або на хмарне сховище із подальшим надання доступу за посиланням, відео в якому курсантом має бути визначено актуальність та доцільності представленого проекту, зазначено перспективи його майбутнього застосування у навчальному процесі, коректно і доступно представлено основний матеріал із застосуванням технічних засобів візуалізації. Важливо наголосити, що під час всього дистанційного курсу існує можливість консультації з викладачем як у форматі онлайн за допомогою чату, вмонтованого у платформу, так і в режимі офлайн із застосуванням електронної пошти. Що стосується завдань, представлених для розв'язання курсантом, зокрема тестових та практичних, а також навчально-наукового проекту то для них зворотній зв'язок з викладачем є обов'язковим. Тобто при оціненні кожної з робіт викладачем надається розгорнутий коментар у форматі позитивної критики із значенням переваг та недоліків обраного варіанту відповіді, виконаного завдання чи представленого проекту, а також можливостей для його подальшого удосконалення. Після завершення курсу учасникам пропонується пройти анонімне анкетування метою якого є визначення ступеню задоволеності викладачів структурою курсу, його змістовим наповненням, а також засобами його реалізації у тому числі із застосуванням дистанційного формату навчання.

Започаткований нами курс довгострокового підвищення кваліфікації викладачів розглядається нами не лише як засіб оптимізації професійного

удосконалення викладачів, але і як дієвий крок щодо їх професійної підготовки до роботи з у форматі дистанційного навчання. Адже, відповідно до піраміди компетентностей Мілера найвищим рівнем компетентності, розвитку якої і потребує викладач, є самостійне застосування на практиці певного знання [365].

Як вже зазначалось раніше, у якості технічного рішення для створення довгострокового курсу підвищення кваліфікації викладачів нами було використано відкриту систему управління навчанням Moodle (акронім від Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment – модульне об'єктно-орієнтоване динамічне навчальне середовище) – навчальну платформу, призначену для об'єднання педагогів, адміністраторів і осіб, які навчаються в одну надійну, безпечну та інтегровану систему для створення персоналізованого навчального середовища [366].

Для забезпечення більш повного та зрозумілого інформаційного супроводу навчальну платформу було вмонтовано до спеціально створеного веб-сайту навчально-наукового центру неперервної професійної освіти на якому передбачено висвітлення інструкцій та інформаційних матеріалів, що розкривають зміст та особливості навчання у дистанційному форматі.

Таким чином, розроблений нами інноваційний курс довгострокового підвищення кваліфікації викладачів став першим серед таких, що були розроблені нами у дистанційному форматі та розглядається як передумова підготовки кваліфікованих викладачів, які у подальшому забезпечуватимуть ефективну реалізацію освітніх програм, зокрема у дистанційному форматі.

Однак, наступною проблемою, що потребує врегулювання є налагодження ефективної взаємодії між всіма учасниками дистанційного освітнього процесу, зокрема за рахунок налагодження ефективного науково обґрунтованого процесу управління освітньою системою, адже саме менеджмент є рушійним процесом у досягненні успіху у діяльності будь-якої організації, системи тощо. Практика управління є досить стародавньою, так як навіть доісторичні люди жили організованими групами, у яких здійснювалися управлінські функції задля отримання більш високих результатів своєї діяльності. Основним поштовхом до розвитку управління як науки була промислова революція – розвиток

виробництва, створення підприємств, налагодження роботи у колективі тощо. У ХХ ст. управління виокремилося в окрему самостійну науку – менеджмент, що було визнано з публікацією книги Ф. У. Тейлора «Принципи наукового управління» [367, с. 12]. Сьогодні процесний менеджмент являє собою складне та комплексне утворення на розвиток якого мали вплив чотири підходи: з позиції виділення різних шкіл, процесний, системний і ситуаційний. Водночас, управлінська діяльність має ряд загальних характеристик, знання та розуміння яких може допомогти керівнику, як управлінцю досягти поставлених цілей. На думку професора Генрі Мінцберга, даний процес передбачає реалізацію міжособистісних, інформаційних ролей, а також таких, що безпосередньо пов'язані з прийняттям рішення [368, с. 48]. Успішне управління системою післядипломної підготовки лікарів – процес, що поєднує в собі впровадження загальних основ менеджменту та розуміння особливостей професійного становлення лікарів.

Розглядаючи освітню систему як самостійний організаційний процес, звертаємо увагу на інформаційну управлінську роль, що передбачає отримання, розповсюдження та представлення інформації, зокрема шляхом налагодження ефективної комунікації між учасниками процесу [368, с. 49]. Однією з важливих умов ефективної комунікації є налагодження поміж його учасниками зворотного зв'язку, що являє собою процес обміну змістовою та оціночною реакціями партнерів на інформацію та поведінку один одного [369, с. 143]. В умовах організації навчального процесу однією з необхідних обов'язкових форм зворотного зв'язку постає контроль. Контроль – функція управління, що базується на спостереженні та перевірці відповідності процесу функціонування та фактичного стану організації установленим вимогам з метою виявлення відхилень і своєчасної їх ліквідації. Такий вид зворотного зв'язку спрямований на осіб, які навчаються виконує оціночну, коректувальну та мотиваційно-стимулюючу функції [370, с. 124]. Саме тому, належна організація контролю, що здійснюватиметься на постійній основі є однією з обов'язкових умов ефективного управління навчальним процесом. Слід зазначити, що належна організація контролю, як форми зворотного зв'язку може бути здійснена лише з урахуванням

особливостей структури самого навчального процесу [371, с. 44]. Так, розглядаючи систему післядипломної підготовки лікарів на прикладі інтернатури, ми маємо врахувати певні структурні особливості цього процесу, зокрема:

- практичну спрямованість;
- черговість очної та заочної частин навчання;
- особистість дорослого учня.

Проаналізуємо зазначені особливості крізь призму налагодження ефективного зворотного зв'язку у формі контролю. Інтернатура, як обов'язкова форма післядипломної освіти передбачає підвищення рівня практичної підготовки випускників медичних закладів вищої освіти і проводиться в очно-заочній формі навчання. Очна частина підготовки проводиться на кафедрах медичних закладів вищої освіти і передбачає аудиторну підготовку у формі лекційних практичних і семінарських занять. Заочна частина відбувається у формі стажування на базах закладів охорони здоров'я. Тривалість очної та заочної частин підготовки є відмінною для різних спеціальностей, так для хірургічного фаху загальна тривалість підготовки в інтернатурі становить 33 місяці, з них на заочну частину, під час якої лікар-інтерн самостійно провадить практичну діяльність під контролем досвідчених колег (лікарів вищої/першої кваліфікаційної категорії), припадає 21 місяць, що становить 63,6% загальної тривалості первинної спеціалізації. Для лікарів-інтернів терапевтичного профілю співвідношення практичної та теоретичної частин підготовки становить, в середньому, 1:1 [372].

Таким чином, тривалість заочної частини навчання під час якої лікарі-інтерни знаходяться на базі закладу охорони здоров'я є досить тривалою, що відповідно ускладнює процес налагодження зворотного зв'язку у формі традиційного контролю й обумовлює необхідність застосування інформаційно-комунікативних технологій дистанційного навчання.

Наступною особливістю підготовки лікарів-інтернів є власне особистість дорослих учнів. Адже, у порівнянні з іншими, немедичними спеціальностями, особи, які є дипломованими фахівця, починають самостійну практичну діяльність у якості молодих фахівців одразу після завершення додипломного курсу навчання

в університеті, у той час, як лікарі, продовжують здобувати освіту на обов'язковому післядипломному етапі.

Саме тому, при організації навчання з лікарями-інтернами, які є дорослими учнями ми маємо враховувати такі андрагогічні особливості [89, с. 30], як:

- усвідомлення себе самостійною, самокерованою особистістю;
- накопичений життєвий досвід;
- готовність до навчання, що обумовлюється мотивацією до досягнення конкретної мети за допомогою освіти;
- прагнення до швидкої реалізації отриманих знань, умінь і навичок;
- обмеженість навчальної діяльності у часі через певні просторові, побутові, професійні та соціальні фактори.

З огляду на зазначені особливості, налагодження системи контролю має бути здійснене у формі, що найменше обмежуватиме мобільність інтернів і не порушуватиме їх самосприйняття у якості самостійної та самокерованої особистості. У цьому контексті, нашу увагу привернула можливість застосування ігрових комп'ютерних платформ для налагодження зворотного зв'язку, проведення проміжного оцінювання засвоєних знань, а також створення підґрунтя для дискусії.

Сьогодні існує ряд он-лайн платформ для створення тестів, такі як: «Google Forms», «Quizlet, Proprofs», «Kahoot!», «Classmarker», «Plickers», «Easy Test Maker» тощо. Частина із яких є безкоштовними, інші мають повні передплатні версії та базові – доступні без оплати.

Нашу увагу привернув безкоштовний сервіс «Kahoot!» – програма, що забезпечує можливість створення он-лайн тестів, опитувань і вікторин та може бути застосована у дидактичних цілях [373]. Особливістю означеного сервісу є те, що приєднатися до нього можна з будь-якого пристрою, що має доступ до Інтернету без попереднього завантаження програмного забезпечення. Так, для участі у тестуванні особа, яка навчається має лише ввести на своєму пристрої PIN-код, що є унікальним для кожного тесту [374] і може розпочинати роботу.

На пристрої учасника варіанти відповідей відображатимуться у вигляді різнокольорових геометричних фігур, статичних для кожного з тестів, що

оптимізує візуалізацію тестової інформації, представленої на материнському комп'ютері / екрані для кращого її сприйняття та мінімізації технічних помилок при виборі відповіді. На комп'ютері викладача, з якого було зроблено вхід у аккаунт, що є материнським для даного тесту, відобразатимуться результати опитування окремо для кожного запитання та у цілому по групі запитань із зазначенням кількості респондентів і розподілу відповідей у відносних та абсолютних показниках [373].

Серед додаткових можливостей означеного ресурсу є необмежена чисельність учасників, опція часових обмежень, впродовж яких може бути надано відповідь, а також уведення балів за кожну з правильних відповідей, окрім цього програма підтримує можливість створення ілюстрованих та відеозапитань. Для початку роботи з зазначеним сервісом викладачу необхідно зареєструватися, створивши свій аккаунт у якому у подальшому будуть створюватися тести, опитування та презентації матеріалів для дискусій. Ще однією перевагою означеного сервісу є можливість коректування існуючих завдань, що значною мірою раціоналізує часові витрати викладача при підготовці до занять [373].

На нашу думку, не дивлячись на більш широкі можливості щодо застосування платформ дистанційного навчання, у тому числі і для налагодження зворотного зв'язку, перевагою застосування зазначеного ресурсу є відсутність потреби щодо попередньої реєстрації користувачів та створенням їх персональних кабінетів. Тобто у даному випадку долучитись до тестування можна просто перейшовши за активним посиланням до конкретного тесту та увівши код авторизації, що значно спрощує дану процедуру та, на нашу, думку, є більш зручним для застосування для поточного контролю інтернів, що відбувається поза межами конкретного навчального курсу, зокрема під час їх перебування на заочних базах.

Однак, з урахуванням зазначеного очевидною постає необхідність щодо налагодження зворотного зв'язку між кафедрами медичного університету, базами стажування лікарів-інтернів, а також власне самими інтернами під загальним контролем та організаційним супроводом навчально-наукового інституту післядипломної освіти.

З огляду на територіальну неоднорідність та віддаленість розташування клінічних баз підготовки лікарів-інтернів, що часто може бути не обмежена навіть одним містом, очевидною постає необхідність щодо пошуку управлінських рішень із застосуванням сучасних інформаційних технологій для забезпечення комунікації та встановлення зворотного зв'язку між всіма суб'єктами післядипломної освіти у дистанційному форматі.

Так, в Інституті післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця у якості пілотного проекту для налагодження комунікації між куратором групи лікарів інтернів на кафедрі медичного університету, керівником інтернатури на базі стажування, самим інтерном та інститутом нами було обрано безкоштовну багато платформну систему управління проектами Trello.

Дана система використовує парадигму керування проектами, відому як «канбан». Проекти зображуються дошками, що містять списки. Списки містять картки, якими зображуються задачі. Картки повинні переходити з попереднього списку до наступного, таким чином зображаючи рух якоїсь функції від ідеї, аж до тестування. Картці може бути присвоєно відповідальних за неї користувачів. Користувачі та дошки можуть об'єднуватись в команди [375].

Слово «канбан» (від японського 看板 – вивіска, білборд) розглядається як підхід до інкрементної, еволюційної зміни процесів і систем в організації. Він використовує обмеження роботи, що знаходиться в процесі виконання, як ключовий механізм для виявлення проблем в роботі системи та стимулює співпрацю для постійного її вдосконалення. Корені знаходяться в чотирьох базових принципах [376]:

- почніть з того, що ви маєте зараз – не має заздалегідь визначеного набору ролей та кроків процесу, кожен користувач починає із тої облікової точки на якій він перебуває та вносить зміни до системи по мірі розвитку процесу яким здійснюється управління;
- погодьтесь домагатись інкрементних, еволюційних змін – постійні невеликі зміни є необхідною умовою покращення системи та забезпечення її життєздатності у покращеному вигляді;

- поважайте поточний процес, ролі, відповідальності та посади – такий підхід створює можливість для збереження наявного позитивного досвіду системи, без ризику його втрати у процесі запровадження змін;
- лідерство на всіх рівнях – замученість до системи учасників всіх рівнів сприяє прояву на широкий загал їх лідерських якостей.

Також необхідно звернути увагу на п'ять ключових властивостей, що були визначені Д. Андерсеном як такі, що притаманні успішним практикам реалізації методу «канбан» [377]:

- візуалізація, із застосуванням дощок з колонками та картками, як засіб, що допомагає в правильному розумінні змін, що плануються і допомагає впроваджувати їх згідно з планом;
- обмеження задач в процесі виконання, із застосуванням так званої системи «витягування», що передбачає покрокове «витягування» нової роботи на вільне місце у колонці «крок», що сприятиме власне покращенням у системі;
- керування потоками, що забезпечує оцінку та аналіз попередно реалізованих кроків, як передумови для подальших активних управлінських дій, що зокрема дозволяє оцінити позитивні та негативні ефекти змін у системі;
- явність політики, як передумова розуміння процесів та запорука об'єктивного обговорення, що забезпечує підґрунтя для пошуку більш раціональних, емпіричних шляхів вирішення проблеми.
- наявність циклів зворотного зв'язку, як необхідної умови для визначення вдосконалень процесу поза локалізованим рівнем команди;
- вдосконалення у співпраці та розвиток у експериментальній діяльності, як спільне розуміння теорій про роботу, процес, ризики з метою вироблення спільного розуміння проблеми та пошуку консенсусних шляхів для вдосконалення на основі наукового підходу до втілення змін.

Окрім цього, у контексті оптимізації взаємодії суб'єктів післядипломної освіти та налагодження ефективного управління обліком професійних надбань, зокрема як засобу контролю неперервного професійного розвитку лікарів доцільно розглянути практику застосування особистих освітніх портфоліо, що відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302 має вестися працівником та роботодавцем [26].

Для реалізації пілотного проекту із запровадження особистого освітнього портфоліо у якості першої групи було обрано науково-педагогічних співробітників університету. Означене рішення було прийнято з урахуванням основних принципів педагогіки партнерства, що є найбільш прийнятною у процесі навчання дорослих на етапі післядипломної освіти, адже у даному випадку особливо необхідною є реалізація принципу «роби як я», а також створення сприятливих умов для спільного розвитку особи, яка навчається та викладача [378], адже лише успішний, освічений викладач, який безперервно підвищує свій професійний рівень може своїм власним прикладом спонукнути до саморозвитку та самовдосконаленням осіб, які навчаються. Варто зазначити, що особисте освітнє портфоліо викладачів розгадається нами не лише як засіб підвищення якості навчання, однак і як елемент ефективної системи кадрового менеджменту, адже стандартизація системи обліку інформації щодо безперервного професійного розвитку викладачів сприятиме підвищенню прозорості та якості прийняття кадрових рішень.

З метою виявлення димку науково-педагогічних співробітників медичних закладів вищої освіти щодо доцільності запровадження особистого освітнього портфоліо для обліку професійних надбань за допомогою Google Forms нами було створено анкету, що складається з семи запитань закритого типу.

За результатами анкетування було опитано 306 науково-педагогічних співробітників, 58,2% з яких були співробітниками Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, інші представниками різних медичних закладів вищої освіти нашої держави. Так, 83,0% ($\pm 3,8\%$) з числа респондентів

вважають, що запровадження особистого освітнього портфолію для обліку результатів їх безперервного професійного розвитку є доцільним, у той же час 12,1% ($\pm 3,3\%$) не може визначитись із відповіддю на дане запитання, недоцільним такий захід вважають лише 4,9% ($\pm 2,2\%$) опитаних. На питання щодо причин, через які створення портфолію вбачається недоцільним 73,7% ($\pm 4,4\%$) з числа тих, хто на попереднє питання відповів негативно відзначили додаткове навантаження на викладачів щодо необхідності заповнення особистого портфолію. У той же час, викладачі, які підтримують ініціативу щодо створення особистого освітнього портфолію, зазначили, що даний проект сприятиме укріпленню бренду закладу освіти (77,8% $\pm 4,2\%$), підвищенню іміджу викладачів (70,5% $\pm 4,6\%$), саморефлексії науково-педагогічних співробітників (65,0% $\pm 4,8\%$), систематизації персональних професійних даних (92,5% $\pm 2,6\%$), розширенню зав'язків із громадськістю (61,1% $\pm 4,9\%$), удосконаленню кадрового менеджменту (79,4% $\pm 4,0\%$), запровадженню прозорого рейтингування викладачів (56,8% $\pm 5,0\%$) тощо.

Також на питання щодо доцільності забезпечення відкритого доступу до даних особистого портфолію 57,2% ($\pm 5,0\%$) відповіли схвально, 17,6% ($\pm 3,8\%$) висловились категорично проти відкритого оприлюднення їх професійних здобутків, у той же час 25,2% ($\pm 4,3\%$) підтримали можливість самостійного вибору налаштувань політики конфіденційності щодо доступу у профілі власного портфолію.

Щодо технічної готовності викладачів до адміністрування персональних сторінок особистих портфолію, що працюватимуть за технічним принципом соціальних мереж, 91,8% ($\pm 2,7\%$) відповіли схвально.

Окремо варто звернути увагу на те, що 97,7% ($\pm 1,5\%$) викладачів підтримали тезу щодо необхідності першочергового самостійного опанування методу освітнього портфолію, як такого, що у подальшому стане обов'язковим для застосування усіма фахівцями охорони здоров'я.

Отже, на нашу думку, результати проведеного анкетування свідчать про принципову підтримку викладачами пілотного проекту щодо запровадження особистого освітнього портфолію серед науково-педагогічних співробітників

медичних закладів вищої освіти України у рамках реалізації засад Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. №302.

Започаткований нами пілотний проект є одним із кроків на шляху до підвищення рівня професійної компетентності викладачів щодо застосування інформаційних технологій, адже з огляду на структуру особистого освітнього портфолію, що була нами детально описана у попередніх розділах, кожен з викладачів – учасників проекту повинен буде практично опанувати широкий арсенал засобів, необхідних для належного оформлення портфолію. У даному контексті, на нашу думку, доцільно відмітити низку переваг, що виникатимуть у процесі такого навчання дією. Перш за все це мотивація, щодо оформлення особистого електронного документу на найвищому рівні, як засобу укріплення власного професійного бренду. Окрім цього це можливість інтеграції зазначеного пілотного проекту до структури курсу підвищення кваліфікацій викладачів, що забезпечить належний інформаційний супровід започаткованого проекту.

Таким чином, застосування інформаційних технологій в післядипломній освіті створює передумови для її оптимізації з урахуванням постіндустріальних соціальних та особистісних потреб здобувачів, зокрема щодо мобільності, гнучкості, актуальності, часової та просторової незалежності, а також практичної спрямованості освітніх послуг.

Висновки до четвертого розділу

У розділі розкрито організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету: функціонування спеціальної інституції; визначення принципів формування змісту післядипломної освіти відповідно до моделей післядипломної освіти лікарів; наступність етапів з чітко визначеними регламентованими процедурами в інтернатурі; форми післядипломної освіти, методи та технології навчання, спрямовані на формування та розвиток системи компетентностей лікаря на післядипломному етапі медичної освіти.

