

# КОМПЕТЕНТНІСНИЙ

ПІДХІД У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

АННА МИГАЛЬ

НАТАЛЯ ТРАМБОВЕЦЬКА

НАТАЛІЯ ЄРЬОМЕНКО

ОЛЕНА ІГНАЦУК

ВІКТОР АРТЕМЕНКО

ТЕТЯНА СТЕПУРКО

ІРИНА ВОЛОШИНА

ОЛЕНА ЄРЕМЕНКО

МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК

# РЕЦЕНЗІЯ

Основною парадигмою сучасної вищої освіти став компетентнісний підхід до підготовки спеціалістів, які б відповідали основним запитам роботодавців та суспільства. Саме виходячи з компетентностей, якими повинен володіти випускник ЗВО, необхідно вибудовувати навчальний процес, визначати його основні цілі та обирати методи й інструменти навчання. Такий підхід не лише наблизить вітчизняну вищу освіту до Європейських і світових стандартів, а й зробить її цікавою, сучасною та результативною.

Особливо важливе значення компетентнісний підхід має в медичній освіті. Якщо минулими десятиліттями основний акцент робився на інформаційній складовій та практичних навичках (значно меншою мірою), зовсім мало уваги приділяли дуже важливій професійній характеристиці лікаря – формуванню усвідомленого ставлення, розвитку “м’яких” навичок, які є абсолютно необхідними як при роботі з пацієнтами, так і в командній роботі медичних працівників.

Методичний посібник буде цікавим і корисним для викладачів всіх рівнів освіти і різних вікових категорій, оскільки він розкриває не лише зміст компетентнісного підходу а й наочно ілюструє особливості побудови навчального процесу з визначенням цілей та вибору педагогічних інструментів із активним залученням студентської аудиторії, та наведені рекомендації проведення оцінювання знань.

Тарас Бойчук,  
доктор медичних наук, професор,  
заслужений діяч науки і техніки України

**КОМ  
ПЕТЕНТ  
НІСНИИ**  
ПІДХІД У МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

## АВТОР(КИ):

*Тренерська група «Інша Освіта»:*



**Анна Мигаль**



**Наталя Трамбовецька**



**Наталія Єрмоєнко**

Працюючи у сфері неформальної освіти протягом останніх 10 років, тренер\_ки «Іншої Освіти» керуються компетентнісним підходом для оптимального планування навчального процесу, залучення учасників і учасниць до партнерської ролі в ньому й перетворення оцінювання на значущий та позитивний навчальний досвід. Ми сподіваємося, що викладачі й викладачки закладів вищої освіти також зможуть оцінити цей підхід і взяти його в роботу.

## АВТОР(КИ):

*Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти:*



**Олена Єременко**

Олена Єременко, заступниця голови Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти, докторка філологічних наук, професорка.

Авторка праць з проблем формування освітніх програм (ОП) та ролі гаранта освітньої програми у забезпеченні якості освітньої діяльності за ОП на різних етапах. За останні два роки – розробниця і спікерка близько ста конференцій, семінарів і вебінарів з актуальних проблем сучасної вищої освіти, зокрема медичної. Підготувала низку методичних та робочих матеріалів для усіх учасників процесів

забезпечення якості вищої освіти, передусім експертів з оцінювання освітніх програм та членів галузевих експертних рад Національного агентства.

Учасниця міжнародних заходів та проєктів Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти, зокрема проєктів OPTIMA та EDUQAS.

Координаторка експертної діяльності галузевої експертної ради 22 "Охорона здоров'я".

\*Приклади результатів навчання та навчальних цілей у посібнику наведено з відкритого ресурсу Національного агентства забезпечення якості вищої освіти: [https://naqa.gov.ua/uploads/cases\\_2019/](https://naqa.gov.ua/uploads/cases_2019/) та <https://public.naqa.gov.ua/>



## АВТОР(КИ):

*Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти»:*



**Олена Ігнашук**



**Віктор Артеменко**



**Тетяна Степурко**



**Ірина Волошина**

Україно-швейцарський проєкт у рамках розбудови потенціалу пілотних закладів вищої медичної освіти України націлений на посилення викладацької майстерності, що, зокрема, передбачає опанування освітянами компетентісного підходу для підготовки навчальних програм, планів, для проведення результативних

та ефективних занять і для оцінювання досягнення результатів навчання, а отже, розуміння рівня здобутих компетентностей\*. Проєкт докладає особливих зусиль для того, щоб медична освіта відповідала європейським стандартам і була орієнтована на здобуття фахових компетентностей.

# ЗМІСТ

ВСТУП .....	6
РОЗДІЛ 1. КОМПЕТЕНТІСНИЙ ПІДХІД ДО НАВЧАННЯ .....	9
1.1. Розбираємося з поняттям .....	10
1.2. Світовий контекст .....	13
1.3. Поняття «компетентність» у контексті сучасної освіти .....	14
1.4. Практична робота з компетентнісним підходом .....	16
РОЗДІЛ 2. КОНСТРУКТИВНЕ УЗГОДЖЕННЯ .....	18
2.1. Результати навчання .....	20
2.2. Освітня діяльність .....	24
2.3. Оцінювання .....	27
2.4. Конструктивне узгодження в дії .....	30
РОЗДІЛ 3. КОМПЕТЕНТНОСТІ В ДІЇ .....	32
3.1. Компетентність «Надання екстреної допомоги» .....	33
3.2. Компетентність «Здатність до ведення медичної документації» .....	37
3.3. Компетентність «Здатність до визначення принципів і характеру лікування захворювання» .....	41
3.4. Компетентність «Здатність використовувати людиноцентрований підхід як основу філософії відносин з пацієнтом» .....	47
3.5. Компетентність «Орієнтація на громаду» .....	50
3.6. Компетентність «Холістичний (цілісний) підхід» .....	55
РОЗДІЛ 4. ПРИКЛАДИ МЕТОДІВ ДЛЯ РОЗВИТКУ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ .....	59
4.1. Лекція із залученням студент(а/ки) .....	61
4.2. Робота у групах з матеріалом .....	64
4.3. Програвання розмови з пацієнт(ом/кою) .....	65
4.4. Акваріумна дискусія .....	68
4.5. Робота з кейсами, або метод клінічних завдань .....	69
4.6. Рефлексивний щоденник .....	73
Глосарій .....	76

Методичний посібник для роботи з компетентнісним підходом у закладах вищої медичної освіти насамперед призначений для викладачів як власне медичних закладів освіти, так і інших університетів, інститутів, коледжів, академій, які готують здобувачів вищої освіти за спеціальностями галузі "22 Охорона здоров'я". Однак цей посібник стане в пригоді освітянам в будь-якій галузі, які на прикладі медичної освіти зможуть краще зрозуміти, що таке компетентнісний підхід, а також зможуть опанувати й упровадити в свою викладацьку діяльність його елементи та інструменти.