Визначено організаційні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, які відображають: структуру управління інститутом післядипломної освіти як спеціально утвореної інституції у складі основних (профільні кафедри) і допоміжних структурних підрозділів (навчально-методична лабораторія, центр підвищення кваліфікації, навчально-науковий центр неперервної професійної освіти) із визначеними функціями і напрямками діяльності; компетенції самоврядних органів (збори трудового колективу, вчена рада, постійно діюча методична комісія з післядипломної освіти, робоча група з моніторингу якості післядипломної освіти). Акцентовано на необхідності забезпечення ефективної взаємодії суб'єктів післядипломної медичної освіти (здобувачі післядипломної освіти, науково-педагогічні працівники, адміністративний і медичний персонал) для посилення спільної відповідальності за реалізацію компетентнісного підходу та якості післядипломної освіти у процесі здійснення навчально-виховної, наукової та лікувальної видів роботи.

У дослідженні здійснено відбір і збагачення змісту післядипломної освіти лікарів. Показано, що він має реалізовуватись через навчально-виховну, лікувальну та наукову роботу здобувачів післядипломної освіти та науково-педагогічних працівників у взаємодії зі співробітниками практичної охорони здоров'я, що має бути узгоджено спрямована на формування системи компетентної гармонійної самодостатньої гуманістичної та гуманної особистості сучасного лікаря. Обґрунтовано джерела формування змісту післядипломної освіти лікарів, якими є сучасні вимоги до сфери охорони здоров'я, до медичної освіти і професіоналізму лікаря, здатного надати якісну медичну послугу; медичні знання, які постійно оновлюються і підтверджуються медичною практикою; інноваційні медичні технології, якими мають опанувувати лікарі у процесі симуляційного навчання; міжнародні стандарти медичної освіти. Визначено основні принципи формування змісту післядипломної освіти в умовах медичного університету: гуманізації, гуманітаризації, фундаменталізації на основі міждисциплінарної інтеграції знання зі спеціальності «Медицина», аксіологічної спрямованості, структурної єдності компонентів теоретичної і практичної складової програми, гнучкості і варіативності.

Досліджено наступність етапів післядипломної освіти лікарів з визначеними регламентованими процедурами навчання в інтернатурі і залученням до участі у комунікативних заходах: конкурсний відбір на навчання, організація навчання лікарів-інтернів, зокрема участь у роботі клубу молодих лікарів імені В.Ф. Войно-Ясенецького, атестація та допуск до ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3».

Визначено методичні засади післядипломної освіти лікарів для упровадження в умовах медичного університету на кожному з визначених етапів: мотиваційна бесіда – тренінг в якості вступного випробування для визначення рівня мотиваційної і професійної спрямованості лікарів; навчальні курси «Клінічна фармація», «Медичне право», «Невідкладна допомога» з розробкою навчально-методичного забезпечення, дистанційні курси, спрямовані на формування компетентності із раціонального застосування лікарських засобів; об'єктивний структурований клінічний іспит для випускників інтернатури, що передбачає застосування методу експертної оцінки професійної компетентності лікарів з моделюванням реальних клінічних сценаріїв; застосування імітаційних, ділових і рольових ігор; дистанційне особисте освітнє портфоліо лікаря-інтерна; стандартизація форм індивідуального контролю результатів навчання за компонентами програми; оновлений контент для довгострокового курсу підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників медичного університету.

З метою вдосконалення форм і методів післядипломної освіти лікарів для вступників до інтернатури запроваджено вступне випробування методом бесіди як засіб додаткової мотивації та професійної орієнтації вступників; дистанційні курси, спрямовані на формування компетентності із раціонального застосування лікарських засобів, а також медико-правової компетентності сучасного лікаря. Для розвитку компетентності з надання першої долікарської допомоги було розроблено практичний курс, спрямований на відпрацювання навичок проведення серцево-легеневої реанімації із застосуванням ігрових сценаріїв і симуляційного обладнання. Що стосується оптимізації перевірки навчальної активності здобувачів післядипломної освіти, зокрема щодо виконання ними вимог навчального плану та програми спеціалізації, то запропоновано вирішити це

питання шляхом стандартизації форми індивідуального контролю лікарів-інтернів із застосуванням методу письмового самоконтролю, що безпосередньо реалізується шляхом щоденного виконання встановленого розкладу роботи інтерна із занесенням відповідних позначок у однойменний обліковий документ. Важливо, що даний метод застосовувався і щодо викладачів, керівників груп лікарів-інтернів. З метою підвищення вмотивованості інтернів до підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» оптимізовано процедуру допуску до зазначеного іспиту із застосуванням методу комп'ютерного контролю. Для стандартизації процедури атестації лікарів-інтернів щодо сформованості у них практичних навичок, передбачених навчальним планом та програмою підготовки, запроваджено пілотний проект атестації лікарів у формі об'єктивного структурованого клінічного іспиту, що передбачає застосування методу експертної оцінки професійної компетентності лікарів під час моделювання реальних клінічних сценаріїв із застосуванням ігрового методу.

Також у розділі розглянуто та запроваджено сучасні інформаційні освітні технології, зокрема для реалізації комплексної дистанційної програми підвищення кваліфікації викладачів (із застосуванням інтерактивної освітньої платформи Moodle), обліку освітніх професійних надбань за допомогою особистісного освітнього портфоліо, а також налагодження системи суб'єкт-суб'єктного зв'язку між суб'єктами післядипломної освіти (електронна форма Google forms) та оптимізації управління й адміністрування післядипломною освітою лікарів в умовах медичного університету (багатофункціональної системи управління проектами Trello).

РОЗДІЛ 5

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПЕДАГОГІЧНОГО ЕКСПЕРИМЕНТУ

У розділі представлено етапи та методику експериментальної роботи; проаналізовано результати педагогічного експерименту.

5.1. Етапи та методика експериментальної роботи

З метою експериментальної перевірки ефективності запропонованих нами у процесі дослідження змісту, форм і методів, впродовж шести років (з 2013 по 2019 роки) проводився педагогічний експеримент.

Педагогічний експеримент як комплексний методом педагогічних досліджень забезпечив науково-об'єктивну перевірку ефективності запропонованих нами нововведень.

Сутність педагогічного експерименту ми вбачали у впровадженні організаційно-методичних та теоретико-методологічних засад післядипломної освіти лікарів відповідно до авторської концепції післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

До найбільш значущих умов ефективності проведення педагогічного експерименту ми віднесли:

- теоретичний аналіз досліджуваного явища, з метою звуження поля експерименту та його завдань;
- формулювання завдань експерименту, розробка показників і критеріїв, за якими будуть оцінюватись явища;
- визначення достатньої кількості експериментальних об'єктів та тривалості проведення дослідження;
- налагодження зворотного зв'язку між дослідником і об'єктом експерименту;
- доказовість доступності висновків, зроблених за результатами експерименту.

Мета експериментальної роботи полягала у перевірці педагогічної ефективності запропонованих теоретико-методологічних та організаційно-методичних засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

Нами було визначено основні завдання дослідження: визначити стан дослідження проблеми у вітчизняній та зарубіжній педагогічній теорії, а також у практичній діяльності медичних закладів вищої освіти України; здійснити історико-педагогічний аналіз становлення та розвитку післядипломної освіти лікарів; охарактеризувати науковий тезаурус дослідження післядипломної освіти лікарів; обґрунтувати систему компетентностей лікаря та критерії її сформованості; сформулювати концепцію післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету; розробити варіативні моделі післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету; обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів за різними моделями в умовах медичного університету; розробити навчально-методичне забезпечення організації післядипломної освіти лікарів.

Робоча *гіпотеза* полягала у тому, що формування системи компетентностей сучасного лікаря в умовах медичного університету набуває ефективності за умов: теоретико-методологічні та організаційно-методичні засади спрямовані на доповнення варіативних моделей післядипломної освіти лікарів, що відображає соціально-особистісну, загальнопрофесійну та професійно-спеціалізовану компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти; реалізації змісту післядипломної освіти лікарів через форми та методи формування та розвитку професійної готовності лікарів; компетентнісно орієнтованої організації процесу післядипломної освіти лікарів; активізації самостійної діяльності лікарів, як методу формування та розвитку їх професійної компетентності.

Після того, як було сформульовано робочу гіпотезу дослідження, уточнено організаційні форми її перевірки на наступному етапі експерименту – практичному, виникла необхідність звернутися до педагогічного аудиторного експерименту. Важливість експерименту полягала у визначення впливу

запропонованих теоретико-методологічних та організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету на рівень сформованості системи компетентностей сучасного лікаря.

Аналіз теоретичних джерел та практики післядипломної освіти лікарів у медичних закладах вищої освіти дозволили теоретично визначити зміст теоретико-методологічних та організаційно-методичних засад, реалізація яких повинна сприяти підвищенню ефективності формування системи компетентностей сучасного лікаря в умовах медичного університету. Експериментальна робота спрямована на їх практичну перевірку здійснювалась на базі трьох медичних закладів вищої освіти. Дослідженням було охоплено 2 318 респондентів, з них 1 704 лікарі-інтерни, 401 викладач медичних закладів вищої освіти, 213 представників практичної охорони здоров'я.

Критеріями відбору експериментальних та контрольних груп були такі: приблизно однаковий рівень сформованості системи компетентностей лікарів; висока кваліфікація викладачів.

Із загальної вибірки – 1 704 лікарі-інтерни (284 групи по 6 осіб у кожній), 852 було включено до експериментальної групи, і стільки ж – до контрольної.

Контрольними були групи, в яких лікарі-інтерни навчалися із застосуванням традиційних форм, методів та заходів організації післядипломної освіти, дослідження не порушувало звичайного режиму роботи та ходу навчального процесу.

Педагогічний експеримент, який характеризується достатньою тривалістю, обґрунтованим вибором експериментальних та контрольних груп, правильним визначенням статистичної вибірки експерименту, дозволяє визначити рівень ефективності запропонованих теоретико-методологічних та організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в медичному університеті.

У ході дослідження було здійснено два етапи експериментальної роботи: констатувальний етап (визначення рівня сформованості системи компетентностей лікарів; проведення діагностики початкових показників системи компетентностей для створення однакових умов проведення аудиторного експерименту в експериментальних і контрольних групах); формувальний етап (визначення

ефективності запропонованих теоретико-методологічних та організаційно-методичних засад формування системи компетентностей сучасного лікаря в умовах медичного університету).

Констатувальний етап експерименту, що був проведений впродовж 2013-2015 років, дозволив виявити реальний стан сформованості системи компетентностей лікарів-інтернів, які проходять післядипломну підготовку у медичних закладах вищої освіти, досягнення та недоліки системи післядипломної освіти лікарів.

Аналіз одержаних результатів дозволив зробити такі висновки: формування системи компетентностей лікарів у медичних закладах вищої освіти не має системності; навчальні плани та програми з інтернатури та вторинної спеціалізації не мають компетентісно спрямованості та не вміщують необхідного набору засобів формування системи компетентностей лікаря; додаткові дисципліни, передбачені для опанування під час інтернатури не мають інтеграції з основною дисципліною, що відповідає спеціальності навчання в інтернатурі, а від так не забезпечує взаємозв'язку між теоретичним матеріалом та практичною діяльністю лікарів-спеціалістів; у навчальних планах та програмах післядипломної освіти абсолютно недостатнім є етико-деонтологічний компонент, що з одного боку не дозволяє сформувати серед лікарів належні етичні стандарти роботи з пацієнтом, а з іншого не забезпечує адаптацію лікарів до самостійної професійної діяльності; засоби контролю результатів післядипломної освіти лікарів є недостатніми та такими, що не відповідають сучасним світовим практикам розвинутих країн, зокрема абсолютно нерозвинутим є самоконтроль як метод контролю за навчанням дорослих; форми та методи післядипломної освіти лікарів є недостатньо інтарактивізованими, зокрема недостатньо використовуються можливості дистанційного та симуляційного навчання; у більшості медичних університетів адміністративно-управлінські структури, необхідні для організації, забезпечення та контролю належних організаційно-методичних засад післядипломної освіти відсутні, або представлені у неповній мірі, адже за традицією, що історично склалася в медичних університетах серед основних завдань хибно вбачається саме додипломна підготовка студентів; відсутність дієвої

системи зворотного зв'язку між суб'єктами післядипломної освіти.

Окремої уваги потребує питання підготовки професіоналів у галузі медичної освіти, тобто викладачів, які мають спеціалізовану підготовку щодо реалізації програм післядипломного навчання. Адже у даному випадку ми маємо дві серйозні проблеми: більшість викладачів медичних університетів за освітою є лікарями і не мають вищої освіти у галузі педагогіки; більшість викладачів, які звикли працювати зі студентами на додипломному етапі навчання не розуміють відмінностей щодо змісту, форм, методів, підходів та педагогічних умов, необхідних для реалізації ефективних програм післядипломної освіти.

Таким чином, виявлені у системі післядипломної освіти лікарів недоліки підтверджують необхідність удосконалення післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, ефективність якої може забезпечити удосконалення теоретико-методологічних та організаційно-методичних засад, що застосуються у процесі післядипломної підготовки лікарів в умовах медичного університету.

Результати констатувального експерименту та висновки дослідження дозволили дійти висновку, що формування системи компетентностей сучасного лікаря в умовах медичного університету може бути ефективним за умов:

- формулювання та обґрунтування концепції післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету з урахуванням світового досвіду та дійсного стану підготовки лікарів, як дорожньої карти для ефективного формування системи компетентностей сучасного лікаря;
- здійснення післядипломної освіти лікарів за усіма визначеними компетентностями системи компетентностей сучасного лікаря;
- розробки та впровадження організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, спрямованих на формування системи компетентностей лікарів під час навчання у медичних закладах вищої освіти;

- використання сучасних інформаційних технологій у післядипломній освіті лікарів, як засобу підвищення та забезпечення доступності навчання упродовж всього професійного життя;
- формування серед лікарів усталеної потреби до неперервної професійної освіти, як джерела професіоналізму, засобу набуття високої конкурентоспроможності та способу професійної самореалізації;
- налагодження ефективного зворотного зв'язку між усіма суб'єктами післядипломної освіти, як необхідної передумови ефективного функціонування системи медичної освіти у цілому;
- забезпечення системи підготовки професіоналів у галузі медичної освіти, як обов'язкової вимоги щодо забезпечення якості реалізації програм післядипломної підготовки лікарів в умовах медичного університету.

Під час констатувального експерименту було доведено, що для реалізації цих завдань необхідно: удосконалити зміст післядипломної освіти лікарів, що має реалізовуватись через навчально-виховну, лікувальну та наукову роботу здобувачів післядипломної освіти та науково-педагогічних працівників у взаємодії з співробітниками практичної охорони здоров'я та має бути узгоджено спрямована на формування професійно компетентної гармонійної самодостатньої гуманістичної та гуманної особистості сучасного лікаря; забезпечити удосконалення змісту післядипломної освіти лікарів на етапах відбіру, підготовку, атестації та обліку здобувачів післядипломної освіти; запровадити конкурсний відбір для вступників до інтернатури як засіб підвищення мотивації до навчання на етапі післядипломної підготовки; збагати навчальні плани та програми первинної спеціалізації лікарів в інтернатурі додатковими дисциплінами медико-правової та клініко-фармацевтичної спрямованості, як таких, що є невід'ємними компонентами формування загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря незалежно від його спеціалізації; започаткувати осередки неформальної освіти при медичних закладах вищої освіти, як такі, що найбільшою мірою відповідають психологічним особливостям професійного становлення лікарів на післядипломному етапі; запровадити форми обліку

діяльності та досягнень здобувачів післядипломної освіти упродовж всього періоду навчання; оптимізувати структуру навчально-методичних матеріалів, з урахуванням освітніх особливостей дорослих учнів; розробити заходи підвищення відповідальності лікарів-інтернів за результати власного навчання; оптимізувати форми атестації лікарів для визначення знань та практичних навичок з присвоєнням/підтвердженням звання лікаря-спеціаліста на основі компетентнісного підходу; запровадити форму обліку професійних здобутків лікарів упродовж всього професійного життя; оновити зміст, форми та методи післядипломної підготовки науково-педагогічних працівників, як суб'єктів післядипломної освіти; налагодити суб'єкт-суб'єктний зворотній зв'язку між усіма учасниками післядипломної освіти.

На основі вивчення наукової літератури з теми дослідження, спостережень процесу післядипломної підготовки, вивчення передового педагогічного досвіду, нами було розроблено програму формувального експерименту.

Програма формувального експерименту:

1. Провести відбір медичних закладів вищої освіти та навчальних груп для проведення експерименту.
2. Розробити програму дослідницької підготовки в контрольних та експериментальних групах.
3. Розробити завдання для визначення рівня сформованості системи компетентностей лікарів-інтернів.
4. Визначити рівень сформованості системи компетентностей лікарів-інтернів за допомогою анкетування, експертної оцінки та результатів складання ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» в умовах традиційної післядипломної підготовки, при незадовільних результатах провести корекцію знань.
5. Розробити методичне забезпечення щодо впровадження нових форм та методів формування системи компетентностей лікаря в умовах медичного університету.
6. Здійснити в експериментальних групах цілеспрямовану систему заходів з формування системи компетентностей лікарів, в контрольних групах

дотримуватись під час аудиторного експерименту традиційних форм та методів післядипломної підготовки.

7. Застосовувати в процесі післядипломної підготовки лікарів-інтернів експериментальних груп розроблені нами навчально-методичні матеріали.
8. Зафіксувати результати спостережень.
9. Визначити рівні сформованості соціально-особистісної, загальнопрофесійної та професійно-спеціалізованої компетентностей системи компетентностей лікаря.
10. Провести аналіз результатів експерименту на основі якісної і кількісної обробки даних.

Формувальний експеримент проводився за такими етапами: *початковий, основний, корекційно-узагальнюючий*.

На *початковому етапі* було проведено аналіз навчальної документації та досвіду організації післядипломної підготовки лікарів у медичних закладах вищої освіти нашої держави та інших країн. Завдання цього етапу дослідження полягало у вивченні та оцінці сучасного стану післядипломної підготовки лікарів та сформованості у них системи компетентностей. Нами були використані методи емпіричного рівня наукового пізнання, що безпосередньо пов'язані з вивченням педагогічної реальності і забезпечують накопичення, фіксацію та узагальнення дослідного матеріалу, а саме: аналіз педагогічної документації та результатів діяльності, педагогічне спостереження, письмове і усне опитування, анкетування. З цією метою було опрацьовано педагогічну літературу, на основі якої визначено особливості компетентнісного розвитку лікарів на післядипломному етапі підготовки, вимоги до післядипломної підготовки лікарів, передумови формування системи компетентностей лікарів в умовах медичного університету, проведено спостереження за процесом післядипломної підготовки лікарів. Було сформульовано цілі та завдання експериментального дослідження, уточнено гіпотезу, складено план-програму експерименту, здійснено узгодження і проведено затвердження експерименту, відбір експериментальних об'єктів, підготовку та розробку комплексів методичного забезпечення щодо формування системи компетентностей лікаря на етапі післядипломної підготовки в умовах

медичного університету. Також, було визначено заходи констатувального експерименту, зміст і строки формувального експерименту, особливості логічної схеми експерименту, методи отримання інформації про хід педагогічного процесу та його результати.

Під час *основного етапу* впроваджувалися організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, проводилися довгострокові та короткострокові курси підвищення кваліфікації науково-педагогічних співробітників, які є суб'єктами післядипломної освіти; здійснювався поточний контроль сформованості системи компетентностей лікарів-інтернів експериментальних і контрольних груп; здійснювалася корекція змісту, вдосконалення форм і методів післядипломної освіти лікарів.

На *корекційно-узагальнюючому етапі* педагогічного експерименту здійснювався підсумковий контроль сформованості системи компетентностей лікарів-інтернів експериментальних і контрольних груп; обробка здобутих емпіричних даних, співвіднесення результатів експерименту з поставленими цілями і завданнями; порівняльний аналіз прогнозованих та отриманих даних; встановлення причинних зв'язків між даними; коригування запропонованих змісту, форм і методів формування професійної компетентності майбутніх провізорів відповідно до кінцевих результатів; оформлення й опис процесу та результатів експерименту; формулювання висновків.

Для проведення педагогічного експерименту здійснено відбір та модифікацію методик Л.Ф. Спіріної (методика оцінки ступеня сформованості стійких мотивів), М. Рокіча (методика визначення ціннісних орієнтацій), С.О. Сисоевої (структурно-компонентний метод, методика проведення експертної оцінки), Я.В. Цехмістера (індивідуальна карта визначення розвитку професійно значущих якостей особистості), С. Карпіловської, Б.О. Федоришина (ОДАНІ-2 – орієнтовна діагностична анкета навчальних інтересів), Т.І. Пашукової (опитувальник щодо здатності встановлення ефективної комунікації; метод портфоліо для оцінки усвідомлення важливості потреб та здатності до самоосвіти, навичок пошуку, визначення надійності та релевантності інформації, а також її інтерпретації, здатності до наукового пошуку; ліцензійний інтегрований іспит

«Крок 3» (Міністерство охорони здоров'я України) для визначення рівня сформованості загально-медичної компетентності; підсумковий тестовий контроль «ЕЛЕКС» (Міністерство охорони здоров'я України) для оцінки рівня спеціалізованих знань; об'єктивний структурований клінічний іспит (міжнародні настанови з питань медичної освіти) для оцінки спеціалізованих умінь і навичок; було розроблено опитувальники для визначення здатності до забезпечення раціональної фармакотерапії, а також обізнаності з питань медичного права.

Для розв'язання завдань, поставлених у експериментальній роботі, використовувалися такі групи методів дослідження: *теоретичні* – ретроспективний аналіз; абстрагування, конкретизація та узагальнення теоретичних положень задля аналізу наукового тезаурусу дослідження; теоретичний аналіз, синтез, систематизація джерел з метою формування наукового апарату, формулювання базових понять та визначення основних напрямів дослідження проблеми післядипломної освіти лікарів; порівняльний аналіз, структурування й узагальнення для дослідження структури післядипломної освіти лікарів, обґрунтування концепції і розробки моделі післядипломної освіти лікарів; комплексний аналіз змісту, форм і методів післядипломної освіти лікарів для розробки організаційно-методичних засад післядипломної підготовки лікарів; *емпіричні* – педагогічне спостереження, анкетування, тестування, самооцінювання; педагогічний експеримент для підтвердження ефективності впровадження варіативних моделей післядипломної освіти лікарів; аналіз власного педагогічного досвіду з метою визначення запропонованих організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів; *математичної статистики* для кількісного та якісного аналізу емпіричних даних, обробки результатів експерименту та реєстрації результатів дослідження (групування, таблиці, рисунки, діаграми).

Таким чином, визначено мету і завдання експерименту, етапи експериментальної роботи; сформульовано робочу гіпотезу; відібрано методики проведення експерименту.

5.2. Аналіз результатів педагогічного експерименту

Порівняльний аналіз сформованості системи компетентностей серед лікарів в експериментальних групах (відповідно до визначених нами організаційно-методичних засад) та контрольних (без використання визначених організаційно-методичних засад) за поданими у підрозділі 3.4 критеріями її ефективності виявив різні показники.

Зміст післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, спрямованої на формування системи їх компетентностей визначався навчальними планами та програми первинної спеціалізації лікарів в інтернатурі та планами організації заходів неформальної освіти лікарів. Удосконалення змісту післядипломної освіти проводилось нами на етапах відбору вступників до інтернатури, їх підготовки під час проходження первинної спеціалізації, а також атестації та ведення обліку.

Так, введення конкурсного відбору осіб, які вступають на навчання в інтернатурі спрямоване на розвиток соціально-особистісної компетентності системи компетентностей лікаря.

Що стосується оновлення змісту післядипломної освіти власне на етапі підготовки в інтернатурі, то такі заходи були спрямовані саме на здобуття лікарями-інтернами досвіду застосування раніше здобутих та нових знань у своїй професійній діяльності.

Тож саме з такою метою, а також для розвитку соціально-особистісної та загальнопрофесійної компетентностей системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти суміжні дисципліни, передбачені навчальним планом та програмою підготовки лікарів-інтернів було змінено та доповнено шляхом запровадження практичного курсу з невідкладної допомоги, а також дистанційних курсів, спрямованих на формування здатності щодо забезпечення раціональної фармакотерапії та обізнаності з питань медичного права.

Аналізуючи наповнення навчальних планів та програм первинної спеціалізації лікарів в інтернатурі можемо відмітити, що опанування навичок

щодо забезпечення раціональної фармакотерапії на етапі первинної спеціалізації лікарів в інтернатурі, було передбачено лише шляхом повторного ознайомлення з фармакокінетичними та фармакодинамічними механізми дії лікарських засобів на організм людини упродовж 6 аудиторних годин, у той час, як на практичне опанування принципів забезпечення раціональної фармакотерапії на основі стандартів доказової медицини було відведено лише 30 хвилин лекційного часу. Однак, з огляду на необхідність формування навичок щодо забезпечення раціональної фармакотерапії пацієнтів, що передбачає добір найбільш ефективного, безпечного та доступного лікарського засобу нами було оновлено зміст післядипломної підготовки шляхом введення дистанційного практично орієнтованого курсу з клінічної фармації. Порівняльний аналіз щодо наповнення навчальних планів та програм підготовки лікарів-інтернів інформацією, спрямованою на формування клініко-фармацевтичного компоненту системи компетентностей лікаря подано на рис. 5.1.

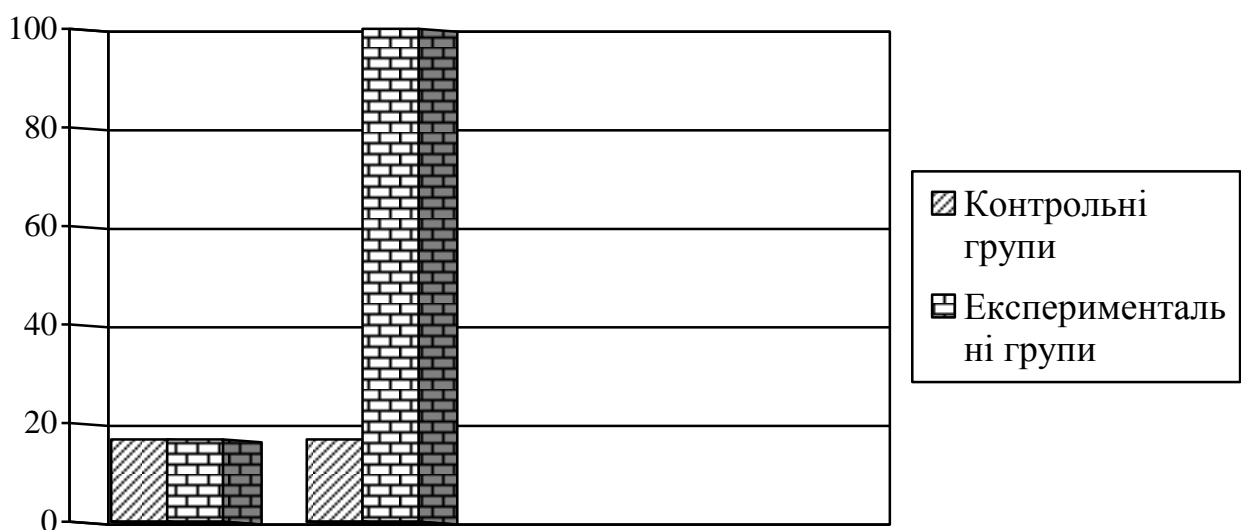


Рис. 5.1. Частка, що припадає на інформацію, спрямовану на формування клініко-фармацевтичного компоненту системи компетентностей лікаря (у межах визначених суміжних дисциплін)

Післядипломна підготовка лікарів з питань медичного права відповідно до навчальних планів та програм з інтернатури не була передбачена у вигляді окремої суміжної дисципліни, проте з огляду на перелік питань, які повинен знати та навичок, які повинен вміти лікар по завершенню інтернатури, зокрема щодо

ведення обліково-звітної медичної документації, передбачався до вивчення під час профільної підготовки зі спеціальності інтернатури.

Однак, з метою удосконалення процесу формування загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, що, зокрема передбачає обізнаність з питань медичного права навчальний план та програму підготовки лікарів в інтернатурі було збагачено вивченням основ законодавства України у площині професійної медичної практики тривалістю 18 годин.

Наступним нововведенням щодо змісту післядипломної освіти на етапі підготовки в інтернатурі стало розширення переліку питань щодо невідкладної допомоги.

Необхідно зазначити, що розділ «невідкладні стани» передбачено у навчальних планах та програмах підготовки лікарів під час первинної спеціалізації за всіма спеціальностями, однак нами було здійснено його практичну переорієнтацію, та, зокрема збагачення питаннями щодо проведення серцево-легеневої реанімації як на до госпітальному так і на госпітальному етапах. Порівняльний аналіз змісту післядипломної підготовки в інтернатурі щодо питань серцево-легеневої реанімації, за якими працювали контрольні та експериментальні групи показано на рис. 5.2

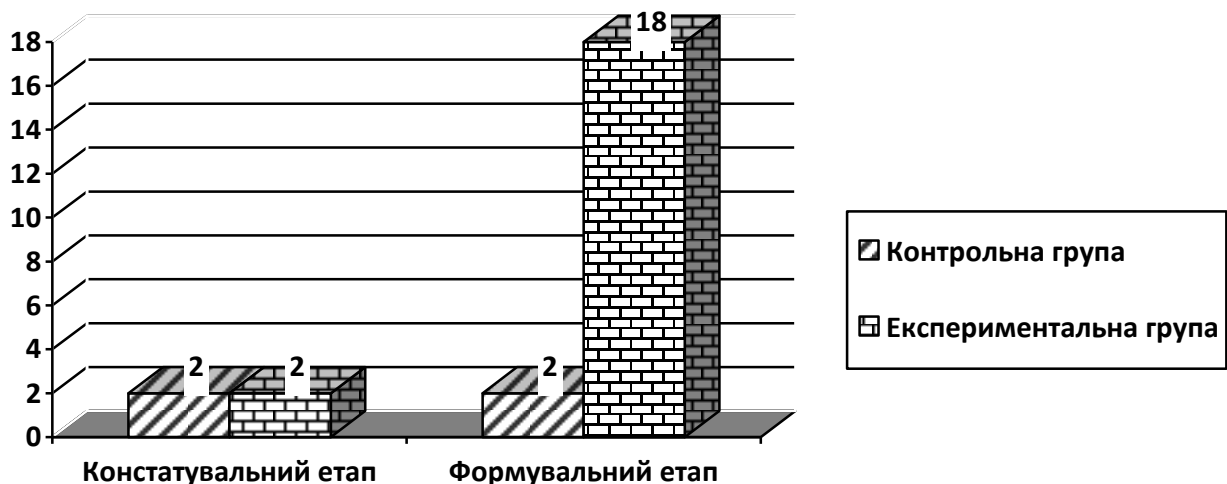


Рис. 5.2. Обсяг питань щодо серцево-легеневої реанімації у програмах інтернатури

Як видно, з рис. 5.2 навчальний час, відведений на вивчення питань щодо серцево-легеневої реанімації у навчальних планах та програмах первинної спеціалізації лікарів різних спеціальностей збільшився з 2 до 18 годин.

Що стосується організації неформальної освіти лікарів інтернів, то її зміст було оптимізовано шляхом планування змістового наповнення засідань науково-практичного осередку молодих лікарів. Тематичне наповнення зустрічей переважно стосувалась питань: роботи із паліативними хворими, ведення критичних пацієнтів, застосування клінічних протоколів медичної допомоги, особливостей комунікації з різними групами пацієнтів, тайм менеджменту та мотивації, ролі лікаря у формування здорового способу життя населення, особливості надання медичної допомоги хворим із психоемоційними розладами, виявлення та попередження випадків насилля в родині, особливостей роботи з геріатричними пацієнтами, алгоритмів дій у разі допущення/виявлення медичних помилок тощо. Періодичність таких зустрічей становила дві на місяць, середня тривалість кожної з яких становила близько 2,5 годин.

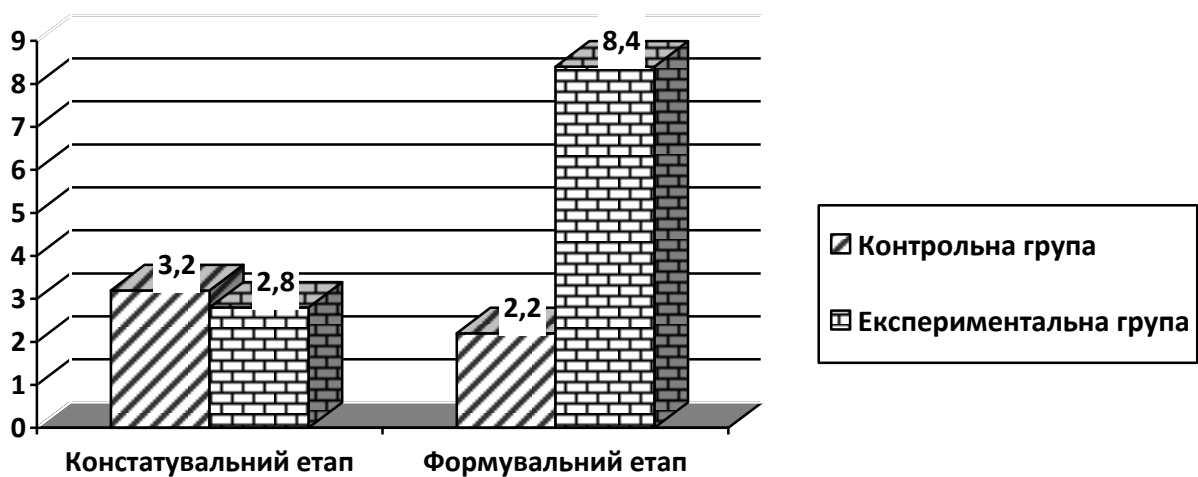


Рис. 5.3. Участь лікарів-інтернів контрольних та експериментальних груп у роботі неформальних осередків післядипломної медичної освіти (у відсотках до загальної кількості інтернів)

Як видно з рис. 5.3. залученість лікарів-інтернів до роботи неформальних осередків післядипломної медичної освіти збільшилась у експериментальній групі на 162,5%, у той час, як у контрольній групі зменшилася на 1,0%. Зазначеним результатам сприяли планування тематичного наповнення зустрічей неформального науково-практичного осередку молодих лікарів за допомогою дистанційного опитування учасників, що не лише дозволило виявити найбільш актуальні теми для обговорення, але й залучити лікарів-інтернів до процесу

прийняття рішень, що найбільшою мірою відповідає психолого-педагогічним особливостям дорослих учнів.

Стандартизацію виконання навчального плану та програми первинної спеціалізації в інтернатурі було досягнуто за допомогою розробки методичного забезпечення щодо обліку робочого часу інтернів, а також перегляду структури навчально-методичних матеріалів для лікарів-інтернів, що передбачають не лише висвітлення необхідної теоретичної інформації, однак і обов'язково містять практичний компонент у вигляді прикладів вирішення ситуаційних задач, а також завдань для самостійного вирішення. Дане питання було оптимізовано за результатами анонімного анкетування лікарів-інтернів, яке продемонструвало високий рівень незадоволеності щодо часового співвідношення різних видів навчальної діяльності та високого впливу «людського фактору» викладача на якість організації післядипломної підготовки. Результати анонімного анкетування лікарів інтернів контрольних та експериментальних груп щодо рівнів задоволеності організації навчального процесу в інтернатурі представлені на рис. 5.4.

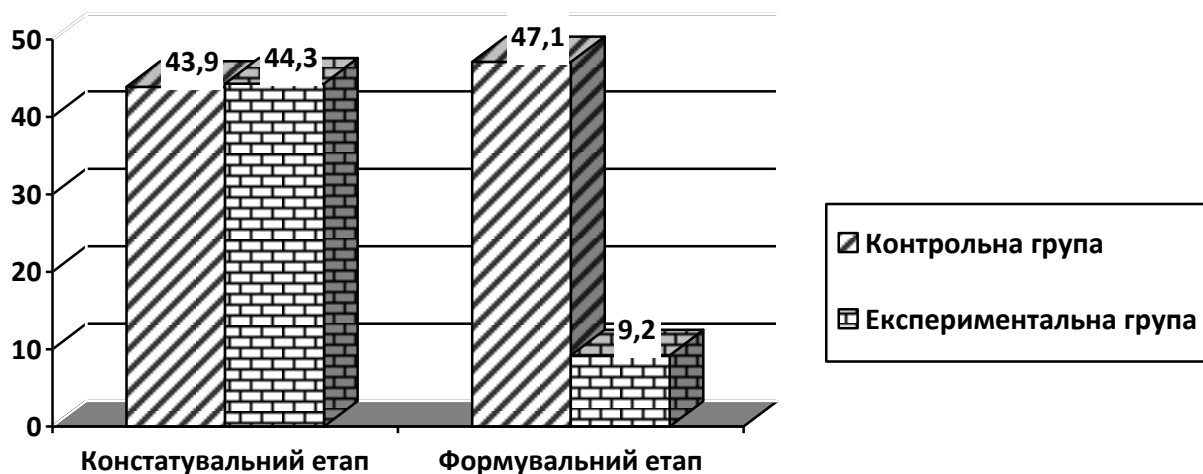


Рис. 5.4. Результати анонімного анкетування лікарів-інтернів контрольних та експериментальних груп щодо рівнів задоволеності організацією навчального процесу в інтернатурі (відсоток незадоволених від загальної кількості інтернів у групі)

Таким чином, аналізуючи інформацію, представлену на рис. 5.4. ми бачимо, що відсоток лікарів-інтернів, незадоволених організацією навчального процесу в

інтернатурі в експериментальній групі зменшився на 80%. У той час, як у контрольній групі зріс на 7,2%.

На етапі атестації та обліку післядипломної освіти в інтернатурі нами було введено процедуру допуску до складання ліцензійного-інтегрованого іспиту «Крок 3», як складової частини підсумкової річної атестації лікарів-інтернів. За рахунок підвищення відповідальності лікарів-інтернів у процесі підготовки до складання претестування, як обов'язкової умови щодо допуску до іспиту, відзначалася позитивна динаміка щодо сформованості серед лікарів-інтернів загально-медичного компоненту системи компетентності лікаря, яка саме і оцінюється за результатами складання ліцензійного-інтегрованого іспиту «Крок 3». Порівняльні результати щодо частки лікарів-інтернів, які не склали ліцензійний-інтегрований іспит «Крок 3» у контрольній та експериментальній групі представлено на рис. 5.5.



Рис. 5.5. Порівняльні результати щодо частки лікарів-інтернів, які не склали ліцензійний-інтегрований іспит «Крок 3» у контрольній та експериментальній групі представлено на рис. 5.5 (від загальної кількості осіб, які склали іспит)

Таким чином, аналізуючи результати складання ліцензійного-інтегрованого іспиту «Крок 3» щодо частки лікарів-інтернів, які не склали іспит від загальної кількості осіб, спостерігаємо зниження даного показника в експериментальній групі на 13,7% та на 4,7% у контрольній групі відповідно.

Спеціалізовані уміння і навички як компоненти професійно-спеціалізованої компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та

розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти було удосконалено шляхом запровадження об'єктивного структурованого клінічного іспиту, що є формою підсумкової атестації лікарів-інтернів та передбачає комплексні організаційно-методичні заходи (реалізовані лише в експериментальній групі) щодо підготовки до його складання як по відношенню до інтернів, так і по відношенню, до викладачів, які здійснюють підготовку до складання іспиту та безпосередньо приймають його. Порівняльний аналіз щодо частки осіб, які з першого разу не склали підсумкову річну атестацію з перевірки спеціалізованих умінь та знань лікарів-інтернів у контрольній та експериментальній групах представлено на рис. 5.6.