Компетентнісний підхід сформувався з поведінкових теорій у 1970-х роках і відтоді поступово перетворився на невід'ємну характеристику освіти<sup>1</sup> й на домінуючий підхід як на етапі вищої, так і післядипломної освіти. Головною відмінністю від попередніх підходів до створення освітніх програм і їх викладання є те, що в компетентнісному підході освітні програми будуються з огляду на випускника — що саме він повинен знати, які вміння демонструвати і який його рівень готовності до виконання своїх посадових зобов'язань.

Ще однією характеристикою підходу є гнучкість в обиранні форматів викладання, індивідуалізація навчання

(поява можливості для студентів обирати навчальні дисципліни для вивчення) та створення умов для мобільності студентів<sup>2</sup>. Випускник освітнього закладу, який є лідером, свідомим громадянином, здатним критично мислити, має добре розвинені «м'які» навички, який є цінним для держави, для роботодавця. Через це підхід широко промотується й досліджується.

З 1990–2000-х років компетентнісний підхід регулюється на законодавчому рівні. До прикладу, в 2006 році Європейський парламент і Рада ЄС виклали свої рекомендації стосовно компетентнісного підходу — «Про основні компетенції і навчання протягом усього життя»<sup>3</sup>. Бажання України приєднатись до Європейського простору вищої освіти зумовило низку змін у вищій освіті. Зміни стали найбільш помітними протягом останнього десятиріччя, а 2014 рік став знаковим для вищої освіти в Україні — саме цього року прийнято Закон України «Про вищу освіту»<sup>4</sup>, що на національному рівні окреслив траєкторію змін. Досі зміни були фрагментарні.

Із прийняттям закону, окрім запровадження компетентнісного підходу в різних галузях, почалось розроблення Національної рамки

1 Brightwell, A., & Grant, J. (2013). Competency-based training: who benefits?. *Postgraduate medical journal*, 89(1048), 107–110.

2 Ten Cate, O. (2017). Competency-based postgraduate medical education: past, present and future. *GMS journal for medical education*, 34(5).

3 Рекомендація 2006/962/ЄС Європейського Парламенту та Ради (ЄС) «Про основні компетенції для навчання протягом усього життя» від 18 грудня 2006 року № 2006/962/ЄС. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994\\_975](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_975)

4 Закон України «Про вищу освіту» від 01.07. 2014 р. № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/ed20210716#Text>



кваліфікацій. Національна рамка кваліфікацій – це системний і структурований за компетентностями опис кваліфікаційних рівнів, де кожен рівень – це завершений етап освіти, з відповідною освітньою програмою і переліком компетентностей, якими повинні оволодіти здобувачі відповідного рівня.

Важливі зміни відбуваються в автономних закладах вищої освіти (ЗВО), як-от відмова від наслідування типових програм на національному рівні та втілення принципу самостійного і обґрунтованого прийняття рішень щодо структури й наповненості освітніх програм.

Студенти ж отримали більше свободи вибору предметів, які вони вивчають, – не менше 25% відсотків предметів можна обрати на свій розсуд. Крім того, приєднання до Європейського простору вищої освіти сприяло реалізації можливостей студентів бути мобільними і певний термін навчатись у інших ЗВО, в тому числі за кордоном.

Тож компетентнісний підхід є лише однією складовою змін, що відбуваються в освіті. У традиційній освіті в до-компетентнісні часи формувався список предметів і, відповідно, тем, які вносились у навчальні плани. Ми не можемо заперечувати того факту, що медична освіта завжди була практикоорієнтованою, і, окрім знань, освітній процес (практичні заняття й виробнича практика) фокусувався також

і на вміннях здобувачів освіти. Однак у вищому навчальному закладі (ВНЗ – термін, що застосовувався до прийняття Закону «Про вищу освіту» 2014 року) сенс навчання полягав в опануванні тем, у ЗВО ж освіта за компетентнісного підходу – це комплексний розвиток світогляду і здобуття компетентностей.

Перехід на компетентнісний підхід не є простим і безболісним. У медицині навчальні плани історично складались десятиліттями і мало в чому змінювались, не зважаючи на те, що контекст, розвиток науки й техніки зазнали суттєвих змін. Утім зараз медичні освітяни починають не тільки дивитися на фах під іншим кутом зору, а й змінювати підходи викладання (що і як викладається) у закладі вищої освіти. Ці зміни закладені Національною рамкою кваліфікацій, процедурами акредитації Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти, тож програми післядипломного навчання – інтернатури і безперервного професійного розвитку також переосмислюються.

За структурою Посібник складається з чотирьох розділів. Перший розділ «Компетентнісний підхід до навчання» знайомить із компетентнісно орієнтованим навчанням, світовим контекстом його застосування та із поняттям компетентності як основи для роботи в цьому підході. Ця частина містить загальний погляд на нову парадигму освіти, для реалізації якої ми й використовуємо компетентнісний підхід.

У той же час ми розуміємо, що система вищої освіти є надзвичайно багатокомпонентною та комплексною структурою, де викладач(ка) перебувають у складній ролі посередника між студент(ами/ками) й закладом освіти. Тому, крім огляду нормативного поля, ми подаємо і практичні інструменти для втілення компетентнісного підходу в процесі розроблення або ж адаптації курсу. У другому розділі «Конструктивне узгодження» говоримо про три обов'язкові та взаємопов'язані елементи освітнього процесу: результати навчання, освітню діяльність та оцінювання. Безпосередньо отримати приклади компетентностей

і навчитися розбивати їх на різні компоненти ви зможете, опанувавши розділ «Компетентності в дії». А поради щодо підбору відповідних методів для розвитку конкретних навичок і ставлень подані у четвертому розділі «Приклади методів для роботи з компетентностями».

Бажаємо усім, хто тримає цей доробок у руках, натхненного прочитання й не менш натхненного втілення компетентнісного підходу в свою викладацьку діяльність та освітній процес. А вашим студентам і студенткам – цікавого й системного процесу здобуття компетентностей.

РОЗДІЛ 1.

# КОМПЕТЕНТНІСНИЙ ПІДХІД ДО НАВЧАННЯ

## 1.1. РОЗБИРАЄМОСЯ З ПОНЯТТЯМ

**Компетентнісний підхід** – це підхід до викладання й навчання, у центрі якого стоїть наголос на чітко окреслених **компетентностях**, які набуваються в процесі навчання. Замість фокусування на накопиченні абстрактних знань, компетентнісний підхід має на меті сформуванню у студента або студентки здатність втілювати отримані під час навчання компетентності в реальному світі.

**«Компетентнісно орієнтоване навчання» (від англ. *competency-based learning*) – це система викладання, оцінювання й академічної звітності**, основою якої є здатність студентів і студенток послідовно демонструвати бажані результати навчання у своєму ритмі. Рівень має бути єдиний – такий, що забезпечує досягнення програмних результатів навчання.

Ця система ґрунтується на кількох основних принципах<sup>5</sup>:

### 1 СТУПІНЬ ОСВІТИ ВІДОБРАЖАЄ ПОВНОЦІННІ І АКТУАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ

Компетентності в професійних програмах повинні відповідати як академічним очікуванням, так і очікуванням галузі. Процес їхнього розвитку має бути відкритим і прозорим. Програмні компетентності повинні відображати навички і знання, які знадобляться здобувачам освіти на наступних етапах їхнього розвитку, чи то в подальшій освіті, чи то під

час роботи. Процес визначення програмних компетентностей має бути циклічним, розвиватися з урахуванням запиту ринку, академічних очікувань і потреб здобувачів освіти. Актуальність програмних компетентностей має визначатися зворотним зв'язком, що надається здобувачем освіти чи працедавцем викладачам і розробникам програми.

### 2 ЗДОБУВАЧІ ОСВІТИ ЗДАТНІ НАВЧАТИСЯ В РІЗНОМУ ТЕМПІ І ОТРИМУЮТЬ ПІДТРИМКУ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ

Одним з важливих аспектів моделі компетентнісної освіти є здатність відображати реалії, що люди засвоюють предмети з різною швидкістю і в процесі засвоєння застосовують різні рівні попереднього досвіду і знань. Програми компетентнісної освіти

повинні дозволяти здобувачам освіти засвоювати навчальну програму в індивідуальному темпі, що означає, що потрібно забезпечити вчасну академічну та іншу допомогу, щоб зберегти їхню мотивацію і допомогти триматися правильного шляху у навчанні.

<sup>5</sup> Johnstone, S. M., & Soares, L. (2014). Principles for developing competency-based education programs. *Change: The Magazine of Higher Learning*, 46(2), 12-19.

### **3 ЕФЕКТИВНІ ОСВІТНІ РЕСУРСИ ДОСТУПНІ В БУДЬ-ЯКИЙ ЧАС І ЇХ МОЖНА ВИКОРИСТОВУВАТИ ПОВТОРНО**

Потреба здобувачів освіти в опрацюванні освітніх ресурсів (власних розробок, ліцензованих ресурсів від комерційних постачальників чи адаптованих з відкритих освітніх ресурсів) у власному темпі означає, що такі матеріали мають бути доступними,

коли в них є потреба. Матеріали мають бути високої якості: точні, цікаві, відповідного рівня складності, добре підібрані до навчальних цілей, визначених для курсу, і сумісні з технологічною платформою закладу освіти.

### **4 ПРОЦЕС ТРАНСФОРМАЦІЇ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ В КУРСИ, НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ Й ОЦІНЮВАННЯ Є ВІДКРИТИМ**

Коли компетентності вже встановлені на рівні програми, викладачам потрібно трансформувати їх в теми, які можна сформулювати в курси відповідної тривалості і складності. Потім вже навчальні цілі курсу визначають вибір навчальних ресурсів і оцінювання.

На початку розробки програми компетентнісної освіти важливо мати вже чітко визначений процес і осіб, які відповідають за кожен етап. Чітке визначення осіб, яких потрібно інформувати про будь-які зміни, дозволить особам, що відповідають за кожен етап, пристосуватися до таких змін.

### **5 ОЦІНЮВАННЯ – БЕЗПЕЧНЕ І НАДІЙНЕ**

Оцінювання будується з використанням знань експертів галузі і академічних експертів у відповідних дисциплінах, забезпечуючи таким чином актуальність змісту. Після створення оцінювання повинно пройти пілотне тестування

у малій групі здобувачів освіти, щоб виявити можливі проблеми. Пілотне тестування допоможе переконатися, що у процесі оцінювання використовуються чіткі формулювання, а критерії оцінювання працюють<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Johnstone, S. M., & Soares, L. (2014). Principles for developing competency-based education programs. *Change: The Magazine of Higher Learning*, 46(2), 12-19.

За умови вдалого втілення ці принципи допомагають досягти основної мети компетентісно орієнтованого навчання – переконатися, що всі студенти та студентки послідовно й системно опановують знання та навички, які вважаються необхідними для успіху на їхньому навчальному щаблі (у школі, університеті, в кар'єрі тощо)<sup>7</sup>.

Це, у свою чергу, дасть їм змогу бути конкурентоспроможними та справлятися з відповідними викликами на різних щаблях своєї кар'єри. Завдяки прозорому плануванню освітнього процесу та постановці навчальних цілей студент(и/ки) також отримують можливість більш усвідомлено та самостійно підходити до свого навчання, оскільки мають чіткі орієнтири й усвідомлюють, чого вони можуть навчитись, які навички набуті, які ставлення розвинути,

навчаючись за цією програмою, що і як оцінюватиметься після завершення (усього або частини) курсу<sup>8</sup>.

Завдяки системі навчальних цілей компетентісний підхід сприяє тому, що очікування від студент(ів/ок) є максимально прозорими вже «на вході» й дає можливість у подальшому апелювати до них. Компетентісний підхід пропонує більш точну систему оцінювання сильних і слабких академічних сторін студента чи студентки, що спрощує для викладачів саму процедуру оцінювання. Компетентісний підхід дає змогу визначати конкретні знання й навички, які студент(и/ки) отримав та успішно засвоїв, або з якими, навпаки, має складнощі. Також компетентісний підхід дає можливість вчасно надавати студентам потрібну їм підтримку та просувати їхній академічний поступ<sup>9</sup>.

7 Kerdijk, W., Snoek, J. W., van Hell, E. A., & Cohen-Schotanus, J. (2013). The effect of implementing undergraduate competency-based medical education on students' knowledge acquisition, clinical performance and perceived preparedness for practice: a comparative study. *BMC medical education*, 13(1), 1–9.

8,9 Brightwell, A., & Grant, J. (2013). Competency-based training: who benefits? *Postgraduate medical journal*, 89(1048), 107–110.

## 1.2. СВІТОВИЙ КОНТЕКСТ

У світовому контексті інтеграція компетентнісного підходу до інститутів формальної освіти відбувається ще з середини 90-х років ХХ століття. Інтерес до компетентнісно орієнтованого навчання в Америці зумовив заснування в 1994 році «Національної ради стандартизованих навичок США» (National Skills Standards Board of the United States). Трьома роками пізніше у Великобританії «Звіт Дірінга» (Report of the National Committee of Inquiry Into Higher Education/Звіт Національного комітету з дослідження питань вищої освіти) висвітлив національну дискусію щодо навчання протягом життя та призвів до подальшого створення «Ради навчальних навичок» — державної інституції, що відповідає за планування, фінансування та поліпшення якості освіти в закладах вищої освіти по всій країні. В Австралії «Курси технічної та додаткової освіти» (TAFE) пропонують охочим програми опанування навичок з національної рамки кваліфікацій незалежно від їх академічного ступеня, на будь-якому етапі своєї кар'єри<sup>10</sup>. Ще ширшу перспективу на досягнення компетентності обрали в Новій Зеландії. Тут «Національна рамка кваліфікацій» включає десять різних рівнів, які послідовно приводять студентів і студенток до дипломів та наукових ступенів. Рамка дає змогу всім студентам і студенткам, які досягають її стандартів (чи то в школі, у спільноті, чи то під час приватних курсів, чи то на робочому місці), розуміти цілі та результати

навчання й усвідомлювати вимоги для опанування певного рівня. Так, дев'ятий рівень відповідає рівню магістра. Його здобувають ті, хто вміє застосовувати передові знання в різних контекстах для проведення досліджень, подальшого навчання, професійної діяльності чи стажування. Для отримання цього рівня кваліфікації необхідно попередньо отримати рівень бакалавра й здобути не менше 180 навчальних кредитів<sup>11</sup>.