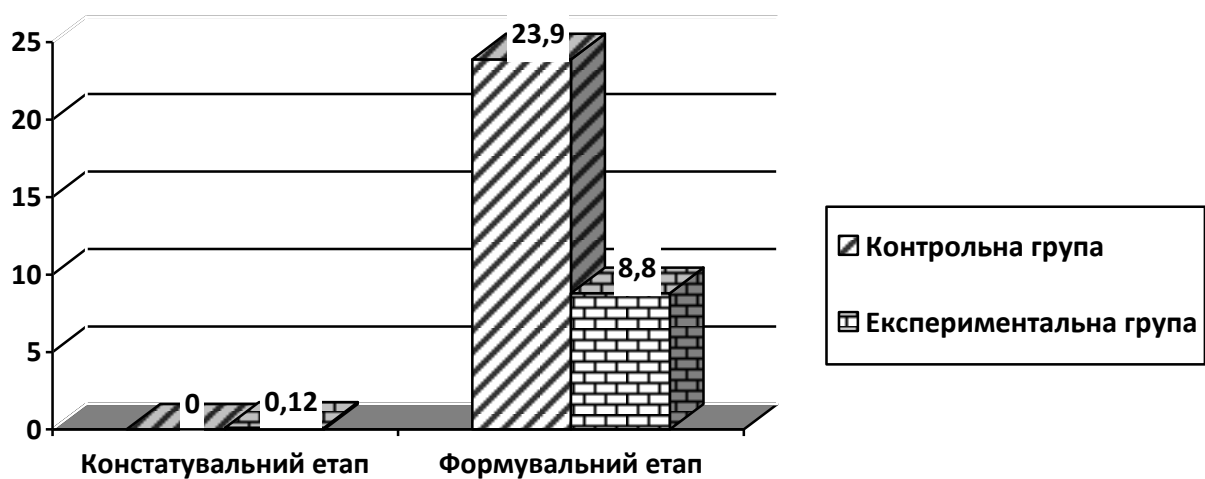


Рис. 5.6. Порівняльний аналіз щодо частки осіб, які з першого разу не склали підсумкову річну атестацію з перевірки спеціалізованих умінь та знань лікарів-інтернів (у % по відношенню до загальної кількості, інтернів, які склали іспит)

Перед тим, як розглянути, результати порівняльного аналізу щодо частки осіб, які з першого разу не склали об'єктивний структурований клінічний іспит у контрольній та експериментальній групах по відношенню до загальної кількості, інтернів, які склали іспит, необхідно зазначити наступне. Оцінювання спеціалізованих умінь та навичок на констатувальному етапі експерименту в обох групах здійснювалось у традиційній формі. На формувальному етапі оцінювання відбувалось за допомогою об'єктивного структурованого клінічного іспиту, до якого лікарів-інтернів експериментальної групи готували із застосуванням

комплексу організаційно-методичних засад, а лікарів контрольної групи продовжували навчати за традиційною системою. Таким чином, порівнюючи результати оцінювання спеціалізованих умінь та навичок, можемо констатувати, що застосування традиційної форми не є достатньо ефективним, у той час, як оцінювання за допомогою об'єктивного структурованого клінічного іспиту потребує застосування комплексу організаційно-методичних засад щодо підготовки до його складання.

Так, відповідно до інформації, представленої на рис. 5.6. щодо результатів складання ліцензійного інтегрованого іспиту на формувальному етапі, кількість осіб, які не склали іспит у контрольній групі на 15,1% перевищує таку в експериментальній групі. У той час як різниця у показниках на констатувальному етапі не має статистичної значущості.

Також, важливим кроком щодо удосконалення змісту післядипломної освіти лікарів стало оновлення змісту довгострокового підвищення кваліфікації викладачів, як засобу удосконалення професійної компетентності науково-педагогічних працівників шляхом поглиблення та розширення їх професійних знань, умінь і навичок, набуття досвіду виконання додаткових завдань та обов'язків у межах спеціальності.

Таким чином, наше дослідження показало, що оновлення та оптимізація змісту післядипломної медичної освіти, спрямованої на формування системи компетентностей лікаря, використання організаційно-методичних засад та методичних рекомендацій щодо організації післядипломної підготовки лікарів в умовах медичного університету в експериментальних групах у значній мірі сприяло вдосконаленню процесу організації післядипломної підготовки лікарів

Також відбулось урізноманітнення та збільшення питомої частини організаційних форм післядипломної освіти у експериментальних групах. Порівняльний аналіз щодо застосування визначених нами організаційних форм післядипломної освіти лікарів показано на рис. 5.7.

Таким чином, наведені результати експериментального дослідження показали, що післядипломна освіта лікарів в умовах медичного університету, на основі запропонованої нами системи компетентностей лікаря та розроблених

організаційно-методичних засад післядипломної медичної освіти дозволили підвищити рівень ефективності післядипломної підготовки лікарів експериментальних груп щодо формування у них компетентностей системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

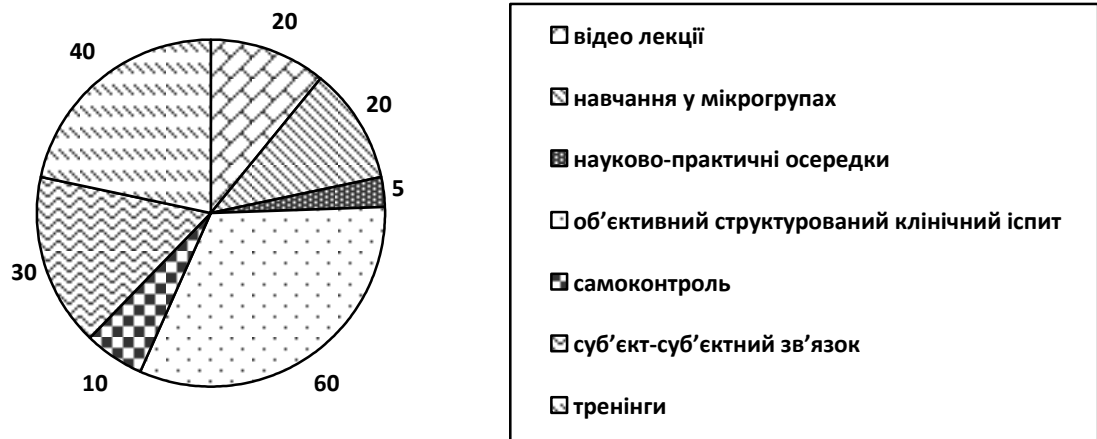


Рис. 5.7. Застосування інноваційних організаційних форм післядипломної освіти лікарів

Статистично-математичне порівняння результатів контрольного й експериментального досліджень було проведене на основі аналізу та математичного опрацювання анкет, експертного оцінювання, результатів підсумкових атестації контрольних та експериментальних груп. При обробці використовувалася шкала оцінки рівнів ефективності за трьома компетентностями, що визначені у структурі системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти. На основі модифікованого алгоритму знаходження показників рівнів сформованості компетентностей системи компетентностей лікаря визначено загальний рівень сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

Для визначення рівня сформованості системи компетентностей лікарів використовувався метод експертної оцінки [211, с. 95] на основі комплексного кількісного показника результативності “Р”:

$$P = \sum_{a=1}^n P(a)M(a) \quad (3.1)$$

де: n – кількість критеріїв результативності, $P(a)$ – відносний показник a -го критерію, $M(a)$ – коефіцієнт вагомості a -го критерію.

Можливі у процесі формування системи компетентностей лікаря витрати «В» також визначаються на основі комплексного кількісного показника:

$$B = \sum_{b=1}^m B(b)M(b) \quad (3.2)$$

де: m – кількість видів витрат,

Bb – відносний показник b -го виду витрат, Mb – коефіцієнт вагомості b -го виду витрат.

Показник ефективності, згідно з вище наведеною результативно-витратною концепцією, визначається як:

$$E = \frac{P}{B} = \frac{\sum_{a=1}^n P(a)M(a)}{\sum_{b=1}^m B(b)M(b)} \quad (3.3)$$

Для оцінки рівнів ефективності застосування організаційно-методичних засад для формування системи компетентностей лікарів контрольних та експериментальних груп за основу взято згаданий метод. Опрацювання результатів досліджень, що проводилися на основі анкетування лікарів-інтернів цих груп, велось наступним чином.

Анкета для лікарів-інтернів містить запитання, розділені за трьома групами I-III, що виражають зміст кожної з трьох компетентностей системи компетентностей лікаря. На кожну компетентність запропоновано w запитань, на які лікар-інтерн може дати три відповіді, що позначаються відносними показниками P_a ($a = 1, 2, 3$) кількості позитивних відповідей з трьох передбачених на всі запитання даного напрямку. Для відповідей передбачені коефіцієнти вагомості M_a (M_1, M_2, M_3).

1. Результативність формування системи компетентностей лікаря за певною компетентністю визначається так:

$$P_j = \sum_{a=1}^n P(a)M(a) \quad (3.4)$$

де: $a = 1, 2, \dots, n$ – число відповідей (у нас $n = 3$);

j – вибрана анкета.

2. Оцінка результативності формування системи компетентностей лікаря за кожною з трьох компетентностей проводиться на основі визначеної величини P_j за наступною 20-ти бальною шкалою:

$20 \geq P_j \geq 16$ – відповіді високого рівня;

$15 \geq P_j \geq 9$ – відповіді середнього рівня;

$8 \geq P_j \geq 1$ – відповіді низького рівня.

Розмірність шкали вибрана за максимальною величиною балів B_m , що визначається за таким виразом:

$$B_m = wM(a)_m \quad (3.5)$$

де: w – число запропонованих у анкеті запитань для даної компетентності;

$M(a)_m$ – найбільша величина коефіцієнта вагомості, взята з трьох визначених M_1, M_2, M_3 .

У нашому дослідженні заповнення анкет проводилось при $w = 12$ і $M(a)_m = M_1 = 5$.

3. Внаслідок оцінювання за такою шкалою отримаємо розподіл рівнів ефективності формування системи компетентностей лікаря за кожною з трьох компетентностей, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, які описується наступним виразом:

Високий Середній Низький

$$DP_j + EP_j + FP_j = LP_j, \quad (3.6)$$

де: D, E, F – число анкет (інтернів, які дали відповіді) з відповідями відповідно високого, середнього і низького рівнів за даною компетентністю системи компетентностей лікаря; L – масив опитаних інтернів за обраною компетентністю системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

Очевидно, що $D + E + F = L$

4. За величиною чисел D, E, F визначається відносний показник результативності формування системи компетентностей лікаря всієї кількості опитаних лікарів-інтернів за вибраною компетентністю:

$$\text{для високого рівня} - P^D = \frac{D}{L} 100\% \quad (3.7)$$

$$\text{для середнього рівня} - P^E = \frac{E}{L} 100\% \quad (3.8)$$

$$\text{для низького рівня} - P^F = \frac{F}{L} 100\% \quad (3.9)$$

У таблиці 5.1 подані показники P_1 сформованості соціально-особистісної компетентності системи компетентностей лікарів в контрольних та експериментальних групах.

Таблиця 5.1

Динаміка рівнів сформованості соціально-особистісної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти

Рівні сформованості		Групи, що брали участь у експерименті							
		Контрольні				Експериментальні			
		Етапи експерименту							
		Констатувальний		Формувальний		Констатувальний		Формувальний	
		к-сть	P_1 (%)	к-сть	P_1 (%)	к-сть	P_1 (%)	к-сть	P_1 (%)
Високий	D	67	7,9	78	9,2	54	6,3	114	13,4
Середній	E	611	71,7	583	68,4	643	75,5	696	81,7
Низький	F	174	20,4	191	22,4	155	18,2	42	4,9
Всього	L	852	100	852	100	852	100	852	100

Як бачимо, високий рівень сформованості соціально-особистісної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти експериментальних груп зріс з 6,3% до 13,4% на 7,1% (для контрольних – з 7,9% лише до 9,2%).

У таблиці 5.2 подані показники P_2 сформованості загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікарів контрольних та експериментальних груп.

Як бачимо, показник високого рівня сформованості загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря зріс в експериментальних групах з 7,2% до 23,6% (на 16,4%), у контрольних – з 6,3% до 10,5% (на 4,2%).

Динаміка рівнів сформованості загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти

Рівні сформованості		Групи, що брали участь у експерименті							
		Контрольні				Експериментальні			
		Етапи експерименту							
		Констатувальний		Формувальний		Констатувальний		Формувальний	
		к-сть	P ₁ (%)	к-сть	P ₁ (%)	к-сть	P ₁ (%)	к-сть	P ₁ (%)
Високий	D	54	6,3	89	10,5	61	7,2	201	23,6
Середній	E	619	72,7	659	77,3	588	69,0	624	73,2
Низький	F	179	21,0	104	12,2	203	23,8	27	3,2
Всього	L	852	100	852	100	852	100	852	100

Таблиця 5.3 заповнена показниками P₃ сформованість професійно-спеціалізованої компетентності системи компетентностей лікарів контрольних та експериментальних груп.

Таблиця 5.3

Динаміка рівнів сформованості професійно-спеціалізованої компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти

Рівні сформованості		Групи, що брали участь у експерименті							
		Контрольні				Експериментальні			
		Етапи експерименту							
		Констатувальний		Формувальний		Констатувальний		Формувальний	
		к-сть	P ₁ (%)	к-сть	P ₁ (%)	к-сть	P ₁ (%)	к-сть	P ₁ (%)
Високий	D	9	1,1	101	11,9	12	1,4	189	22,2
Середній	E	254	29,8	704	82,6	217	25,5	642	75,4
Низький	F	589	69,1	47	5,5	623	73,1	21	2,4
Всього	L	852	100	852	100	852	100	852	100

З таблиці 5.3 видно, що високий рівень сформованості професійно-спеціалізованої компетентності системи компетентностей лікарів

експериментальних груп виріс з 1,4% до 22,2%, тобто на 20,8%, а у контрольній груп – з 1,1% до 11,9%, тобто на 10,8%.

Для оцінки ефективності формування системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти в умовах медичного університету використовуємо наведену вище формулу 3.3:

$$E = \frac{P}{B}$$

Вважаючи, що витрати B у нашому випадку розглядаються як еталонні (мінімальні), тобто $B = 1$, а значить $E = P$, то оцінка ефективності формування системи компетентностей лікаря в умовах медичного університету проводиться за величиною результативності P за всіма компетентностями системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

У таблиці 5.4 подано показники рівнів ефективності формування системи компетентностей лікарів контрольних та експериментальних груп.

Показники високого рівня ефективності формування системи компетентностей лікарів в експериментальних групах зросли з 4,9% до 19,7%, тобто на 14,8%, у контрольних змінився з 5,1% до 10,5%, тобто на 5,4%.

Таблиця 5.4

Динаміка рівнів ефективності формування системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти

Рівні сформованості	Групи, що брали участь у експерименті							
	Контрольні				Експериментальні			
	Етапи експерименту							
	Констатувальний		Формувальний		Констатувальний		Формувальний	
	к-сть	P_1 (%)	к-сть	P_1 (%)	к-сть	P_1 (%)	к-сть	P_1 (%)
Високий	43	5,1	89	10,5	42	4,9	168	19,7
Середній	495	58	649	76,1	483	56,7	654	76,8
Низький	314	36,9	114	13,4	327	38,4	30	3,5
Всього	852	100	852	100	852	100	852	100

Для статистичної обробки експериментальних результатів, з метою доведення достовірної різниці, чи її відсутності у двох вибіркових середніх значеннях для незалежних груп, використаємо t-критерій Стьюдента [379].

Сформулюємо нульову (H_0) та альтернативну (H_1) гіпотези.

Нульова гіпотеза: рівень сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти у контрольних та експериментальних групах не відрізняється, тобто організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів не мають педагогічної ефективності.

Альтернативна гіпотеза: рівень сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти у контрольних та експериментальних групах відрізняється, тобто організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів мають педагогічну ефективність.

Відповідно до алгоритму t-критерію Стьюдента визначаємо t за формулою:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{m_1^2 + m_2^2} \quad (3.10)$$

де P_1 – відносний показник першої порівнюваної сукупності,

P_2 – відносний показник другої порівнюваної сукупності,

m_1 – середня похибка першого відносного показника,

m_2 – середня похибка другого відносного показника.

Обчислимо t-критерій Стьюдента для контрольних та експериментальних груп на етапах констатувального та формувального експериментів, результати обчислень представлено в таблиці 5.5.

Таблиця 5.5

Розрахунки t-критерію Стьюдента для контрольних та експериментальних груп на етапах констатувального та формувального експериментів

Етап експерименту	Групи, що брали участь у експерименті		$t_{\text{експ}}$
	Контрольні	Експериментальні	
Констатувальний	5,1	10,5	1,97
Формувальний	4,9	19,7	4,43

З метою інтерпретації обчислених значень t-критерію Стьюдента, за таблицею критичних значень [379] при певному рівні значущості та числі ступенів свободи, визначаємо критичне значення t-критерію Стюдента – $t_{кр}$.

Число ступенів свободи знаходимо за формулою:

$$f = (n_1 + n_2) - 2 \quad (3.11)$$

$$f = (852 + 852) - 2 = 1702$$

Для даного числа ступенів свободи $t_{кр} = 1,97$, при рівні значущості $p \leq 0,05$; $2,59$ при рівні значущості $p \leq 0,01$.

На етапі констатувального експерименту спостерігаємо, що $t_{експ}(1,97) = t_{кр}(1,97)$, а отже, приймається H_0 . Обчислення підтверджують, що на етапі констатувального експерименту рівень сформованості професійної компетентності майбутніх провізорів у контрольних та експериментальних групах статистично не відрізняється.

На етапі формувального експерименту $t_{експ} = 6,44$.

Відповідно $t_{експ}(4,43) > t_{кр}(1,97)$ для $p \leq 0,05$; $t_{експ}(4,43) > t_{кр}(2,59)$ для $p \leq 0,01$, отже приймається гіпотеза H_1 : рівень сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти в контрольних і експериментальних групах відрізняється на $0,01\%$ рівні значущості, тобто організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, використовувані для експериментальних груп, мають педагогічну ефективність.

Таким чином, за результатами аналізу емпіричних даних та їх статистичної перевірки, можемо зробити висновок, що традиційні форми та методи післядипломної освіти лікарів в медичному університеті не мають спрямованості на формування системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, про що свідчить незмінність рівня сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти на констатувальному та формувальному етапах у контрольних групах.

Розроблені нами організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету дають стійке підвищення рівня

сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти.

Означені результати експериментальної роботи проаналізовано та математично перевірено.

Такий висновок підтверджує прогнозовану ефективність запропонованих організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету.

Висновки до п'ятого розділу

Педагогічний експеримент тривав упродовж шести років (з 2013 по 2018 рр.) та включав у себе констатувальний та формувальний етапи. Формувальний етап педагогічного експерименту проводився за такими етапами: початковий, основний, корекційно-узагальнювальний. Він спрямовувався на впровадження організаційно-методичних засад формування післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету з метою формування системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти. Для проведення формувального етапу експерименту було визначено експериментальні та контрольні групи. Із загальної вибірки – 1 704 лікарі-інтерни (284 групи по 6 осіб у кожній), 852 було включено до експериментальної групи і стільки ж – до контрольної. Контрольними були групи, в яких лікарі-інтерни навчалися із застосуванням традиційних форм, методів та заходів організації післядипломної освіти, дослідження не порушувало звичайного режиму роботи та ходу навчального процесу.

На початковому етапі було здійснено аналіз навчальної документації та досвіду організації післядипломної освіти лікарів в умовах медичних університетів нашої держави та інших країн. Завдання цього етапу дослідження полягало у вивченні та оцінці сучасного стану післядипломної освіти лікарів і сформованості в них системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти. Використані методи емпіричного рівня наукового пізнання, що безпосередньо пов'язані з вивченням

педагогічної реальності і забезпечують накопичення, фіксацію та узагальнення дослідного матеріалу, а саме: аналіз педагогічної документації та результатів діяльності, педагогічне спостереження, письмове й усне опитування, анкетування. З цією метою було опрацьовано педагогічну літературу, на основі якої визначено особливості післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, вимоги до післядипломної медичної освіти, передумови формування системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі освіти в умовах медичного університету, проведено спостереження за процесом післядипломної освіти лікарів. Було сформульовано цілі та завдання експериментального дослідження, уточнено гіпотезу, складено план-програму експерименту, здійснено узгодження і проведено затвердження експерименту, відбір експериментальних об'єктів, обґрунтування та розробку організаційно-методичних засад щодо формування та розвитку системи компетентностей лікаря на післядипломному етапі освіти в умовах медичного університету. Було також визначено заходи констатувального експерименту, зміст і строки формувального експерименту, особливості логічної схеми експерименту, методи одержання інформації про його перебіг та результати.

Під час основного етапу впроваджувалися визначені організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів, спрямовані на формування та розвиток системи компетентностей лікаря в умовах медичного університету; проводилися курси підвищення кваліфікації науково-педагогічних працівників, суб'єктів післядипломної освіти; здійснювався поточний контроль сформованості системи компетентності лікаря серед інтернів експериментальних і контрольних груп, корекція змісту, вдосконалення форм і методів їх формування та розвитку на післядипломному етапі освіти в умовах медичного університету.

На корекційно-узагальнювальному етапі педагогічного експерименту здійснювався підсумковий контроль сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти серед інтернів експериментальних і контрольних груп; обробка добутих емпіричних даних, співвіднесення результатів експерименту з поставленими цілями і завданнями; порівняльний аналіз прогнозованих та одержаних даних;

встановлення причинних зв'язків між даними; коригування запропонованих організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів, спрямованих на формування та розвиток системи компетентностей лікаря на післядипломному етапі медичної освіти відповідно до кінцевих результатів; оформлення і опис процесу і результатів експерименту; формулювання висновків.