Компетентнісний підхід в освіті затверджений на нормативному рівні. У 2006 році Європейський Парламент та Рада ЄС вперше уклали рекомендацію «Про основні компетентності для навчання протягом усього життя», в якій назвали здатність організацій «визначати компетентності [...] а також сприяти їх розвитку» основою нових стратегій конкурсування на світовому рівні<sup>12</sup>.

Американський дослідник та консультант низки державних органів вищої освіти в США Річард А. Вохіс (Richard A. Voorhees) називає компетентнісний підхід мостом між традиційною навчальною парадигмою та майбутньою освітньою революцією<sup>13</sup>. Він зазначає, що за останнє десятиліття в Америці значно зріс запит на здатність освітніх інституцій демонструвати переконливі результати своєї роботи, і системи підзвітності в більшості штатів тепер включають вимогу доказів інституційної ефективності за допомогою впровадження стандартів компетенцій.

10 Voorhees, R. A. (2001). Competency-Based learning models: A necessary future. *New directions for institutional research*, 2001(110), 5–13.

11 New Zealand Qualifications Authority. (2014). *The New Zealand Qualifications Framework*.

12 Закон України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 (2014). *Відомості Верховної Ради*, 37, 38

13 Voorhees, R. A. (2001). Competency-Based learning models: A necessary future. *New directions for institutional research*, 2001(110), 5-13.

## 1.3. ПОНЯТТЯ «КОМПЕТЕНТНІСТЬ» У КОНТЕКСТІ СУЧАСНОЇ ОСВІТИ

Згідно із Законом України «Про вищу освіту» **компетентність – здатність особи успішно соціалізуватися, навчатися, провадити професійну діяльність, яка виникає на основі динамічної комбінації знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів,**

**цінностей, інших особистих якостей<sup>14</sup>.**

Саме поєднання знань, навичок та ставлення є основоположним для розуміння компетентнісного підходу (рис. 1.1). Далі керуватимемося ним для аналізу та роз'яснення роботи в цьому підході.



Рис. 1.1. Компетентність, яка складається з трьох компонентів (знання, ставлення, навички)

Наведена вище схема (рис. 1.1) ілюструє три складові компетентності: знання, тобто інформація, яку студент(ка) засвоїв; навички, які він набув, або ж конкретні техніки, які опанував; а також ставлення, тобто особисті переконання та цінності, що стоять за

його діяльністю. Здобуваючи знання, він отримує відповідь на питання «робити що?»; набуваючи навичок – на питання «робити як?»; розвиваючи ставлення – на питання «робити чому?» або «для чого?» (рис.1.2).

<sup>14</sup> Рекомендація 2006/962/ЄС Європейського Парламенту та Ради (ЄС) «Про основні компетенції для навчання протягом усього життя» від 18 грудня 2006 року № 2006/962/ЄС. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994\\_975](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_975)



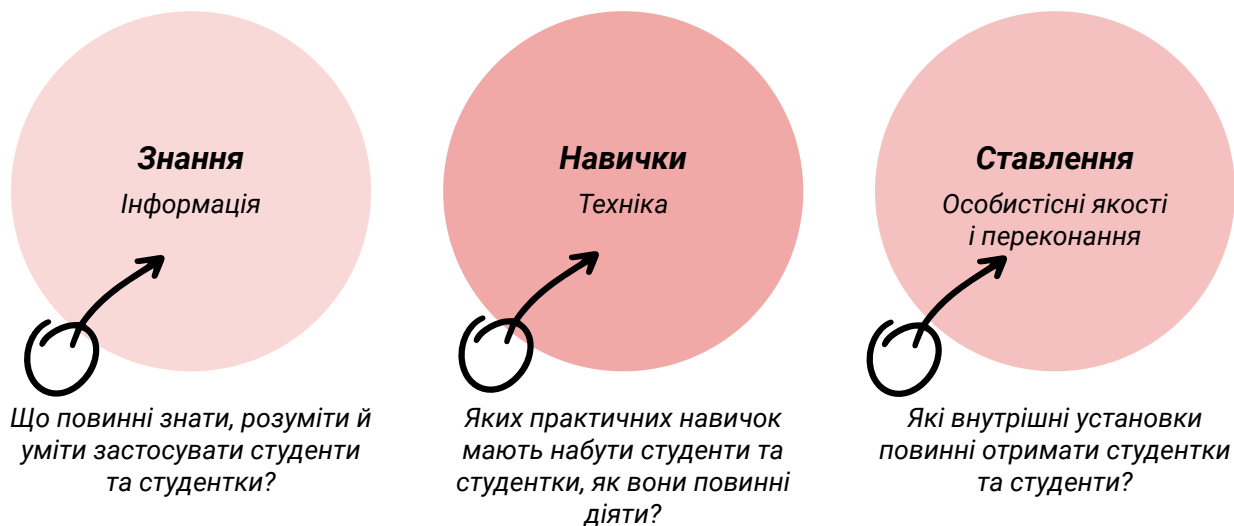


Рис. 1.2. Ключові запитання для використання складових компетентностей для формулювання результатів навчання

І якщо до знання й навичок зазвичай не виникає запитань, то компонент ставлення інколи буває складно зрозуміти. Яку роль особисті якості людини відіграють в її освітньому процесі? У рамках компетентнісного підходу ставлення — це особистісні переконання й установки людини, що формують її ціннісні орієнтири та є основою для прийняття рішень.

Розгляньмо деякі приклади. Згідно з Рамковою програмою ООН щодо оновлених ключових компетентностей, однією з ключових компетентностей ЄС у 2018 році є грамотність<sup>15</sup>. На рівні знань ця компетентність передбачає знання у сфері читання та письма і розуміння письмової інформації, наповнений словниковий запас, а також ознайомленість із граматикою та функціями мови. На рівні навичок до неї входять навички усного та

письмового спілкування, здатність шукати й використовувати різні типи джерел інформації, формулювати та висловлювати свої думки усно і письмово. Ставлення в розрізі грамотності означатиме прихильність до конструктивного діалогу, цінування естетичних якостей мови, інтерес до взаємодії з іншими, розуміння впливу мови на інших і використання мови у позитивний та соціально відповідальний спосіб<sup>16</sup>.

Можна заперечити, що знання граматики й навички усного та письмового мовлення можна отримати і без цінування естетичних якостей мови та прихильності до конструктивного діалогу. Це справді так, але без необхідного ставлення вони так і не стануть компетентністю. Компетентність можна вважати цілком сформованою лише тоді, коли вона підкріплюється

<sup>15</sup> Council Recommendation of 22 May 2018 on key competences for lifelong learning (Text with EEA relevance). URL: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32018H0604\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32018H0604(01))

<sup>16</sup> Council of the European Union (2018). Council Recommendation of 22 May 2018 on key competences for lifelong learning (Text with EEA relevance). (2018/C 189/01)

власним глибинним розумінням того, яку користь вона несе світові і щирим бажанням приносити цю користь.

Ставлення також можна розвивати та тренувати – в основному, через рефлексію й оцінювання власної

роботи, дискусії та обмін думками з колегами, а також через зворотний зв'язок від колег або викладача.

Більше про методи роботи з різними компонентами компетентностей ми розповідаємо в Розділі 4 «Приклади методів для розвитку компетентностей».

## 1.4. ПРАКТИЧНА РОБОТА З КОМПЕТЕНТНІСНИМ ПІДХОДОМ

Основним інструментом роботи в компетентнісному підході є визначення результатів навчання. У системі вищої освіти бажані результати навчання визначають відповідно до конкретних очікувань і вимог, необхідних для набуття студентом чи студенткою конкретної спеціальності. Закон України про освіту окреслює інтегральну природу компетентнісно орієнтованого навчання через своє визначення спеціальності – це «предметна область освіти і науки, яка об'єднує споріднені освітні програми, що передбачають спільні вимоги до компетентностей і результатів навчання випускників»<sup>17</sup>. Так як різні предмети в рамках однієї спеціалізації є спорідненими та сформованими для доповнення знань, здобутих студентами на інших курсах, так і компетентності є взаємодоповнювальними і не формуються за один курс.

Нам буде легше зрозуміти цей аспект компетентнісного підходу, якщо ми

зможемо уявити компетентність як сукупність знань, навичок і ставлень, які можуть у різних пропорціях бути представленими в різних предметах (або ж бути представленими в одному предметі на рівні ставлення, в іншому – на рівні навички тощо). Пояснюючи поняття компетентності, варто наголосити, що це динамічне поєднання знань, навичок і ставлення, оскільки ці три складові постійно перебувають у динаміці одне щодо одного й можуть розвиватися з різною швидкістю. На практиці це означатиме, що структурування знань, набуття навичок та розвиток ставлення можуть відбуватися на різних етапах навчання, і асинхронність цих складових у процесі формування цілісної компетентності буде варіантом норми.

Досить непростим завданням для освітян є формулювання компетентностей і відповідних їм навчальних цілей, ставлень тощо. Тож для більшої наочності вдалого

<sup>17</sup> Цей приклад узятий з: Heyrman, J. ed., EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.

і не дуже вдалого формулювання компетентностей ми наводимо приклад у табл. 1.1. Основною відмінністю у формулюваннях є те, що стосується більше (а) навички – вміння, аніж комплексної компетентності і (б) не є описом цілісної компетентності, та ще й не дуже лаконічним, а також (с), що навчальні цілі не розкривають

особливостей щодо знань і навичок такої компетентності.

Більше про практичну роботу з компетентнісним підходом ми розповімо в Розділі 2 «Конструктивне узгодження», а про конкретні приклади компетентностей у системі медичної освіти – в Розділі 3 «Компетентності в дії».

## ТАБЛИЦЯ 1.1

### Приклади формулювання компетентностей і відповідних навчальних цілей

Формулювання	Компетентності	Навчальні цілі
Вдале*	Здатність діяти відповідно до пацієнтоорієнтованого підходу	Наприкінці навчання здобувач освіти: <ul style="list-style-type: none"> <li>– застосовуватиме людиноцентрований підхід до пацієнтів і проблем у контексті обставин пацієнта;</li> <li>– розроблятиме й застосовуватиме в практиці такий процес консультації, який дав би змогу будувати ефективні відносини лікаря і пацієнта з повагою до автономії пацієнта;</li> <li>– спілкуватиметься, встановлюватиме пріоритети і діятиме в партнерстві;</li> <li>– надаватиме тривалу і безперервну допомогу, яка визначається потребами пацієнта, здійснюючи безперервні координацію й управління допомогою</li> </ul>
Невдале**	Вміння практикувати пацієнтоорієнтовані підходи, з урахуванням національного та культурного аспектів у спілкуванні з хворими та дотримуватись чинного законодавства	Навчити лікарів-інтернів правильно комунікувати з пацієнтами, враховувати національний і культурний аспекти. Знати чинне законодавство, що регулює лікарську діяльність, медичну етику й деонтологію

\*Цей приклад узятий з: Heyrman, J. ed., EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.

\*\*Є вигаданим. Будь-який збіг з реально існуючими документами є випадковим.

РОЗДІЛ 2.

# КОНСТРУКТИВНЕ УЗГОДЖЕННЯ

У цьому розділі ми переходимо до того, як практично втілювати компетентнісний підхід і забезпечити цілісність освітнього процесу.

Насамперед до планування освітнього процесу важливо підходити системно і враховувати модель конструктивного узгодження (constructive alignment).

Ця модель включає три пов'язані між собою складові (рис. 2.1):

- **Результати навчання.** Мають бути узгоджені з цілями навчальної програми<sup>18</sup>.

- **Освітня діяльність.** Має безпосередній зв'язок з очікуваними результатами навчання.

- **Оцінювання та зворотний зв'язок.** Дає змогу розуміти прогрес досягнення результатів навчання.

Розглянемо детальніше, яких принципів варто дотримуватися, працюючи над кожним із цих елементів.

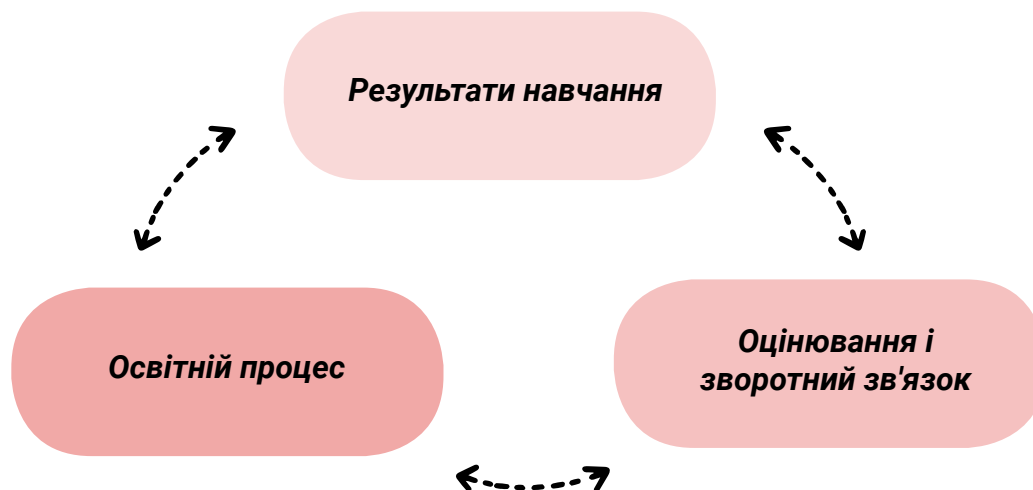


Рис. 2.1. Модель конструктивного узгодження: взаємозв'язок між результатами навчання, освітньою діяльністю й оцінюванням

<sup>18</sup> Результати навчання вказуються в силабусі й мають бути проговорені зі студентами, наприклад на першій вступній лекції курсу.