У процесі дослідження для проведення педагогічного експерименту було здійснено відбір і модифікацію методик Л.Ф. Спіріної (методика оцінки ступеня сформованості стійких мотивів), М. Рокіча (методика визначення ціннісних орієнтацій), С.О. Сисоєвої (структурно-компонентний метод, методика проведення експертного оцінювання), Я.В. Цехмістера (індивідуальна карта визначення розвитку професійно значущих якостей особистості), С. Карпіловської, Б.О. Федоришина (ОДАНІ-2 – орієнтовна діагностична анкета навчальних інтересів), Т.І. Пашукової (опитувальник щодо здатності встановлення ефективної комунікації; метод портфоліо для оцінювання усвідомлення важливості потреб і здатності до самоосвіти, навичок пошуку, визначення надійності та релевантності інформації, а також її інтерпретації, здатності до наукового пошуку; ліцензійний інтегрований іспит «Крок 3» (Міністерство охорони здоров'я України) для визначення рівня сформованості загальномедичної компетентності; підсумковий тестовий контроль «ЕЛЕКС» (Міністерство охорони здоров'я України) для визначення рівня спеціалізованих знань; об'єктивний структурований клінічний іспит (міжнародні настанови з питань медичної освіти) для оцінювання спеціалізованих умінь і навичок; було розроблено опитувальники для визначення здатності до забезпечення раціональної фармакотерапії, а також обізнаності з питань медичного права.

У групах неперервного професійного розвитку, в яких післядипломну медичну освіту за варіативним компонентом отримують лікарі-спеціалісти, проводилось багатовекторне опитування щодо системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, з метою визначення ефективності системи післядипломної медичної освіти, рівня задоволеності її сучасним станом, напрямів її удосконалення щодо неперервного професійного розвитку лікарів.

Упровадження організаційно-методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету відбувалося за рахунок заснування організаційно-управлінських структур щодо менеджменту післядипломної освіти, введення у післядипломну підготовку лікарів практично орієнтованої інформації, необхідної для провадження кваліфікованої медичної практики, зокрема щодо здійснення раціональної фармакотерапії, основ медичного права, надання невідкладної допомоги, дотримання принципів професійної деонтології; налагодження зворотного зв'язку між суб'єктами післядипломної освіти; реструктуризації навчальних планів і програм післядипломної освіти на основі компетентнісного підходу; стандартизації процесу післядипломної освіти лікарів; організації програм неформального навчання для лікарів; оновлення навчально-методичного забезпечення післядипломної освіти; розширення аудиторних і позааудиторних форм.

Динаміка рівнів сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, визначалася за розробленими критеріями.

Аналіз результатів педагогічного експерименту показав, що рівень сформованості соціально-особистісної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, серед інтернів експериментальних груп зріс на 7,1%, контрольних – на 1,3%; рівень сформованості загальнопрофесійної компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, в експериментальних групах зріс на 16,4%, у контрольних на 4,2%; рівень сформованості професійно-спеціалізованої компетентності системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, у експериментальних групах зріс на 20,8%, у контрольних – на 10,8%. Загальний рівень сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, в експериментальних груп зріс на 14,8%, у контрольних – на 5,4%.

Для статистичної обробки експериментальних результатів, з метою доведення достовірної різниці чи її відсутності в двох вибіркових середніх значеннях для незалежних груп, використовували t-критерій Стюдента.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. На основі теоретичного аналізу проблеми післядипломної освіти лікарів визначено основні напрями наукових досліджень з теоретичних і методичних основ післядипломної освіти та діяльності медичних закладів післядипломної освіти; організації післядипломної освіти із запровадженням педагогічних технологій. Доведено, що проблему післядипломної освіти вивчено у площині діяльності окремих професійних груп. Незважаючи на значний масив наукових праць, присвячених проблемі післядипломної освіти працівників сфери охорони здоров'я (спеціалістів з медсестринства, керівників системи охорони здоров'я, провізорів та фармацевтів), післядипломна освіта лікарів в умовах медичного університету, з притаманними їй специфічними соціальними, структурними та організаційними особливостями, не була предметом окремого комплексного дослідження.

Результати дослідження практичної діяльності медичних закладів вищої освіти в Україні підтвердили актуальність і доцільність вивчення зазначеної проблеми. З'ясовано особливості післядипломної освіти лікарів в Україні: обмеженість самостійної професійної практичної діяльності після завершення навчання за освітньою програмою підготовки магістрів за спеціальністю «Медицина»; законодавчо закріплена обов'язковість здобуття лікарями післядипломної освіти як форми первинної спеціалізації з подальшим підвищенням кваліфікації не рідше одного разу на п'ять років; державна стандартизація програм післядипломної медичної освіти; обов'язкова післядипломна підготовка на етапі первинної спеціалізації лікаря; очно-заочна форма організації післядипломної освіти; наявність процедури періодичної атестації лікарів; невідповідність між програмами первинної та вторинної спеціалізації лікарів, а також фактичними напрямами роботи практичних фахівців галузі охорони здоров'я. Результати опитування широкого загалу респондентів підтвердили, що лікарі очікують на зміни у змісті, формах, методах і технологіях післядипломної медичної освіти в умовах університету.

На прикладі європейських країн, Сполучених Штатів Америки та країн Співдружності Незалежних Держав проаналізовано організацію медичної освіти на додипломному і післядипломному рівнях в історичній ретроспекції і сучасній діяльності медичних шкіл; описано національні традиції інтернатури і резидентури; визначено та охарактеризовано загальні (спрямованість на постійне підвищення професійної кваліфікації лікарів і удосконалення змісту підготовки; законодавча закріпленість ступеневої освіти; структурованість медичної освіти на до- та післядипломний етапи; компетентнісно-орієнтований і професійно спрямований підходи до формування освітніх програм; стандартизація освіти) та відмінні ознаки післядипломної медичної освіти (перелік спеціальностей і спеціалізацій, тривалість теоретичної і практичної підготовки, процедури ліцензування і сертифікації лікарів).

2. Історико-педагогічний аналіз становлення післядипломної освіти лікарів в Україні дозволив виокремити такі основні періоди її становлення, як: *госпітальний* (1889-1906 рр. – засновано перші в Україні повторювальні та демонстративні курси з бактеріології для земських лікарів; організовано систематичні курси з теоретичної та практичної бактеріології для лікарів; відкрито перші повторювальні курси з патологічної анатомії); *ранній університетський* (1906-1918 рр. – на базі Університету святого Володимира у Києві засновано перший в історії України університетський осередок післядипломної освіти лікарів у вигляді шеститижневих повторювальних курсів з різних медичних предметів для окремих груп лікарів); *університетський* (з 1918 р. по нинішній час – створено інноваційний спеціалізований освітній заклад післядипломної медичної освіти – Клінічний інститут удосконалення лікарів з подальшим заснуванням спеціалізованих осередків післядипломної медичної освіти в інших українських містах, зокрема Харківського інституту удосконалення лікарів та Клінічного інституту удосконалення лікарів в Одесі; поширення практики післядипломної підготовки лікарів в Україні у медичних закладах вищої освіти). Охарактеризовано зміни у вищій медичній і післядипломній освіті України у період Незалежності: впроваджено ступеневу вищу освіту, упорядковано напрями підготовки і спеціальності вищої освіти,

здійснено перехід до укрупненого переліку галузей знань «22 Охорона здоров'я» і спеціальностей, що відповідає світовій практиці підготовки фахівців; трансформовано типи закладів вищої освіти; запроваджено форми (інтернатура, клінічна ординатура та циклова підготовка) і види післядипломної освіти (спеціалізація, удосконалення, стажування, підвищення кваліфікації); визначено вимоги до терміну і змісту освітніх програм і освітньо-професійної післядипломної підготовки лікарів. Післядипломна освіта лікарів набуває нових якісних змін як частина континууму медичної освіти та компонент неперервного професійного розвитку лікарів.

3. У дисертації охарактеризовано науковий тезаурус дослідження післядипломної освіти лікарів, репрезентований двома групами понять. Перша група – загальні поняття, які характеризують сучасний розвиток вищої та післядипломної освіти; друга група розкриває специфіку післядипломної освіти лікарів. Професійна компетентність лікаря розглядається як інтегральна професійно-особистісна характеристика, котра передбачає наявність сукупності сформованих компетентностей, що забезпечують здатність особи ефективно та усвідомлено розв'язувати завдання професійної діяльності.

Систему компетентностей лікаря схарактеризовано як цілісну, інтегративну, особистісну, багаторівневу характеристику, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти, а також у процесі неперервного професійного розвитку, успішність якої зумовлена сукупністю сформованих у фахівця компетентностей, що сприяють професійній соціалізації особистості, становленню у неї ціннісних орієнтацій, формуванню світоглядних переконань і поглядів, здатності до ефективної комунікації та удосконалення впродовж життя. Система компетентностей забезпечує високий рівень самоорганізації професійної діяльності лікаря, набуття професіоналізму та професійної майстерності.

Післядипломна освіта лікарів розглядається у дослідженні як безперервний, багатоступеневий і поліфункціональний освітній процес, котрий реалізується після завершення медичного закладу вищої освіти (додипломний етап) та спрямований на формування та розвиток системи компетентностей

лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти його здатності до розв'язання завдань професійної діяльності з урахуванням сучасних світових медичних стандартів, деонтологічних і етичних принципів, усвідомлення пріоритету життя і здоров'я кожної людини та суспільства в цілому, а також з метою успішного конкурування на світовому ринку праці.

У дослідженні визначено та обґрунтовано систему компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на етапі післядипломної освіти (компетентності: соціально-особистісна, загальнопрофесійна, професійно-спеціалізована). *Соціально-особистісна компетентність* визначає стратегію існування людини в суспільстві, тактику дій особи у різних сферах суспільного буття, що зумовлюють здобуття соціального досвіду, навичок практичної діяльності, забезпечують здатність до самовизначення в полікультурному середовищі за усією різноманітністю суспільних ролей, що притаманні конкретному індивідууму. *Загальнопрофесійна компетентність* визначає стратегію його професійної поведінки, відображає специфіку медичної практики, кваліфікаційну характеристику магістра за спеціальністю «Медицина», його здатність акумулювати знання професійного базису, здобутого під час додипломного навчання. *Професійно-спеціалізована компетентність* визначає здатність фахівця до кваліфікованої діяльності відповідно до здобутої лікарської спеціальності, передбачає наявність знань та вмінь, визначених кваліфікаційною характеристикою щодо конкретного спеціаліста, а також здатності до їх практичного застосування, у тому числі вміння діяти в процесі розв'язання непередбачуваних складних професійних завдань, що можуть бути врегульовані на основі наявного професійного досвіду. Визначено критерії сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти в умовах медичного університету, розкрито їх зміст і методики вимірювання. Рівень сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі медичної освіти в умовах медичного університету визначається за *критеріями* (соціально-особистісний, загальнопрофесійний та професійно-

спеціалізований) та показниками із застосуванням комплексу процедур і методик вимірювання.

5. Концепція післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету відображає специфіку післядипломної освіти та управління нею, варіативність моделей її реалізації, необхідність удосконалення змісту форм та методів, спрямованих на забезпечення якості освіти, зокрема: проектування навчальних програм на основі компетентнісного підходу із чітко визначеним переліком навчальних цілей, підбором адекватних ресурсів для їх реалізації та релевантних методик оцінювання результатів навчання; запровадження нових навчальних технологій, зокрема дистанційних і симуляційних, що сприятимуть підвищенню рівня безпеки та стандартизації освітнього процесу, а також забезпечення належного рівня тематичної практичної спрямованості післядипломної освіти; вдосконалення оцінювання та забезпечення професіоналізму в медичній освіті, що передбачає підготовку професійних медичних викладачів, як у медичних університетах, так і на базі закладів охорони здоров'я, що особливо актуально в умовах стрімкої модернізації освітніх тенденцій, а також відсутності профільної педагогічної освіти у переважній більшості викладачів, які здійснюють підготовку лікарів на післядипломному етапі.

6. Обґрунтовано класифікацію варіативних моделей післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету (базисна; спеціалізована; практично орієнтована; реформаційна, комплексна). *Базисна* модель післядипломної освіти лікарів передбачає проходження первинної спеціалізації в інтернатурі та подальше періодичне підвищення кваліфікації упродовж усієї професійної діяльності. *Спеціалізована* модель післядипломної освіти лікарів враховує первинну спеціалізацію в інтернатурі із наступним проходженням вторинної спеціалізації, а також періодичне підвищення кваліфікації упродовж всієї професійної діяльності. *Практично орієнтована* модель післядипломної освіти лікарів передбачає проходження первинної та, можливо, вторинної спеціалізації з подальшим поглибленим підвищенням практичної кваліфікації в клінічній ординатурі за однією із попередньо здобутих на етапі спеціалізації

лікарських спеціальностей, а також періодичне підвищення кваліфікації впродовж всієї професійної діяльності. *Реформаційна* модель післядипломної освіти лікарів розроблена з урахуванням законодавчо визначених та наразі практично не реалізованих тенденцій післядипломної медичної освіти, що зокрема передбачає проходження первинної спеціалізації в інтернатурі та подальшої субспеціалізації в лікарській резидентурі, а також періодичне підвищення кваліфікації впродовж усієї професійної діяльності. *Комплексна* модель післядипломної освіти лікарів містить увесь законодавчо визначений спектр можливостей післядипломної медичної освіти, зокрема первинну спеціалізацію в інтернатурі з подальшим здобуттям вторинної спеціалізації, поглибленим підвищенням практичної кваліфікації в клінічній ординатурі за однією із попередньою здобутих на етапі спеціалізації лікарських спеціальностей, а також періодичне підвищення кваліфікації впродовж усієї професійної діяльності. Проаналізовано переваги та недоліки кожної із розроблених моделей післядипломної освіти лікарів.

7. Розроблено організаційно-методичні засади післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету, які відображають організаційно-управлінську структуру, зміст, форми, методи та технології післядипломної медичної освіти. Організаційно-управлінська структура включає у себе: інститут післядипломної освіти, який містить основні (кафедри) та додаткові структурні підрозділи (навчально-методична лабораторія, центр підвищення кваліфікації, навчально-науковий центр неперервної професійної освіти), а також самоврядні органи із визначеними компетенціями (збори трудового колективу, вчену раду, постійно діючу методичну комісію з післядипломної освіти, робочу групу з моніторингу якості післядипломної освіти), котрі покликані забезпечити ефективну взаємодію між суб'єктами післядипломної медичної освіти (здобувачі післядипломної освіти, науково-педагогічні працівники, медичний персонал) для посилення спільної відповідальності за реалізацію компетентнісного підходу та якість післядипломної освіти.

8. Здійснено відбір та збагачення змісту післядипломної освіти для різних моделей післядипломної освіти лікарів. Показано, що він має реалізовуватись через навчально-виховну, лікувальну та наукову роботу як науково-педагогічних

працівників, так і здобувачів післядипломної освіти у взаємодії зі співробітниками системи практичної охорони здоров'я. Для реалізації завдань щодо удосконалення змісту післядипломної освіти лікарів запроваджено курси «Клінічна фармація», «Медичне право» та «Невідкладна допомога»; розпочато роботу клубу молодих лікарів; запроваджено журнали обліку робочого часу інтернів; оновлено структуру навчально-методичних матеріалів; започатковано процедуру допуску до ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3»; запроваджено об'єктивний структурований клінічний іспит; розроблено дистанційне особисте освітнє портфоліо фахівців; повністю оновлено зміст довгострокового курсу підвищення кваліфікації науково-педагогічних співробітників; налагоджено суб'єкт-суб'єктний зворотний зв'язок між суб'єктами післядипломної освіти лікарів.

9. З метою вдосконалення форм та методів післядипломної освіти лікарів запроваджено мотиваційну бесіду – тренінг в якості вступного випробування для визначення рівня мотиваційної та професійної спрямованості лікарів-інтернів; започатковано дистанційні курси, спрямовані на відпрацювання навичок проведення серцево-легеневої реанімації, формування компетентності із раціонального застосування лікарських засобів, а також медико-правової компетентності сучасного лікаря; упроваджено імітаційні, ділові і рольові ігри для посилення практичної частини програми; оптимізовано перевірку навчальної активності здобувачів післядипломної освіти шляхом стандартизації форми індивідуального контролю лікарів-інтернів із застосуванням методу письмового самоконтролю. З метою підвищення вмотивованості інтернів до підготовки до ліцензійного інтегрованого іспиту «Крок 3» оптимізовано процедуру допуску до зазначеного іспиту за допомогою методу комп'ютерного контролю. Для стандартизації процедури атестації лікарів-інтернів щодо сформованості у них практичних навичок, передбачених навчальним планом та програмою підготовки, запроваджено пілотний проект атестації лікарів у формі об'єктивного структурованого клінічного іспиту, що передбачає застосування методу експертної оцінки професійної компетентності лікарів під час моделювання реальних клінічних сценаріїв із застосуванням ігрового методу.

10. За результатами дослідження розроблено навчально-методичне забезпечення для викладачів та здобувачів післядипломної медичної освіти щодо формування та розвитку системи компетентностей лікаря на післядипломному етапі медичної освіти.

Визначено, що ефективність післядипломної медичної освіти визначається рівнем сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на післядипломному етапі освіти в умовах медичного університету. Експериментально перевірено ефективність формування системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на етапі післядипломної освіти в умовах медичного університету. Загальний рівень сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на етапі післядипломної освіти, в експериментальних груп зріс на 14,8%, у контрольних – на 5,4%. Зроблено висновок про суттєву відмінність у сформованості системи компетентностей лікаря, що формуються та розвиваються на етапі післядипломної медичної освіти, серед інтернів експериментальних груп, навчання яких відбувалося із застосуванням розроблених організаційно-методичних засад післядипломної освіти в умовах медичного університету. Для встановлення кількісної різниці проведено статистичну обробку даних на основі методів математичної статистики. Щодо груп неперервного професійного розвитку – було відзначено значне покращення якості освітнього процесу завдяки запровадженню дистанційного навчання (91,2 %).

Однак проведене дослідження теоретичних та методичних засад післядипломної освіти лікарів в умовах медичного університету не вичерпує всієї проблеми. Перспективними напрямками для подальшого дослідження є проблема холістичного підходу до неперервного професійного розвитку лікаря; організація дистанційного навчання лікарів на післядипломному етапі освіти; міжпредметна інтеграція програм післядипломної підготовки лікарів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Лисенко О. Ю. Історико-педагогічний аналіз становлення післядипломної освіти лікарів в Україні. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016. №1-2 (46-47). С. 115-120.
2. Криштопа Б.П. Управління вищою медичною освітою в Україні: системно-історичний аналіз. *Український медичний часопис*. 2000. № 3 (17). С. 132-138.
3. Верхратський С.А., Заблудовський П.Ю. Історія медицини. Київ : Вища школа, 1991. 432 с.
4. Вороненко Ю.В., Криштопа Б.П. Скарбниця пам'яті. *Український медичний часопис*. 2000. № 6. С. 126-128.
5. Дерман Г. Л., Крылов В. П. Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. Москва : Советская энциклопеди, 1981. Т 12. 358 с.
6. Москаленко В.Ф. Біографічний словник завідувачів кафедр та професорів від медичного факультету Університету Св. Володимира до Національного медичного університету імені О.О. Богомольця 1841-2011 : У 2-х кн. : Київ: ВД «Авіцена», 2011. Кн. 1: Вчені медичного факультету Університету Св. Володимира – засновники вітчизняної медицини та вищої медичної школи (1841-1919). Короткі біографічні нариси та бібліографія. 256 с.
7. ДАК (Державний архів міста Києва). Ф. 16. Оп. 338. Спр. 134.
8. Коляденко В.Г., Цехмістер Я.В., Яворовський О.П., Полякова І.М. Декани медичного факультету університету Св. Володимира (Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. 1841-1919. Київ: ВД «Авіцена», 2011. 152 с.
9. Воловенко П.Ф. Сборник постановлений и распоряжений начальства по Университету Св. Владимира и прочим русским университетам с 1892 по 1911 гг. К., 1912. Кн. III. С. 397-616.
10. Цехмістер Я.В., Кучин Ю.Л., Лисенко О.Ю., Горобець М.М. Становлення післядипломної освіти в Національному медичному університеті

імені О. О. Богомольця (110 років історії). *Лікарська справа*. 2016. №3-4 (1138). С. 156-160.

11. Журналы заседаний XL очередного Дмитриевского уездного земского собрания 1904 г. Курск: Изд-во Курск. земства, 1905. 427 с.