## 2.1. РЕЗУЛЬТАТИ НАВЧАННЯ

Результати навчання є спільним дороговказом у навчальному процесі для викладачів і студентів. Тому вони мають бути зрозумілими, вдало сформульованими та проговореними разом із студентами й студентками.

Результати навчання – знання, уміння, навички, способи мислення, погляди, цінності, інші особистісні якості, які можна ідентифікувати, спланувати, оцінити й виміряти, та які особа здатна продемонструвати після завершення освітньої програми (програмні

результати навчання) або окремих освітніх компонентів.

Викладач(ам/кам) вдало сформульовані результати навчання допомагають спланувати відповідну навчальну активність і методи оцінювання.

Оскільки і студенти, і викладачі можуть мати різні розуміння цілей дисципліни, різні очікування й бачення наповнення курикули, вдало сформульовані цілі (табл. 2.1) дають змогу звести різні очікування до спільного знаменника.

### ТАБЛИЦЯ 2.1

#### Формулювання навчальних цілей

Формулювання	Навчальні цілі
Вдале*	Розвивати знання й навички студентів з організації хірургічної допомоги та запобігання поширенню лікарняної інфекції, використання перев'язувального матеріалу, догляду за хірургічними хворими, огляду хірургічного пацієнта та реєстрації його результатів у медичній картці госпітального пацієнта (хірургія)
Невдале**	Засвоєння студентами основних методів професійної діяльності медсестри на основі глибоких знань і розуміння особливостей функціонування організму хворої людини, дотримання принципів медичної етики та деонтології (медсестринська практика). Цілі дисципліни: визначити основні симптоми і синдроми ураження різних відділів нервової системи; інтерпретувати дані функціональної анатомії та клінічної фізіології нервової системи; визначити етіологічні фактори та патогенетичні механізми розвитку основних неврологічних захворювань; ставити попередній діагноз основних неврологічних захворювань; аналізувати основні показники лабораторно-інструментальних методів дослідження в неврологічній практиці; планувати практику ведення хворого з неврологічною патологією (неврологія)

\*Цей приклад узятий з: Heyrman, J. ed., EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.

\*\*С вигаданим. Будь-який збіг з реально існуючими документами є випадковим.

Результати навчання мають бути вимірюваними та вказувати на те, що студент чи студентка мають продемонструвати після завершення навчання. Важливо фокусуватися на тому, як студенти зможуть застосувати отримані знання в реальному світі, а не

лише на тому, яку інформацію мають отримати. У формулюваннях варто використовувати dokonану форму (розуміє, здатен застосувати тощо) й використовувати одне дієслово дії для одного результату навчання (табл.2.2).

## ТАБЛИЦЯ 2.2

### Приклади вимірюваності результатів навчання

<i>Неможливо оцінити</i>	Уміти інтегрувати базові знання з фізики, хімії, біології, математики, інформаційних технологій задля створення фундаменту професійних компетентностей
<i>Вимірюється й оцінюється за спеціально розробленими критеріями в процесі самостійної роботи, виконання контрольних заходів тощо</i>	Вміти застосувати кількісні методи під час дослідження медико-біологічних процесів
<i>Вимірюється й оцінюється за спеціально розробленими критеріями під час самостійної роботи, виконання контрольних заходів, практики тощо</i>	Знати сучасні стандарти надання невідкладної допомоги в разі акушерської та гінекологічної патології

Для структурування результатів навчання у сфері пізнання використовують таксономію Блума-Андерсона<sup>19</sup> (табл. 2.3 і рис. 2.2), яка ґрунтується на когнітивних процесах навчання, що переходять від

нижчого до вищого рівня абстрагування та складності. Таксономія Блума-Андерсона ілюструє ієрархію навчальних результатів з ключовими дієсловами для кожного рівня:

<sup>19</sup> Наводимо оновлену версію таксономії Блума, що була опублікована Лорином Андерсоном та його колегами у 1999 році. Anderson, L. W. (1999). Rethinking Bloom's Taxonomy: Implications for testing and assessment. ED 435630.



Рис. 2.2. Таксономія Блума-Андерсона

Розглянемо детальніше, які когнітивні процеси відбуваються на кожному з рівнів<sup>20</sup>:

**Запам'ятовування** — здатність запам'ятовувати та відтворювати навчальний матеріал.

**Розуміння** — здатність розуміти й інтерпретувати знання.

**Застосування** — здатність виконувати нові завдання, використовуючи отримані знання.

**Аналіз** — здатність бачити зв'язки, організовувати та структурувати знання.

**Оцінювання** — здатність оцінювати переваги й недоліки, важливість матеріалу для конкретної цілі.

**Створення** — здатність генерувати та

виробляти нове.

Перші чотири рівні процесів найчастіше опановуються на освітніх програмах включно з бакалаврським рівнем. Компетентності на рівні оцінювання є ядром магістерських програм, а останній рівень («створення») найчастіше пов'язується з освітньо-науковими програмами, де відбувається підготовка докторів філософії.

Одним із прикладів формулювання результатів навчання за таксономією Блума-Андерсона може бути компетентність щодо імуно-профілактики, наведені у таблиці 2.3.



## ТАБЛИЦЯ 2.3

### Таксономія Блума-Андерсона: дієслова дії, види діяльності

<b>Запам'ятовування</b>	знати й відтворювати основи знань з імунопрофілактики, знати перелік вакцинокерованих захворювань, перелік профілактичних щеплень, перелік актуальних наказів, покази і протипокази до імунізації, несприятливі побічні явища та інші знання основ імунопрофілактики.
<b>Розуміння</b>	розуміти відмінності між вродженим і набутим імунітетом; визначати цільові аудиторії для імунопрофілактики та цілі її проведення; прогнозувати наслідки відмови від вакцинації; розуміти й уміти пояснити алгоритм створення календаря щеплень для розв'язання ситуаційного завдання; класифікувати побічні явища при вакцинації.
<b>Застосування</b>	застосувати знання з імунопрофілактики для забезпечення планової та екстреної імунізації населення; застосувати сучасні накази й рекомендації для ефективного призначення рекомендованих щеплень; уміти доводити, як обов'язкова, екстрена й рекомендована вакцинація впливає на запобігання вакцинокерованим інфекціям; застосувати принципи сімейної медицини в комунікації з пацієнтами для висвітлення питань імунопрофілактики.
<b>Аналіз</b>	вміти аналізувати статистичні дані по захворюваності на вакцинокеровані захворювання серед різних популяцій (з високим і низьким рівнем вакцинації) з аргументацією, чому відмова від вакцинації небезпечна для здоров'я людини; вміти порівняти і протиставити ефективність різних видів вакцин (цільноклітинної та ацелюлярної); вміти обговорювати наслідки впливу антивакцинальних настроїв на систему громадського здоров'я; вміти проаналізувати вплив перенесеної інфекції й вакцинації на щоденне функціонування людини та суспільства.
<b>Оцінювання</b>	вміти оцінити роль вакцинації в дотриманні основ здорового способу життя людини; скласти індивідуальний графік профілактичних щеплень в процесі розв'язання ситуаційного завдання; спрогнозувати вплив відмови від вакцинації на формування індивідуального і колективного імунітету; дати оцінку ключових заходів, які впливають на прихильність людини до вакцинації.
<b>Створення</b>	виявити та сформулювати проблеми людини, громади і суспільства, які можна врегулювати за рахунок організації ефективної комунікації з імунопрофілактики; запропонувати в усній формі розв'язання проблем з охоплення щепленнями важкодоступних верств населення; узагальнити причини й наслідки вакцинокерованих хвороб; організувати програму санітарно-просвітницької роботи для населення.



У розділі «Компетентності в дії» ви можете знайти приклади компетентностей, на які можна спиратися у визначенні результатів навчання.

## 2.2. ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ

Плануючи освітню діяльність, важливо орієнтуватися на визначені результати

навчання. У цьому може допомогти наведена нижче модель планування<sup>21</sup> (табл. 2.4).

ТАБЛИЦЯ 2.4

Модель планування освітньої діяльності

Результати навчання	Зміст	Метод навчання, що відповідає результату навчання	Матеріали / онлайн-інструменти
<b>Демонструвати ефективні навички комунікації<sup>22</sup></b>	[в цьому розділі викладається основний зміст семінару]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• симуляція,</li> <li>• робота зі стандартизованим пацієнтом,</li> <li>• рольова гра,</li> <li>• практика в клініці</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• відео-кейси,</li> <li>• завдання для рольової гри чи роботи зі стандартизованим пацієнтом</li> </ul>
<b>Застосовувати пацієнт-центровану модель консультації й комунікації:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• стиль спілкування, адаптований до пацієнта,</li> <li>• починати й закінчувати з пацієнтом</li> </ul>	[в цьому розділі викладається основний зміст семінару або навчальної дисципліни]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• клінічна практика,</li> <li>• спостереження викладачем (спостереження за ходом консультації) зі зворотним зв'язком,</li> <li>• відеозаписи консультацій,</li> <li>• обговорення (невелика група, сам на сам)</li> </ul>	Кейси, відеозапис консультування і в роботі зі стандартизованим пацієнтом, пряме та непряме спостереження
<b>Демонструвати вміння пов'язувати певний процес прийняття рішень з поширеністю й захворюваністю в громаді</b>	[в цьому розділі викладається основний зміст семінару або навчальної дисципліни]	Лекція, семінар, читання, аналіз публікацій, обговорення кейсів	Література, публікації, кейси (відеокейси, кейси з медичних публікацій)

<sup>21</sup> В основі – модель планування освітніх заходів, запропонована Паулем Хайманом у 1960-ті роки.

Heimann, P. (1962). Didaktik als Theorie und Lehre. Die Deutsche Schule, 9, , 407–427.

<sup>22</sup> Приклади результатів навчання запозичені з джерела: Heyrman, J. (2005). EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice.

Першим кроком завжди є визначення результатів навчання, далі відбувається конкретизація змісту, що саме буде розглядатися або відпрацьовуватися, і лише потім варто переходити до обрання методу та матеріалів. Така послідовність допомагає реалізувати принцип конструктивного

узгодження. До того ж орієнтація результатів навчання на опанування компетентностей та застосування отриманих знань на практиці спонукає до застосування більш релевантних методів навчання й урізноманітнення освітньої діяльності.

## ТАБЛИЦЯ 2.5

### Методи навчання, що відповідають і не відповідають освітній діяльності

Результати навчання	Метод навчання, що відповідає результату навчання	Метод навчання, що НЕ відповідає результату навчання
Застосування ефективних навичок комунікації з пацієнтами	робота зі стандартизованим пацієнтом	<ul style="list-style-type: none"> <li>• лекція,</li> <li>• підготовка проекту</li> </ul>
Здатність розв'язувати проблеми пацієнта відповідно до концепцій пацієнт-орієнтованого підходу	рольова гра, відеозапис консультування студентом	<ul style="list-style-type: none"> <li>• написання реферату</li> </ul>
Вміння пов'язувати певний процес прийняття рішень з поширеністю й захворюваністю в громаді	аналіз та обговорення кейсів	<ul style="list-style-type: none"> <li>• лекція,</li> <li>• робота зі стандартизованим пацієнтом</li> </ul>

Широко застосовуваними методами навчання є:

- лекція,
- читання,
- розбір та обговорення кейсів,
- обговорення в малих групах,
- підготовка проекту (написання історії хвороби),
- рефлексія,
- рольова гра,
- робота зі стандартизованим пацієнтом,
- симуляція тощо



У Розділі 4 Ви зможете знайти приклади методів, що орієнтовані на різні рівні знань, навичок та ставлення й допоможуть урізноманітнити освітню діяльність.

Для ширшого уявлення, як можна використовувати таксономію, ми пропонуємо вам ознайомитися з ПАДагогічним колесом (рис 2.3), що включає **рівні результатів навчання, дієслова дії**, за допомогою яких можна сформулювати результати навчання у навчальних програмах, **види діяльності**, що допоможуть студентам опанувати заплановані результати, й **електронні додатки**, які вам і студентам допоможуть у навчальному процесі.

Ця схема сприятиме кращому визначенню результатів навчання, адже пропонує досить вичерпний перелік слів для опису того чи іншого рівня таксономії Блума-Андерсона. До прикладу, для **рівня запам'ятовування** можна обрати одне з формулювань:

*Робити закладки, Копіювати, Описувати, Додавати в обране, Гуглити, Ідентифікувати, Позначати, Слухати, Перелічувати, Зіставляти, Запам'ятовувати, Створювати мережу, Називати, Цитувати, Записувати, Впізнавати, Переказувати, Повторювати, Вилучати, Створювати таблиці, Шукати, Обирати, Візуалізувати, Визначати, Дублювати, Пригадувати, Знаходити, Повторювати напам'ять, Виявляти, Розповідати.*

Наступною частиною схеми є перелік видів діяльності, які можна обрати як навчальні методи для конструктивного узгодження цілей і методів у педагогічному процесі. Так, для запам'ятовування в ПАДагогічному

колесі запропоновані такі **види діяльності**:

*Декламування, Представлення, Використання дидактичних карток, Формулювання визначень, Створення закладок, Складання переліків, Складання мап-зв'язків, Простий пошук, Ведення журналу, Читання, Накопичення знань, Тренування і практика, Гра, Вікторина/тест, Робота з фактами, Ілюстрація слів або понять, Хронології.*

Завершальним колом ПАДагогічного колеса є перелік застосунків, які можна використати для електронного навчання, дистанційного навчання, змішаного навчання для досягнення результатів навчання тощо (перелік застосунків див. рис. 2.3).