12. *ЦГАВО України* (Центральний державний архів вищих органів влади та управління України). Ф. 166. Оп. 2. Спр. 421.

13. Грушевський М. Иллюстрированная история Украины. Киев : МП «Левада», 1995. 696 с.

14. Офіційний сайт Харківської медичної академії післядипломної освіти. URL: <http://med.edu.ua/> (дата звернення: 03.02.2019).

15. Офіційний сайт ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України». URL: <http://zmapo.edu.ua/> (дата звернення: 03.02.2019).

16. Об организации, в виде опыта, одногодичной специализации (интернатуры) выпускников ряда медицинских институтов : постановление Совета Министров СССР от 10.02.1967 № 130. URL: <http://www.economics.kiev.ua/download/ZakonySSSR/data03/tex15441.htm> (дата звернення: 03.02.2019).

17. Об утверждении Положения об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников лечебных и педиатрических факультетов медицинских институтов : совместный приказ Министерства здравоохранения СССР № 240 и МинВУЗ СССР от 27.03.1967 № 187. URL: <http://www.economics.kiev.ua/download/ZakonySSSR/data02/tex13349.htm> (дата звернення: 03.02.2019).

18. Положення про первинну спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних (фармацевтичних) вищих навчальних закладів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0193-94> (дата звернення: 03.02.2019).

19. Karle H. Postgraduate Medical Education. World Federation for Medical Education, 2003. 27 p.

20. Національна Рамка Кваліфікацій. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1341-2011-%D0%BF> (дата звернення: 03.02.2019).

21. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/> (дата звернення: 03.02.2019).

22. Про затвердження Положення про клінічну ординатуру: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.01.1998 № 12. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0106-98> (дата звернення: 14.05.2019).

23. Про подальше удосконалення системи післядипломної підготовки лікарів (провізорів): наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22.07.1993 №166. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0113-93> (дата звернення: 03.02.2019).

24. Положення про лікарську резидентуру (проект). URL: <http://moz.gov.ua/article/reform-plan/moz-ukraini-opriljudnilo-dlja-gromadskogo-obgovorennja-strategiju-rozvitku-medichnoi-osviti> (дата звернення: 03.02.2019).

25. Основи законодавства про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2801-12> (дата звернення: 03.02.2019).

26. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: постанова КМУ від 28.03.2018 № 302. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/302-2018-%D0%BF> (дата звернення: 10.02.2019).

27. Соколова І.В. Професійна підготовка майбутнього вчителя-філолога за двома спеціальностями. Маріуполь – Донецьк : АРТ-ПРЕС, 2008. 400 с.

28. Логічні закони : Філософський енциклопедичний словник / В.І. Шинкарук та ін. Київ : Абрис, 2002. 742 с.

29. Цехмістер Я.В. Допрофесійна підготовка учнів у ліцеї медичного профілю. Київ : Наукова думка, 2002. 620 с.

30. Лисенко О.Ю. Післядипломна освіта лікарів: характеристика базових понять. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2016. №3-4 (48-49). С. 23-28.

31. Лук'янова Л.Б. Неперервна освіта впродовж життя: історичний огляд,

сучасні реалії. *Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. Серія: Педагогіка*. 2015. №2 (15). С. 187-192.

32. Національна доктрина розвитку освіти.

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/347/2002/> (дата звернення: 03.02.2019).

33. Dave R.H. *Foundation of Lifelong Education: Studies in Lifelong Education*. Hamburg, 1976. 388 p.

34. *Recognition and validation of non-formal and informal learning for VET teachers and trainers in the EU Member States*. Cedefop. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007. 78 p.

35. *Профессиональная педагогика*. Москва: Ассоциация «Профессиональное образование», 1999. 904 с.

36. *Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи* / За ред. І.А. Зязюна. Київ : Віпол, 2000. 636 с.

37. *Prospects: the quarterly review of comparative education*. UNESCO: *International Bureau of Education*. Paris, 1993. Vol. XIII. No. 3/4. P. 613–635.

38. *Пером и скальпелем: сборник* / Сост.: Г.Е. Аронов, Ю.В. Шанин. Киев : Дніпро, 1991. 447 с.

39. Huber L. *Modularisierung und Creditsysteme in der Lehrerbildung*. Duisburg, 2001.

40. Сущенко Л.П. *Професійна підготовка фахівців фізичного виховання та спорту (теоретико-методологічний аспект)*. Запоріжжя : Запорізький держ. ун-т, 2003. 442 с.

41. *Тлумачний словник української мови* / укл ад. Т.В. Ковальова, Л.П. Коврига. Харків : Син текст, 2002. 672 с.

42. *Енциклопедія освіти* / Акад. пед. наук України; головний ред. В.Г. Кремень. Київ : Юрінком Інтер, 2008. 1040 с.

43. Белухин Д.А. *Становление профессионала и рождение профессионализма*. Москва: Московский психолого-социальный институт, 2006. 128 с.

44. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А. *Психологический словарь-справочник*.

Мн. : Харвест, М. : АСТ, 2001. 576 с.

45. Кудрявцева М.Е. К вопросу о фундаментальных основах гуманитарного образования. *Вестн. МГУ. Сер.: Филология. Журналистика*. 2005. №1.

46. Бодалёв А.А. Вершина в развитии взрослого человека. Характеристики и условия достижения. Москва: Флинта – Наука, 1998. 168 с.

47. Дружилов С.А. Профессиональная компетентность и профессионализм педагога : психологический подход. *Сибирь. Философия. Образование*. 2005. № 8. С. 26-44.

48. Ю.В. Поляченко, В.Г. Передерій, О.П. Волосоієць та ін. Медична освіта у світі та в Україні Київ : Книга плюс, 2005. 384 с.

49. Про освіту : Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19/> (дата звернення: 03.02.2019).

50. Зязюн І.А. Неперервна освіта як основа соціального поступу. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/6139/1/%D0%B7%D1%8F%D0%B7%D1%8E%D0%BD9.pdf> (дата звернення: 03.02.2019).

51. Continuing professional development of doctors. *The National Medical Journal of India*. 2017. Vol. 30, No. 2.

52. Сисоєва С.О. Освіта і особистість в умовах постіндустріального світу. К.: Поліграф книга, 1996. 446 с.

53. Національний освітній глосарій : вища освіта / за ред. Д. В. Табачника і В. Г. Кременя. К. : Плеяди, 2011. 100 с.

54. Competencies and Standards for Instructional Design and Educational Technology / Michael J. Spector et al. *Discussion Paper for ITFORUM*, April 17–21, 2006. 21 p. URL: <http://itforum.coe.uga.edu/paper89/ITForumpaper89.pdf> (дата звернення: 03.02.2019).

55. Key Competences for Lifelong Learning. A European Reference Framework : Official pub. Brussels : European Commission, 2004. 20 p.

56. Бех І. Д. Особистісно орієнтоване виховання. К.: ІЗМН, 1998. 204 с.

57. Бібік Н. Компетентність і компетенції у результатах початкової освіти. *Початкова школа*. 2010. № 9. С. 1–4.

-
58. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. К. : Либідь, 1997. 375 с.
59. Зязюн І. А. Філософія поступу і прогнозу освітньої системи. *Педагогічна майстерність : проблеми, пошуки, перспективи* : монографія. К., Глухів: РВВ ГДПУ, 2005. С. 10–18.
60. Курлянд З. Н. Професійно–креативне середовище ВНЗ – передумова підвищення якості підготовки майбутніх фахівців. *Педагогическая наука: история, теория, практика, тенденции развития*. 2009. № 1. URL: http://intellect-invest.org.ua/rus/pedagog_editions_emagazine_pedagogical_science_arhiv_pn_n1_2009_st_16/ (дата звернення: 03.02.2019).
61. Овчарук О. В. Компетентісний підхід в освіті : загальноєвропейські підходи. *Інформаційні технології і засоби навчання*, 2009. С. 6–20.
62. Raven J. Managing Education for Effective Schooling: The Most Important Problem is to Come to Terms with Values. New York : Trillium Press, 1994. URL: <http://www.eyoonsociety.co.uk/resources/MEFESChap11.pdf>. (дата звернення: 03.02.2019).
63. Савченко О. Я. Компетентісний підхід як чинник модернізації змісту освіти. *Наука і освіта. Науково-практичний журнал Південного наукового центру НАПН України. Серія «Педагогіка»*. 2011. № 4. С. 2–6.
64. Селевко Г. К. Энциклопедия образовательных технологий. М., 2006. Т. 1. 525 с.
65. Short E. The Concept of Competence : its Use and Misuse in Education. *Journal of Teacher Education*. 1995. Vol. 2. P. 2–6.
66. Definition and Selection of Competencies. Theoretical and Conceptual Foundations. Strategy Paper on Key Competencies. An Overarching Frame of Reference for an Assessment and Research Program. URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/48/22/41529556.pdf> (дата звернення: 03.02.2019).
67. Маркова А. К. Психология профессионализма. М.. : МГФ «Знание», 1996. 308 с.
68. Кульбашна Я.А. Теоретичні й методичні основи формування

професійної компетентності майбутніх фахівців із стоматології : автореф. дис. д-ра пед. наук : 13.00.04. Київ, 2015. 40 с.

69. Баловсяк Н. Інформаційна компетентність в системі ключових компетенцій особистості. *Професійна підготовка та інноваційні процеси у навчально-виховних закладах*. Харків, 2004. С. 6–15.

70. Сисоєва С. О. Педагогічна компетентність викладача вищого навчального закладу непедагогічного профілю. *Компетентнісний підхід у сучасній університетській освіті* : збірник наукових праць. Рівне : НУВГП, 2011. С. 3–11.

71. Сластенин В. А. Теория и методика профессионального образования. М., 2004. 340 с.

72. Деркач А. А., Зазыкин В. Г., Маркова А. К. Психология развития профессионала. М.: РАГС, 2000. 124 с.

73. Равен Джон. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация. М. : Когито–центр, 2002. 396 с.

74. Зеер Э. Ф., Павлова А. М., Сыманюк Э. Э. Модернизация профессионального образования : компетентностный подход. М., 2005. 216 с.

75. Зимняя И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования. *Высшее образование*. 2003. № 5. С. 34–42.

76. Хуторской А. В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированной парадигмы образования. *Ученик в общеобразовательной школе*. М. : ИОСО РАО, 2002. С. 135–157.

77. Кремень В.Г. Вступне слово президента АПН України. *Реалізація європейського досвіду компетентнісного підходу у вищій школі України* : матеріали методологічного семінару. К. : Педагогічна думка, 2009. С. 3–4.

78. Ісаєва О.С. Теоретичні та методичні засади формування особистісно-професійної культури майбутніх лікарів у процесі гуманітарної підготовки: автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04. Харків, 2016. 40 с.

79. Про затвердження Переліку назв циклів спеціалізації та вдосконалення лікарів і провізорів у вищих медичних (фармацевтичному) закладах (факультетах)

післядипломної освіти : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.1998 №346. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0346282-98> (дата звернення: 03.02.2019).

80. Протасова Н.Г. Теоретико-методичні основи функціонування системи післядипломної освіти педагогів в Україні : дис... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Державна академія керівних кадрів освіти. Київ, 1999. 472 с.

81. Сухомлинский В.А. Избранные произведения: в 5 т. К.: Рад. школа, 1979. Т. 1. 686 с.

82. Активность личности в обучении (психолого-педагогический аспект). М.: НИИ ПВШ, 1986. 191 с.

83. Андреев В.И. Диалектика воспитания и самовоспитания творческой личности. Казань: Изд-во Казанского университета, 1988. 228 с.

84. Avoiding burnout: the personal health habits and wellness practices of US surgeons / T. D. Shanafelt et. al. *Ann. Surg.* 2012. Vol. 255 (4). P. 625–633.

85. Bragard I., Dupuis G., Fleet R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *BMC Research Notes.* 2015. Vol. 8. P. 116.

86. Шелков В.Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. URL: <https://www.umj.com.ua/article/2707/profilaktika-sindromu-vigorannya-u-medichnix-pracivnikiv-metodami-psixologichnoi-samoregulyacii> (дата звернення: 06.05.2019)

87. Амосов Н.М. Моodelирование мышления и психики. К.: Наукова думка, 1965. 302 с.

88. Кудрявцева Н.П. Організаційно-економічний механізм державного регулювання освіти (на прикладі післядипломної освіти) : дис. ... канд. екон. наук : 08.02.03 / АПН України, Ін-т вищ. освіти. Київ, 2004. 177 с.

89. Сисоева С.О. Інтерактивні технології навчання дорослих. К.: ВД «ЕКМО», 2011. 320 с.

90. Руссол В.М. Дидактичні основи оптимізації змісту післядипломної освіти педагогічних працівників : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 /

Тернопіль, 2000. 21 с.

91. Хлебнікова Т. М. Організація особистісно орієнтованого навчання слухачів у системі післядипломної педагогічної освіти : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.09. Харків, 2009. 22 с.

92. Арешонков В. Ю. Педагогічні засади самоорганізації слухачів системи післядипломної педагогічної освіти : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Житомирський держ. ун-т ім. І.Франка. Житомир, 2006. 215 с.

93. Зінченко С. Психологічні особливості неформальної освіти дорослих. *Наукова періодика України* (журнали та збірники наукових праць). URL: www.nbuv.gov.ua/...1/09ZSVNOD.pdf (дата звернення: 09.02.2019).

94. Романчиков В.І. Основи наукових досліджень. К.: Центр учбової літератури, 2007. 254 с.

95. Правові основи управління післядипломною освітою в Україні : дис. ... канд. юрид. Наук : 12.00.07 / Національна академія державного управління при Президентові України. Львівський регіональний ін-т держ. управління. Львів, 2007. 175 с.

96. Рзаєва С.Л. Прогнозування попиту на навчальні послуги (післядипломна освіта) та впровадження новітніх інформаційних технологій для підвищення ефективності їх реалізації : дис. ... канд. техн. наук : 05.13.06 / Київський національний торговельно-економічний ун-т. Київ, 2005. 189 с.

97. Нагорічна, О. С. Післядипломна підготовка працівників митної служби до професійної діяльності на основі особистісно-орієнтованого підходу : дис. ... кандидата пед. наук : 13.00.04. Хмельницький, 2008. 221 с.

98. Наливайко О.Б. Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки: автореф. дис. ... к-та пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2016. 20 с.

99. Трачук Т.В. Дидактичні засади розвитку економічних знань вчителя в системі післядипломної педагогічної освіти : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.09. Луцьк, 2006. 19 с

100. Ярковой О.М. Педагогічні засади розвитку управлінської культури

державних службовців в умовах післядипломної освіти : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.05 / Запорізький держ. ун-т. Запоріжжя, 2002. 265 с.

101. Мешковский А. П. ВОЗ о роли фармацевтов. *Фарматека*. 1999. № 6. С. 3–5.

102. Павленко О.О. Формування комунікативної компетенції фахівців митної служби в системі неперервної професійної освіти : автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04 / Київ, 2005. 40 с.

103. Біліченко О. В. Формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки: дис. ... канд. пед. Наук : 13.00.04 / Вінницький держ. пед. ун-т імені Михайла Коцюбинського. Вінниця, 2019. 360 с.

104. Навроцька М.М. Розвиток професійного іміджу педагога в системі післядипломної педагогічної освіти : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Тернопіль, 2019. 19 с.

105. Краснов Ефективність використання комп'ютерних систем контролю знань в післядипломній медичній освіті: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04. Київ, 2003. 21 с.

106. Рижов О. А. Методологічне та організаційне забезпечення системи післядипломної підготовки провізорів на основі інформаційних технологій : автореф. дис. ... канд. фармац. наук : 15.00.01. Київ, 2010. 43 с.

107. Советский энциклопедический словарь. М.: Изд-во «Советская Москва», 1979. 1600 с.

108. Lakatos I. *The Methodology of Scientific Research Programmes. Philosophical Papers Volume I* / Edt. by J. Worrall and G. Currie. Cambridge University Press, 1989.

109. Зацерковний В.І., Тішаєв І.В., Демидов В.К. *Методологія наукових досліджень* : навч. посіб. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2017. 236 с.

110. Arnold vander Nat. *Simple formal logic: wuth common-sense symbolic techniques*. Routledge, 2010. 360 p.

111. *Common Sense: The Foundation For Social Science* / Ed. by Frits van Holthoon and David R. Olson. Lanham, N.Y., London: University Press of America,

1987.

112. K. Gödel (1931). Über Formal Unentscheidbare Sätze der Principia Mathematica und Verwandter Systeme, I. *Monatshefte für Math.u.Physik*. Vol. 38. P: 173–198.

113. Решетова А.Е. Здравый смысл в контексте обоснования философского знания : дисс. ... канд. филос. Наук : 09.00.11. Чебоксары, 2008. 144 с.

114. Том Р. Теория катастроф. М.: Мир, 1980. 608 с.

115. Айламазян А.К., Стась Е.В. Информатика и теория развития. М.: Наука, 1989. 174 с.

116. Чалий О.В. Нерівноважні процеси у фізиці і біології. К.: Наукова думка, 1977. 175 с.

117. Чалий О.В. Синергетичні принципи освіти і науки. К.: Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця, 2000. 253 с.

118. Пригожин І.Р. Час, структура і флуктуації: Нобелівська лекція з хімії 1977 р. *УФН*, 1980. Т. 131. Вип. 2. С. 185-207.

119. Swallow J. *The Butterfly Effect*. Black Flame (UK), 2013. 413 p.

120. Бергаланфі Л. Загальна теорія систем: огляд проблем і результатів. К.: Рад. школа, 1978. С. 86-111.

121. Мясний З.П. Проблеми педагогіки медичної освіти в Україні. *Медична освіта*. 2000. № 2. С. 12-14.

122. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.12.2000 № 1313/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000> (дата звернення: 10.02.2019).

123. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 10.02.2019).

124. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599 (дата звернення: 10.02.2019).

125. Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернатурі випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів,

медичних факультетів університетів : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2005 № 81. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0291-05> (дата звернення: 10.02.2019).

126. Цехмістер Я.В., Науменко О.М, Дубров С.О., Лисенко О.Ю. Методичні рекомендації щодо організації інтернатури у Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця. Київ: КІМ. 2014. 47 с.

127. Пластична хірургія / Е.Я. Фісталь та ін. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 376 с.

128. Shiffman, Melvin. *Cosmetic Surgery: Art and Techniques*. Springer. P. 20.

129. Plastic surgery procedural statistics from the American Society of Plastic Surgeons. URL: <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics> (дата звернення: 14.05.2019).

130. Tsekhmister Ya., Lysenko O. *Plastic Surgery in Ukraine: Legal Aspect. EUREKA: Social and Humanities*. 2018. No. 3. P. 9-14.

131. Here are the vainest countries in the world. URL: <http://www.businessinsider.com/here-are-the-vainest-countries-in-the-world-2015-8> (дата звернення: 14.05.2019).

132. How to Become a Plastic Surgeon in 5 Steps. URL: https://learn.org/articles/Plastic_Surgeon_Become_a_Plastic_Surgeon_in_5_Steps.html (дата звернення: 14.05.2019).

133. Про удосконалення пластичної та реконструктивної хірургічної допомоги населенню України : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.04.2009 № 210. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/rada/show/v0210282-09> (дата звернення: 14.05.2019).

134. Про скасування наказів МОЗ, які підлягали державній реєстрації, але не зареєстровані в Міністерстві юстиції України : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.08.2010 № 660. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/rada/show/v0660282-10> (дата звернення: 14.05.2019).

135. Резолюція XXIII з'їзду хірургів України. URL: <http://as-ukr.org/rezolyutsiya-xxiii-z-yizdu-hirurgiv-ukrayini/> (дата звернення: 14.05.2019).

136. Кримінальний кодекс України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2341-14> (дата звернення: 14.05.2019).

137. Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10.08.2000 № 195. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0150-01> (дата звернення: 14.05.2019).

138. Коментар до статті 138. Незаконна лікувальна діяльність. URL: <http://yurist-online.com/ukr/uslugi/yuristam/kodeks/024/136.php> (дата звернення: 14.05.2019).

139. World Federation for Medical Education. URL: <https://wfme.org/> (дата звернення: 10.02.2019).

140. Методичні розробки для організації самостійної роботи студентів стоматологічного факультету під час практичних занять з інфекційних хвороб. URL: http://www.umsa.edu.ua/kafhome/infek/lecture/infek/metod_infek_4stom_ukr.pdf (дата звернення: 10.02.2019).

141. WFME Global Standards for Quality Improvement: Postgraduate Medical Education. URL: <https://wfme.org/standards/pgme/> (дата звернення: 10.02.2019)

142. WFME Global Standards for Quality Improvement: Continuing Professional Development of Medical Doctors. URL: <https://wfme.org/standards/cpd/> (дата звернення: 10.02.2019).

143. Класифікатор професій ДК 003:2010. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/va327609-10> (дата звернення: 10.02.2019).

144. Про внесення змін до Положення про порядок проведення атестації лікарів : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.10.2015 № 650. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0176-16> (дата звернення: 10.02.2019).

145. Про затвердження Типового положення про атестацію педагогічних працівників : наказ МОН України від 06.10.2010 № 930. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1255-10> (дата звернення: 10.02.2019).

146. Про затвердження Положення про атестацію наукових працівників : постанова Кабінету Міністрів України від 13.08.1999 №1475. URL:

- <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1475-99-%D0%BF> (дата звернення: 10.05.2019).
147. Про затвердження Порядку атестації соціальних працівників, інших фахівців, що надають соціальні та реабілітаційні послуги : наказ Мінсоцполітики України від 01.10.2012 № 612. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1771-12> (дата звернення: 10.02.2019).
148. Про затвердження Положення про порядок проведення атестації керівних, інженерно-технічних працівників та інших спеціалістів підприємств і організацій залізничного транспорту України : наказ Міністерства транспорту України від 16.04.1996 №127. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0229-96> (дата звернення: 10.05.2019).
149. Про порядок проведення атестації працівників керівного складу державних підприємств : постанова Кабінету Міністрів України від 27.08.1999 №1571. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1571-99-%D0%BF> (дата звернення: 10.05.2019).
150. Про затвердження Порядку проведення атестації посадових осіб митної служби : постанова Кабінету Міністрів України від 25.12.2002 №1984. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1984-2002-%D0%BF> (дата звернення 10.05.2019).
151. Про затвердження Типового положення про проведення атестації посадових осіб місцевого самоврядування : постанова Кабінету Міністрів України від 14.10.2001 №1440. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2001-%D0%BF> (дата звернення: 10.05.2019).
152. Андрущенко В.П. Роздуми про освіту: Статті, нариси, інтерв'ю. К.: Знання України, 2004. 804с.
153. Цехмістер Я. В., Лисенко О. Ю. Акмеологічні особливості післядипломної освіти лікарів в Україні. *Сучасні акмеологічні дослідження: теоретико-методологічні та прикладні аспекти* : монографія / В. О. Огнев'юк, С.О. Сисоєва, Я.С. Фруктова. Київ: Київ. ун-т ім. Б. Грінченка. 2016. С. 664–684.
- 154.. Communicative Skills Formation for Obstetrics and Gynecology Interns / Tsekhmister Ya. et. al. *American Journal of Humanities and Social Sciences Research*

(AJHSSR). 2018. Vol.02, Is. 07, P. 107-110.

155. Галян А.І. Особистісні ресурси адаптації майбутніх медичних працівників до професійної діяльності: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.01. Луцьк, 2016. 23 с.

156. Advanced Life Support: ECR Recommendation, 2015. URL: <https://www.erc.edu> (дата звернення: 10.05.2019).

157. Do-Not-Resuscitate Policy. URL: https://www.michigan.gov/documents/mdch/Do_not_resuscitate.policy_298357_7.pdf (дата звернення: 10.05.2019).

158. Про встановлення діагностичних критеріїв смерті мозку та процедури констатації моменту смерті людини : наказ Міністерства охорони здоров'я від 02.09.2013 № 821. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z1757-13> (дата звернення: 10.05.2019).

159. Грандо А.А., Грандо С.А. Врачебная этика. К.: Триумф, 1994. 256 с.

160. Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: теоретичні та методичні засади: монографія. К.: ТОВ НВП «Інтверсевіс», 2019. 389 с.

161. Яременко В., Сліпушко О. Новий тлумачний словник української мови у 4 т. К.: Аконт, 1999. Т.3. С. 340.

162. Сисоєва С.О. Компетентнісно зорієнтована вища освіта: формування наукового тезаурусу. URL: <http://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/11033/1/Sysoeva%20S.A.%202015.pdf> (дата звернення: 14.05.2019).

163. Педагогический словарь / В.И. Загвязинский и др. / под ред. В.И. Загвязинского, А.Ф. Закировой. М.: Академия, 2008. 352 с.

164. Національний освітній глосарій: вища освіта / В.М. Захарченко та ін. / за ред. В.Г. Кременя. К.: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2014. 100 с.

165. Рева Т.Д. Компетентнісний підхід у навчанні хімії майбутніх провізорів: теоретичні і методичні засади. К.: ВП «Едельвейс», 2017. 456 с.

166. Рудніцька К.В. Сутність понять «компетентнісний підхід», «компетентність», «компетенція», «професійна компетентність» у світлі

сучасної освітньої парадигми. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2016. Вип. 1 (38). С. 241-244.

167. Гурняк І.А. Дидактичні засади компетентісного підходу в освіті. *Педагогічні науки*. 2008. № 3. С. 45–52.

168. Нагач М.В. Підготовка майбутніх учителів у школах професійного розвитку в США : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2008. 21 с.

169. Нагорна Н.В. Формування у студентів понять компетентності й компетенції. *Виховання і культура*. 2007. № 1–2 (11–12). С. 266–268.

170. Шевченко Г.П. Концептуальна сутність компетентісного підходу : європейський вимір. *Реалізація європейського досвіду компетентісного підходу у вищій школі України* : матеріали методол. семінару АПН України, Ін-т педагогіки АПН України. К. : Педагогічна думка, 2009. С. 121–130.

171. Переймибіда Л.В. Організаційні засади діяльності педагогічного колективу з розвитку деонтологічної культури учнів медичного ліцею : автореф. дис... канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2008. 21 с.

172. Пометун О.І. Дискусія українських педагогів навколо питань запровадження компетентісного підходу в українській освіті. *Компетентісний підхід у сучасній освіті. Світовий підхід та українські перспективи*. К., 2004. 111 с.

173. Appendix – training provisions under the competency-based training approach. URL: <https://www.iata.org/whatwedo/cargo/dgr/Documents/DGR-60-appendix-H.pdf> (дата звернення: 05.04.2019).

174. Овчарук О.В. Розвиток компетентісного підходу : стратегічні орієнтири міжнародної спільноти. *Компетентісний підхід у сучасній освіті : світовий досвід та українські перспективи* / за заг. ред. О. В. Овчарук. К. : К.І.С., 2004. С. 6-15.

175. Побірченко Н.С. Компетентісний підхід у вищій школі : теоретичний аспект. *Освіта та педагогічна наука*. 2012. № 3 (152). С. 24–31.

176. Гуревич Р.С. Кадемія М.Ю. Професійна компетентність майбутнього

педагога: як її формувати? *Витоки педагогічної майстерності*. 2012. Вип. 2. С. 66-70.

177. Мачинська Н.І. Педагогічна освіта магістрантів вищих навчальних закладів непедагогічного профілю / за ред. С.О. Сисоєвої. Львів: ЛьвДУВС, 2013. 416 с.

178. Амосов Н.М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. Человек и общество. М. : ООО “Изд-во АСТ”, Донецк : Сталкер, 2002. 464 с.

179. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб. : Питер, 2001. 288 с.

180. Андронов В.П. Психологические основы формирования профессионального мнения. Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 1991. 84 с.

181. Гаврилова Т.П. Понятие эмпатии в зарубежной психологии. *Вопросы психологи*. 1975. № 2. С. 147–158.

182. Степанов С.Ю., Семенов И.Н. Психология рефлексии : проблемы и исследования. *Вопросы психологии*. 1985. № 3. С. 31–40.

183. Косырев В.Н. Психологическая модель диагностической компетентности врача. *Медицинская психология в России* : электрон. науч. журн. – 2011. № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата звернення: 14.05.2019).

184. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении. Л. : Медицина, Ленингр. отд-ние, 1973. 168 с.

185. Казначеев В.П., Куимов А.Д. Клинический диагноз. Новосибирск : Изд-во Новосиб. ун-та, 1992. 99 с.

186. Куимов А.Д., Куимова И.В. Проблемы современного высшего образования. *Журнал экспериментальной и клинической медицины*. 2005. № 4. С. 6-15.

187. Шадриков В.Д. Способности человека. М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО “МО-ДЭК”, 1997. 288 с.

188. Урванцев Л.П., Яковлева И.В. Формирование психологической компетентности врача в процессе обучения в медицинском ВУЗе. *Психологический журнал*. 1995. № 4. Т. 16. С. 48–107.

189. Іваненко Р.В. Організаційно-педагогічні умови професійної орієнтації

старшокласників на медичні спеціальності : автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04. Вінниця, 2008. 21 с.

190. The Core Competencies Needed for Health Care Professionals. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221519/> (дата звернення: 14.05.2019).

191. Competence based education. URL: https://www.researchgate.net/publication/327759153_competence_based_education (дата звернення: 14.05.2019).

192. Population Health Management Resource Guide. URL: <https://www.ncqa.org/programs/health-plans/download-population-health-management-resource-guide/> (дата звернення: 14.05.2019).

193. Curry L., Docherty M. Camosun College Implementing Competency-Based Education. URL: https://www.researchgate.net/publication/317797610_Implementing_Competency-Based_Education (дата звернення: 14.05.2019).

194. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02> (дата звернення: 14.05.2019).

195. Combes J.R., Arespachaga E. Physician Competencies for a 21st Century Health Care System. *J Grad Med Educ.* 2012. No. 4(3). P. 401–405.

196. Taylor F.W. The Principles of Scientific Management. URL: https://www.norton.com/college/history/america-essential-learning/docs/FWTaylor-Scientific_Mgmt-1911.pdf (дата звернення: 14.05.2019).

197. Supporting performance and assessing competence in practice. URL: https://www.researchgate.net/publication/330728757_Supporting_performance_and_assessing_competence_in_practice (дата звернення: 14.05.2019).

198. Ucan S. The role of continuous professional development of teachers in educational change: A literature review. URL: https://www.researchgate.net/publication/311904922_The_role_of_continuous_professional_development_of_teachers_in_educational_change_A_literature_review (дата звернення: 14.05.2019).

199. Quality Code for Higher Education. URL: <https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/Eurydice> (дата звернення: 14.05.2019).

200. Trajectories of Science Teacher Learning: Educators, and Teachers Conference: National Association for Research in Science Teaching. URL: https://www.researchgate.net/publication/301552075_Trajectories_of_Science_Teacher_Learning_Educators_and_Teachers (дата звернення: 14.05.2019).

201. Morcke A.M., Dornan T., Eika B. Outcome (competency) based education. An exploration of its origins, theoretical basis and empirical evidence. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2013. No. 18(4). P. 851-914.

202. Necessary Definitions for Understanding Gamification in Education A Short Guide for Teachers and Educators. URL: https://www.researchgate.net/publication/319646230_Necessary_Definitions_for_Understanding_Gamification_in_Education_A_Short_Guide_for_Teachers_and_Educators (дата звернення: 14.05.2019).

203. The adult learner. URL: <https://content.taylorfrancis.com/books/download?dac=C2011-0-12064-6&isbn=9781136346149&format=googlePreviewPdf> (дата звернення: 14.05.2019).

204. Programmatic assessment: From assessment of learning to assessment for learning. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21609177> (дата звернення: 14.05.2019).

205. A Delphi study to construct a CanMEDS competence based inventory applicable for workplace assessment. URL: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-86> (дата звернення: 14.05.2019).

206. Objective Structured Clinical Examination: The Assessment of Choice. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191703/> (дата звернення: 14.05.2019).

207. OSCE Skills. URL: <http://www.osceskills.com/> (дата звернення: 14.05.2019).

208. Неперервна професійна освіта: філософія, педагогічні парадигми, прогноз : монографія / В.П. Андрющенко та ін. / за ред. В.Г. Кременя. К. : Наукова

думка, 2003. 853 с.

209. Кремень В.Г. Вища освіта України і Болонський процес. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2004. 384 с.

210. Chen (Amy), C., Kotliar, D., Drolet, B. Medical education in the United States: do residents feel prepared? *Perspect Med Educ*. 2015. No. 4. P. 181-185.

211. Лисенко О. Ю. Роль і місце післядипломної освіти в національній системі підготовки лікарів. *Освітологія*. 2015. №4. С. 49-53.

212. Tsekhmister Ya. V., Lysenko O. Yu. Postgraduate Education of Doctors: Current State and Perspectives. *The Modern Higher Education Review*. 2016. №1. P. 101-105.

213. Международный стандарт: Системы менеджмента качества – Требования. URL: [http://pqm-online.com/assets/files/pubs/translations/std/iso-9001-2015-\(rus\).pdf](http://pqm-online.com/assets/files/pubs/translations/std/iso-9001-2015-(rus).pdf) (дата звернення: 14.05.2019).

214. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. URL: <http://nmu.ua> (дата звернення: 14.05.2018).

215. Сисоєва С.О., Соколова І.В. Теорія і практика вищої освіти. К. Маріуполь, 2016. 338 с.

216. Коваль Т.І. Проблема організації зворотного зв'язку в інформаційно-комп'ютерному освітньому середовищі. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія № 2. Комп'ютерно-орієнтовані системи навчання*. 2005. №3 (10). С. 68–76.

217. Муліна Н.І. Організація ефективного зворотного зв'язку в дистанційному навчанні іноземних мов. URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/43373/3/article_Mulina_kyiv_13.pdf (дата звернення: 29.04.2019).

218. Ypsilandis G. Supportive feedback in language education. URL: http://www.ku.de/fileadmin/130104/EinladungConLLB2014_Deu.pdf (дата звернення: 29.04.2019).

219. Wu R. Feedback in distance education: A content analysis of Distance Education: An International Journal, 1980-2013. URL:

https://vtechworks.lib.vt.edu/bitstream/handle/10919/52582/Wu_R_D_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 29.04.2019).

220. Лисенко О.Ю. Організація зворотного суб'єкт-суб'єктного зв'язку із застосуванням дистанційних технологій на етапі післядипломної освіти. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2018. № 1-2 (54-55). С. 68-73.

221. Цехмістер Я.В., Лисенко О.Ю. Медичне право: перспективи підготовки фахівців в Україні. *Освітологія*. 2017. № 6. С 110-114.

222. Цехмістер Я.В., Лисенко О.Ю. Професійна клініко-фармацевтична компетентність лікарів: післядипломний етап становлення. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2018. № 3-4 (56-57). С. 74-77.

223. Фармація клінічна. Фармацевтична енциклопедія. URL: <https://www.pharmencyclopedia.co.ua> (дата звернення: 14.05.2019).

224. Miller R.R. An Overview of Clinical Pharmacology. *The Journal of Clinical Pharmacology*. 1981. Vol. 21 (5-6). P. 238-240.

225. Doctors Postgraduate Programs Improving as a Step on the Way to Overcome Antibiotic Resistance / Tsekhmister Ya. et. all. *Fundamental and Applied Researches in Practice of leading scientific schools*. 2018. Vol. 28. No.4. P. 190-192.

226. Цехмістер Я. В., Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: клініко-фармацевтична підготовка. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2017. №3-4 (52-53). С. 39-45.

227. Medical and pharmacy students' attitudes towards physician collaboration in Kuwait / Katoue M.G. et. all. *Pharmacy Practice*. 2017. No. 15 (3). P. 1029.

228. Antimicrobial Stewardship: Improving Clinical Outcomes By Optimization of Antibiotic Practices (CME). URL: <https://online.stanford.edu/courses/some0001-antimicrobial-stewardship-improving-clinical-outcomes-optimization-antibiotic> (дата звернення: 14.05.2019).

229. BMJ Learning. URL: <https://learning.bmj.com> (дата звернення: 14.05.2019).

230. Stanford Medicine. URL: <https://med.stanford.edu> (дата звернення: 14.05.2019).

-
231. Fleeming K., Pugh C., Best D. Academic postgraduate medical education – an Oxford view. *Clinical Medicine*. 2014. No. 1 (14). P. 38-41.
232. Wild R.J., Fitzgerald J.E., Beamish A. Health Education England, Local Education and Training Boards (LETBs) and reform of healthcare education: implication for surgical training. *BMC Surgery*. 2015. No. 15 (3). P. 35-43.
233. General Medical Council. URL: <https://www.gmc-uk.org> (дата звернення: 14.05.2019).
234. Gray T.G., Hood G., Farrell T. The results of a survey highlighting issues with feedback on medical training in the United Kingdom and how a Smartphone App could provide a solution. *BMC Res Notes*. 2015. No. 8. P. 653-661.
235. Лисенко О. Ю. Післядипломна освіта лікарів: досвід Великої Британії *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2015. №4(45). С. 50-54.
236. The Foundation Guide to the Foundation Programme / More C.G. et. al. UK Foundation Office, 2010. 74 p.
237. UK Foundation Programme. URL: www.foundationprogramme.nhs.uk (дата звернення: 14.05.2019).
238. Learning together: clinical skills teaching for medical and nursing students / Tucker K. et. al. *Med Educ*. 2003. No. 37 (7). P. 630-637.
239. General information about postgraduate medical training in Austria. URL: <http://www.cobatrice.org/Data/upload/images/File/About/icm/CoBaTriICE%20Austrian%20medical%20Training%20Regulations.pdf> (дата звернення: 14.05.2019).
240. Lischka M. Medical universities in Austria: impact of curriculum modernization on medical education. *GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung*. 2010. No. 27 (2).
241. EMS. Eignungstest für das Medizinstudium in Österreich. URL: https://www3.unifr.ch/ztd/ems/doc/Bericht_EMSAT07.pdf (дата звернення: 14.05.2019).
242. Anderson G. F., Frogner B. K., Reinhardt U. E. Health spending in OECD countries in 2004: An update. *Health Aff*. 2007. No. 26. P. 1481-1489.
243. Bliss M. William Osler at 150. *CMAJ*. 1999. No. 161. P. 831-834.

244. Ludmerer K. M. The history of calls for reform in graduate medical education and why we are still waiting for the right kind of change. *Acad Med.* 2012. No. 87. P. 34-40.

245. Medicaid Home. URL: <https://www.medicaid.gov/> (дата звернення: 14.05.2019).

246. Лисенко О.Ю. Післядипломна освіта лікарів: досвід Сполучених Штатів Америки. *Педагогічний процес: теорія і практика.* 2015. №5-6 (50-51). С. 129–133.

247. Medical education in the United States of America / DeZee K. J., et. al. *Medical Teacher.* 2012. No. 34 (7). P. 521-525.

248. United States Medical Licensing Examination (USMLE). URL: <https://www.usmle.org/> (дата звернення: 14.05.2019).

249. Peters A. S., Clark-Chiarelli N., Block S. D. Comparison of Osteopathic and Allopathic Medical Schools' Support for Primary Care. *J Gen Intern Med.* 1999. No. 14. P. 730-739.

250. Education Commission for Foreign Medical Graduates. URL: <https://www.ecfmg.org/> (дата звернення: 14.05.2019).

251. What is Osteopathic Medicine? URL: <https://osteopathic.org/what-is-osteopathic-medicine/> (дата звернення: 14.05.2019).

252. Accreditation Council for Graduate Medical Education. URL: <https://www.acgme.org/> (дата звернення: 14.05.2019).

253. US Residency Training Before and After the 1997 Balance Budget Act. Salsberg E. et. al. *JAMA.* 2008. No. 300 (10). P. 1174-1180.

254.. Российская система последипломного образования: нужны ли перемены? Аполихин О.И. и др. *Экспериментальная и клиническая урология.* 2010. №3. С. 12-16.

255. Про утверждение положения о клинической ординатуре : приказ Министерства здравоохранения СССР от 19.05.1971 № 362. URL: <http://lawru.info/cat/ussr/page/148.htm> (дата звернення: 14.05.2019).

256. О высшем и послевузовском профессиональном образовании:

Федеральный Закон РФ от 22.08.1996 № 125-ФЗ URL: http://moeobrazovanie.ru/federalnii_zakon_o_visshem_i_poslevuzovskom_professionalnom_obrazovanii.html (дата звернення: 14.05.2019).

257. О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации : приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.04.2009 № 210н URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/8957-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-i-sotsialnogo-razvitiya-rossiyskoy-federatsii-ot-23-aprelya-2009-g-210n-o-nomenklature-spetsialnostey-spetsialistov-s-vysshim-i-poslevuzovskim-meditsinskim-i-farmatsevticheskim-obrazovaniem-v-sfere-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii> (дата звернення: 14.05.2019).

258. Richardson E, Малахова И, Новик И, Фоменко А. Системы здравоохранения: время перемен. Беларусь: обзор системы здравоохранения. 2013. Том 15. 185 с.

259. Об утверждении порядка участия обучающихся по основным профессиональным образовательным программам и дополнительным профессиональным программам в оказании медицинской помощи гражданам и фармацевтической деятельности : приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.08.2013 р. №585н URL: <http://mcorp.dogm.mos.ru/legislation/lawacts/1477554/> (дата звернення: 14.05.2019).

260. Лисенко О. Ю. Система компетентностей лікаря: післядипломний етап становлення. *Освітологія*. 2016. №5. С. 169-172.

261. Святитель Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. К.: ВД «Авіцена», 2011. 216 с.

262. Бехтерев В. М. Избранные работы по социальной психологии. М.: Наука, 1994. 400 с.

263. Огляд статистики зарплатні професії Лікар в Україні. URL: <https://ua.trud.com/salary/2/3811.html> (дата звернення: 13.08.2019).

264. Сколько зарабатывают врачи, полицейские и учителя в разных странах мира. URL: <http://today.kz/news/mir/2018-07-17/767973-skolko-zarabatyivayut->

vrachi-politsejskie-i-uchitelya-v-raznyih-stranah-mira/ (дата звернення : 13.08.2019).

265. Пастернак Б.Л. Доктор Живаго. К.: ВД «Азбука», 2013. 608 с.

266. Paul Richer as an anatomist and sculptor. URL: <http://www.faoablog.com/blog/?p=10900> (дата звернення: 10.08.2019).

267. Віленський Ю.Г. Доктор Булгаков. К.: ВД «Авіцена», 2011. 368 с.

268. Аронов Г.Ю., Пелешук А.П. Легенди і бувальщини київської медицини (люди, факти, події, документи). К.: Століття, 2001. 303 с.

269. Чим особливий інтернет – 15 фактів. URL: https://gazeta.ua/articles/science/_cim-osoblivij-internet-15-faktiv/763718 (дата звернення: 15.07.2019).

270. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <http://www.niss.gov.ua/> (дата звернення: 15.07.2019).

271. Довмантович Н.Г. Самоосвітня компетентність майбутніх фахівців у педагогічній теорії. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2014. №3. С. 18-22.

272. Федоренко О.Г. Сутність і структура самоосвітньої компетентності майбутнього вчителя технологій. *Вісник ХДАК*. 2014. №43. С. 37-42.

273. Воропай Н. Використання інформаційно-комунікаційного педагогічного середовища у формуванні самоосвітньої компетентності майбутнього фахівця початкової освіти. *Психолого-педагогічні умови організації розвивального середовища в закладах освіти* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., Херсон, 6-7 травня 2010 р. Херсон : Вид-во ХДУ, 2010. С. 51-54.

274. Лисенко О. Ю. Діяльність неформальних осередків професійної спрямованості (на прикладі Клубу молодих лікарів імені В. Ф. Войно-Ясенецького). *Нові тенденції і явища у дитячому і молодіжному середовищі в Україні: цивілізаційний, культурологічний, інформаційний виміри*: зб. наук. праць. К.: ТОВ «Видавниче підприємство «Едельвейс», 2017. С. 256-261.

275. Баловсяк Н.Х. Структура та зміст інформаційної компетентності майбутнього спеціаліста. URL: <http://www.enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/888/1/30.pdf> (дата звернення: 03.07.2019).

276. Головань М.С., Яценко В.В. Сутність та зміст поняття «дослідницька компетентність». URL: https://essuir.sumdu.edu.ua/bitstream/123456789/57953/13/Holovan_Sutnis_zmist_poniattia.pdf (дата звернення: 24.07.2019).

277. Медицина: наука и практика неотделимы? URL: <http://www.medpulse.ru/health/yourshealth/medicalachievements/14319.html> (дата звернення: 03.07.2019).

278. Половенко Л. Управлінська компетентність – ключовий складник професійної компетентності майбутніх фахівців економічного профілю. *Гірська школа Українських Карпат*. 2015. № 12-13. С. 220-223.

279. Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». URL: http://moz.gov.ua/uploads/1/6864-pro_20180830_1_dod.pdf (дата звернення: 29.07.2019).

280. Баєва О.В. Формування державних вимог до організаційної компетентності менеджерів підприємств і організацій в галузі охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2010. № 3. С. 89-92.

281. Quality Assurance for Continuing Education Programmes: a handbook for Higher Education Institutions. URL: https://www.qacerp.eu/PublicDeliverables/QACERP_Handbook_web%20version.pdf (дата звернення: 17.08.2019).

282. Методика выявления коммуникативных и организаторских способностей (КОС-1). URL: <https://mydocx.ru/8-105085.html> (дата звернення: 17.08.2019).

283. The Roles of Pharmacy and Clinical Pharmacy in Providing Healthcare Services to the People. URL: <http://www.rroij.com/open-access/the-roles-of-pharmacy-and-clinical-pharmacy-in-providing-healthcare-services-to-the-people.php?aid=60930> (дата звернення: 13.08.2019).

284. Shah N.D. The Teaching of Law in Medical Education. URL: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/teaching-law-medical-education/2008-05>

(дата звернення: 12.06.2019).

285. Полехіна В.М. Медико-соціальна робота: передумови становлення та сучасний стан. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота»*. Вип. 33. С. 140-142.

286. Задорожна-Княгницька Л.В. Обґрунтування змісту й структури деонтологічної компетентності менеджера освіти. *Journal «ScienceRise: Pedagogical Education»*. 2018. №2 (22). С. 24-28.

287. Омельчук М.А. Формування професійної компетентності з надання першої долікарської допомоги у майбутніх провізорів. URL: https://vspu.edu.ua/index.php?p=specialized_academic_council (дата звернення: 30.06.2019).

288. Яковлев Е.В., Яковлева Н.О. Педагогическая концепция: методологические аспекты построения. М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006. 239 с.

289. Про затвердження Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12.09.2008 № 522/51. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/v0522282-08> (дата звернення: 24.06.2019).

290. International Code of Medical Ethics. URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/> (дата звернення: 6.07.2019).

291. Балл Г.О. Некоторые методологические принципы гуманистически ориентированной допрофессиональной и профессиональной подготовки. *Wychowanie techniczne*. 1998. №2. С. 41-48.

292. Лисенко О.Ю. Базові принципи післядипломної підготовки лікарів. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2017. №2 (57). С. 7-11.

293. Harden R.M. Trends and the future of postgraduate medical education. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2579604/> (дата звернення: 6.07.2019).

294. What is OBE? | Unboxing Outcomes-based Education. URL: <https://www.d2l.com/blog/what-is-obe/> (дата звернення: 7.08.2019).

295. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review / Issenberg S.B. et al. *Med Teach*. 2005. No. 27

(1). P. 10-28.

296. Harden R.M. Myths and e-learning. *Med Teach*. 2002. No. 24(5). P. 469-472.
297. AMEE Medical Education Guide No. 24: portfolios as a method of student assessment. Friedman Ben David M. et. al. *Med Teach*. 2001. No. 23(6). P. 535–551.
298. Tsekhmister Ya., Lysenko O. Personal Educational Portfolio as an Indicator of Continuous Development of Specialists in Health Care: the Experience of Ukraine. *International Journal of Recent Scientific Research*. 2018. Vol. 9, Is. 7. P. 27536-27538.
299. Мартинець Л.А. Сучасні моделі освіти: навч.-метод. посібник. Донецьк, 2015. 102 с.
300. Живоколенцева Т.В. Вариативность образования: проблемное поле современных интерпретаций. *Вестник ИГЛУ*. 2012. №4. С. 187-193.
301. Ломакина Т.Ю. Диверсификация как принцип развития непрерывного образования. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diversifikatsiya-kak-printsip-razvitiya-nepreruyvogo-obrazovaniya> (дата звернення: 05.07.2019).
302. Козич І.В. Формування конфліктологічної компетентності соціального педагога в умовах магістратури : автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. пед. н. : 13.00.05. Київ, 2008. 26 с.
303. Мендубаева З.А. Педагогическая диагностика. Критерии и показатели экспертизы учебной книги. *Молодой ученый*. 2012. №7. С. 291-299.
304. Сисоєва С.О. Неперервна педагогічна освіта: сучасні парадигми та технології їх реалізації. *Матеріали виїзного засідання наукової школи з проблем творчості і технологій у неперервній професійній освіті*. Хмельницький, 2009. 339 с.
305. Булах І.Є., Мруга М.Р. Створюємо якісний тест. К.: Майстер клас, 2006. 160 с.
306. Методика «Ціннісні орієнтації» Рокича. URL: http://psychologis.com.ua/metodika_cennostnye_orientacii_rokicha.htm (дата звернення: 02.09.2019).

-
307. Сисоєва С.О. Педагогічна творчість. Х.-К.: КВ «Каравела», 1998. 150 с.
308. Федоришин Б.О. Психолого-педагогічні основи професійної орієнтації : дис...д-ра пед.. н. : 13.00.04. Ін-т педагогіки АПН України. Київ, 1996. С. 9-45.
309. Рашкевич Ю.М. Болонський процес та нова парадигма вищої освіти. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2014. 168 с.
310. Канівець Т.М. Основи педагогічного оцінювання. Ніжин: Видавець ПП Лисенко М.М., 2012. 102 с.
311. Сисоєв В.В., Кушнерук Ю.І. Експертне оцінювання рівнів потенційних можливостей в умовах обмеженості ресурсів. *Збірник наукових праць МННЦ ІТіС*. 2018. Вип. 13. С. 147-154.
312. Сисоєва С.О., Кристопчук Т.Є. Методологія науково-педагогічних досліджень. Рівне: Волинські обереги, 2013. 360 с.
313. Центр тестування при МОЗ України. URL: <https://www.testcentr.org.ua/> (дата звернення: 17.08.2019).
314. Legal Aspects of Medical Practice (LLM). URL: <https://www.cardiff.ac.uk/study/postgraduate/taught/courses/course/legal-aspects-of-medical-practice-llm-part-time> (дата звернення: 25.08.2019).
315. Морозов С. М. Засоби контролю діагностичних якостей психологічних тестів. К., 1994.
316. Про затвердження Змін до Положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.07.2009 № 484. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0693-09> (дата звернення: 14.05.2019).
317. Зазюн И.А. Учитель: Экспериментальная целевая программа «Школа – педвуз». Полтава, 1985. 64 с.
318. Огнев'юк В.О. Освіта в системі цінностей сталого людського розвитку. К.: Знання України, 2003. 450с.
319. Зверева І.Д. Соціальна педагогіка: мала енциклопедія. К.: Центр учбової літератури, 2008. 336 с.

320. Лисенко О. Ю. Удосконалення професійної компетентності викладачів як передумова якісної медичної освіти. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2018. №1-2 (60-61). С. 51-56.
321. Лисенко О. Ю. Роль науково-практичних осередків в удосконаленні професійної компетентності лікарів. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика*. 2017. №1-2 (50-51). С. 57-60.
322. Romi S., Mirjam S. Non-formal education: a major educational force in the postmodern era. *Cambridge Journal of Education*, 2009. Vol. 39 (2). P. 257-273.
323. Карпенко М. Освіта протягом життя: світовий досвід і українська практика. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/252/> (дата звернення: 24.04.2018).
324. Варшавский С., Змойро Й. Войно-Ясенецкий: две грани одной судьбы. *Звезда Востока*. 1989. №4. С. 24-29.
325. Положення про навчально-методичну комісію ІПСА. URL: http://mmsa.kpi.ua/sites/default/files/2018_05_29_regulation_methodical_commission.pdf (дата звернення: 24.04.2019).
326. Системы менеджмента качества – требования: международный стандарт. URL: [http://pqmonline.com/assets/files/pubs/translations/std/iso-9001-2015-\(rus\).pdf](http://pqmonline.com/assets/files/pubs/translations/std/iso-9001-2015-(rus).pdf) (дата звернення: 05.04.2019).
327. Про Державну національну програму «Освіта» («Україна XXI століття») : постанова Кабінету Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/896-93-%D0%BF/print> (дата звернення: 24.04.2018).
328. Савченко О.Я. Дидактика початкової школи: підручник для студентів пед. факультетів. К.: Абрис, 1997. С. 39.
329. Ярмаченко М.Д. Стимулювання інтелектуального розвитку – важлива теоретична проблема й практичне завдання. *Педагогіка і психологія*. 1997. Вип. 2. С. 243.
330. Вітвицька С.С. Основи педагогіки вищої школи: метод. посібник для студентів магістратури. К.: Центр навч. літ., 2003. С. 78-80.
331. Кобзар О.Б. Система навчального процесу в медичному вузі.

К.: Стилос, 1997. 242 с.

332. Крайдашенко О.В. Фармакотерапія: посібник до практичних занять з фармакотерапії / Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О., Кремзер О.О., Главацький О.М. Запоріжжя, 2013. 208 с.

333. Education 2030 Framework for Action. URL: http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/education-2030-incheon-framework-for-action-implementation-of-sdg4-2016-en_2.pdf (дата звернення: 28.07.2019).

334. Цивільний кодекс України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/435-15> (дата звернення: 30.08.2019).

335. Дешко Л.Н. Про галузеву незалежність медичного права України. *Право України*. 2006. №1. С. 120-124.

336. Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти : постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2015 № 266. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-п> (дата звернення: 20.07.2019).

337. Цехмістер Я. В., Лисенко О. Ю. Кодифікація медичного законодавства з позиції підвищення правової культури лікарів в Україні. *Освітологія*. 2018. №7. С. 131-137.

338. Освітні програми. URL: <http://mon.gov.ua/activity/education/zagalna-serednya/navchalni-programy.html> (дата звернення: 20.07.2019).

339. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України. К.: Право єдність, 2008. 507 с.

340. Про оголошення 2018 року роком реалізації просвітницького проекту «Я маю право!» : указ Президента України від 14.11.2017 № 361/2017. URL: <http://www.president.gov.ua/documents/3612017-22974> (дата звернення: 06.07.2109).

341. Tsekhmister Ya.V., Lysenko O. Yu. Transforming Healthcare System: a Medical Care Legal Culture Formation: monograph. Kyiv: LLC “Interservice”, 2019. 73 p.

342. Європейська рада реанімації. URL: <https://www.erc.edu/> (дата звернення: 06.07.2109).

343. What is Objective Structured Clinical Examination (OSCE). URL: https://www.oscehome.com/What_is_Objective-Structured-Clinical-Examination_OSCE.html (дата звернення: 07.05.2019).

344. Про затвердження Положення про підвищення кваліфікації та стажування педагогічних і науково-педагогічних працівників вищих навчальних закладів : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2013 № 48. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0488-13> (дата звернення 09.08.2019).

345. Peyton's 4-Steps-Approach in comparison: Medium-term effects on learning external chest compression – a pilot study / Münster T. et. Al. *GMS J Med Educ.* – 2016. Vol. 33(4).

346. Лисенко О. Ю. Інтерактивні методи навчання у післядипломній підготовці лікарів. *Педагогічний процес: теорія і практика.* 2016. №2 (53). С. 50-53.

347. SMART Assessment for Learning. URL: http://www.isdde.org/wp-content/uploads/2018/05/isdde09_stacey.pdf (дата звернення: 13.06.2019).

348. Тимчасове положення про підвищення кваліфікації викладачів вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів, інститутів удосконалення лікарів України : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03.05.1993 № 95. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0047-93> (дата звернення:09.06.2019).

349. 150 лет Киевскому медицинскому институту / Гончарук Є.Г. и др. К.: Здоровья, 1991. 264 с.

350. Про затвердження Положення про дистанційне навчання : наказ Міністерства освіти і науки України від 25.04.2013 № 466. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0703-13> (дата звернення: 30.06.2019).

351. Challis M. AMEE Medical Education Guide No. 11 (revised)^ Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Medical Teacher.* 1999. No. 4 (21). P. 370-386.

352. Learning together clinical skills teaching for medical and nursing students / Tucker K. et al. *Med. Educ.* 2003. No. 37(7). P. 630-637.

353. Al Januszewski, Michael Molenda Routledge. Educational Technology: A

Definition with Commentary, 2013. 384 p. URL: https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=JO3Yc0UuK74C&oi=fnd&pg=PP2&dq=educational+technology&ots=aAA3X8hKJm&sig=0Rn5Z4kyo9RrkXr2voDGD1E0juk&redir_esc=y#v=onepage&q=educational%20technology&f=false (дата звернення: 24.04.2019).

354. Information Technology in Education. URL: https://www.researchgate.net/publication/220308687_Information_Technology_in_Education (дата звернення: 24.05.2019)

355. Інформаційні технології. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%86%D0%BD%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%D1%86%D1%96%D0%B9%D0%BD%D1%96_%D1%82%D0%B5%D1%85%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%97 (дата звернення: 24.04.2019).

356. UKEssays. URL: <https://www.ukessays.com/essays/education/the-benefits-of-information-technology-in-education-education-essay.php> (дата звернення: 15.07.2019).

357. International Handbook of Research in Medical Education. Springer, 2002. В. 1. 638 p.

358. Fojtík R. Problems of Distance Education . *ICTE Journal*. 2018, 7(1). P. 14-23.

359. Van de Vord. Distance students and online research: Promoting information literacy through media literacy. URL: <https://www.learntechlib.org/p/108392/> (дата звернення: 15.07.2019).

360. Klímova B. Students' preferences for learning materials in technology-enhanced higher education. URL: https://www.researchgate.net/publication/321479439_Students_preferences_for_learning_materials_in_technology-enhanced_higher_education/citations (дата звернення: 15.07.2019).

361. McPhee I., Söderström T. Distance, online and campus higher education reflections on learning outcomes URL: <https://research->

portal.uws.ac.uk/en/publications/distance-online-and-campus-higher-education-reflections-on-learnі (дата звернення: 15.07.2019).

362. Levi J. Learn how Jonathan Levi used online courses on Thinkific to increase his reach and revenue as an entrepreneur. URL: <https://www.thinkific.com/customers/jonathan-levi/> (дата звернення: 15.07.2019).

363. Shachar M., Neumann Y . Differences Between Traditional and Distance Education Academic Performances: A Meta-Analytсs. URL: <http://www.irrodl.org/index.php/irrodl/article/view/153> (дата звернення: 15.07.2019).

364. Tekian A., Harris I. Preparing health professions education leaders worldwide: A description of masters-level programs. *Medical Teacher*. 2012. Vol. 34 (1). P. 52–58.

365. An introduction to the assessment of skills and performance AMEE 2008 URL: <https://amee.org/getattachment/Conferences/AMEE-Past-Conferences/AMEE-Conference-2008/Introduction-to-Medical-Education-Norcini.pdf> (дата звернення: 24.04.2019).

366. About Moodle. URL: https://docs.moodle.org/27/en/About_Moodle#Built_for_learning.2C_globally (дата звернення: 24.04.2019).

367. Тэйлор Ф.У. Основы научного менеджмента / пер. с англ. А.И. Зак. Москва, 1991. 104 с.

368. Минцберг Г. Структура в кулаке: создание эффективной организации / пер. с англ. под ред. Ю. Н. Каптуревского. СПб., 2004. 512 с.

369. Василик М.А. Основи теорії комунікації: підручник / за ред. проф. М.А. Василика. М, 2006. 615 с

370. Савченко О. Контроль та оцінка результатів навчання. К.: Абрис, 1997. С. 122-137.

371. Зварич І. Проблема удосконалення контролю і оцінки знань студентів. *Рідна школа*. 2000. №10. С. 43-45.

372. Про затвердження Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладів освіти III-IV

рівня акредитації медичних факультетів університетів : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.09.1996 р. №291. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z0696-96> (дата звернення: 24.04.2019).

373. Лисенко О.Ю. Ігрові комп'ютерні платформи як засіб контролю у процесі підготовки лікарів-інтернів. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2016. №4 (55). С. 99-102.

374. Make learning awesome. URL: <https://getkahoot.com/> (дата звернення: 24.04.2019).

375. About Trello. URL:<https://trello.com/tour> (дата звернення: 24.04.2019).

376. Канбан (розробка). URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BD%D0%B1%D0%B0%D0%BD_\(%D1%80%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BA%D0%B0\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BD%D0%B1%D0%B0%D0%BD_(%D1%80%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BA%D0%B0)) (дата звернення: 24.04.2019).

377. Anderson D.J. Kanban: Successful Evolutionary Change for your Technology Business. – Blue Hole Press, 2010. 278 p.

378. Western Sydney University. URL: https://www.westernsydney.edu.au/__data/assets/pdf_file/0003/1412580/Partnership_Pedagogies.pdf (дата звернення: 24.04.2019).

379. Елисеева И. И., Юзбашев М.М. Общая теория статистики. М.: Финансы и статистика, 2005. 657 с.