ПАДагогічне колесо – хороший помічник у розробленні навчальних програм і плануванні методів навчання або активностей під час занять.

Наведемо приклад послідовного використання колеса. Так, якщо студент(ка) на Вашому курсі повинен навчитись аналізувати, то педагогічне колесо вам підкаже, що дієсловами дії можуть бути: *пов'язувати, пояснювати, пріоритезувати*. Вид діяльності – створення мап-зв'язків (mindmaps), а застосунок для цього можна використати – Simpleminds+.

І це лише один з прикладів, як можна урізноманітнити види навчальної діяльності на заняттях.

## 2.3. ОЦІНЮВАННЯ

Ще один елемент конструктивного узгодження – **оцінювання та зворотний зв'язок**. З одного боку, обраний метод оцінювання має відповідати навчальній активності, а з іншого – надавати інформацію щодо прогресу в досягненні результатів навчання. Забезпечуючи зв'язок між цими трьома елементами, ми забезпечуємо цілісність підходу до освітнього процесу.

Важливо зазначити, що виставлення оцінки за предмет не вичерпує елементу оцінювання. Комплексний підхід забезпечує два види оцінювання: **сумативне (summative) і формативне (formative)**.

**Сумативне – це оцінювання, яке підбиває підсумки освітньої діяльності студент(а/ки)**. Мета сумативного оцінювання – дати інформацію щодо прогресу в досягненні результатів навчання й оволодіння компетентностями як студент(ові/ці), так і іншим учасник(ам/цям) освітнього процесу – викладачам, батькам, адміністрації, а також іншим зацікавленим сторонам, наприклад майбутнім роботодавцям. **Для сумативного оцінювання важлива наявність критеріїв, з якими студенти та студентки мають бути ознайомлені заздалегідь.**

**Методи, що можуть використовуватися для сумативного оцінювання:**

- підсумкове тестування,
- усне опитування,
- розв'язання завдань,
- аналіз даних і текстів.

**Формативне оцінювання – зворотний зв'язок, який студент або студентка регулярно отримує впродовж навчання, що допомагає визначити поточний рівень оволодіння компетентністю та способи поліпшення результатів у майбутньому.** Формативне оцінювання має орієнтуватися на результати навчання, визначати сильні й слабкі місця та пропонувати наступні кроки. Орієнтуючись на результати такого оцінювання, викладач або викладачка можуть скоригувати освітню діяльність.

Формативне оцінювання може здійснюватися не лише викладачем, це також може бути взаємний зворотний зв'язок студентів одне з одним або саморефлексія й самооцінювання.

**Методи, що можуть використовуватися для формативного оцінювання:**

- запитання на повторення матеріалу на початку заняття,
- проміжне тестування,
- інтерактивні онлайн-опитування,
- зворотний зв'язок у групах,
- заповнення анкет самооцінювання.

Отже, оцінювання не лише дає інформацію студентам щодо поточного прогресу досягнення результатів навчання чи підсумкового результату оволодіння компетентністю, а й передбачає зворотний зв'язок з викладачем щодо освітньої діяльності та обраних методів. Наприклад, які теми залишаються менш зрозумілим, з якими елементами треба глибше попрацювати наступного разу або подумати над іншим методом подачі матеріалу.

# ПАДагогічне колесо V5.0 для Apple iOS і Android

В GooglePlay доступно  
188 запропонованих  
освітніх застосунків



В AppStore доступно 188  
запропонованих освітніх  
застосунків



<http://bit.ly/PWENGV5>



The Pedagogy Wheel – It's Not About The Apps,  
It's About The Pedagogy

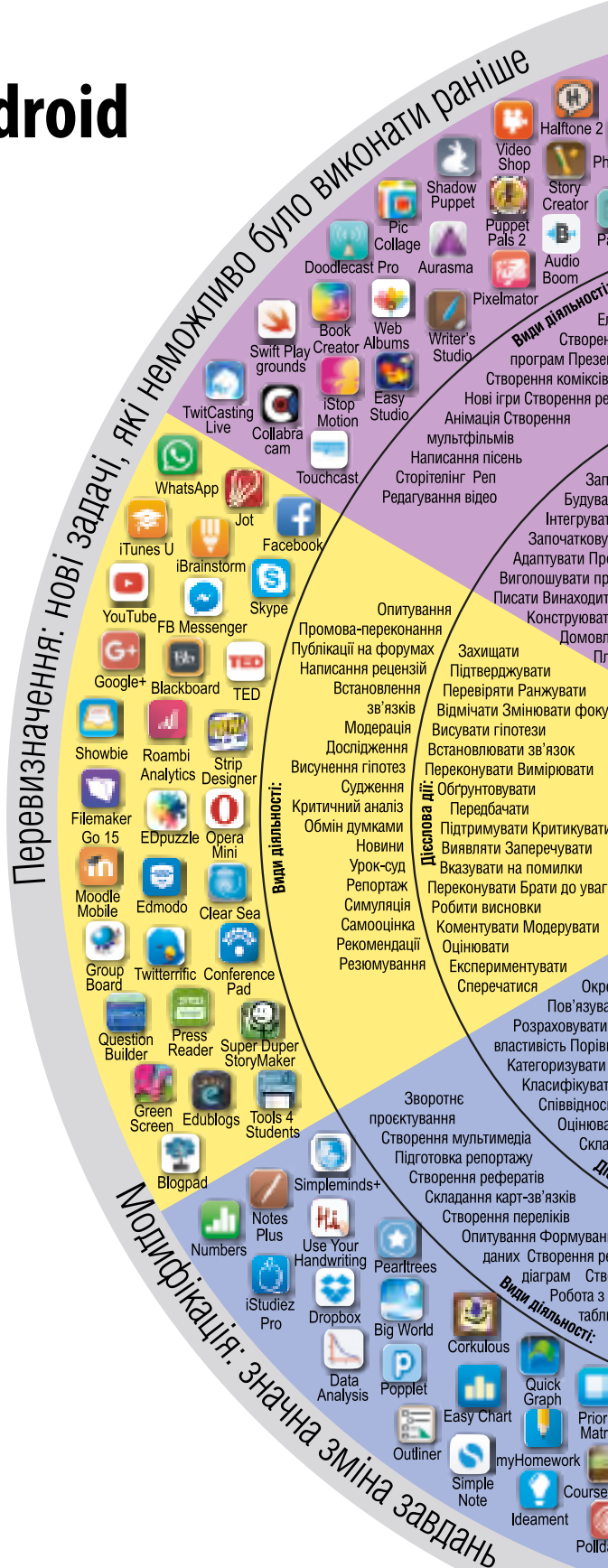
<http://bit.ly/aboutpedagogy>



Developed by Allan Carrington Designing  
Outcomes Adelaide South Australia  
Email: [allan@designingoutcomes.net](mailto:allan@designingoutcomes.net)



Розроблено Аланом Каррінгтоном, Designing Outcomes, Аделаїда, Південна Австралія  
ПАДагогічне колесо Алана Каррінгтона доступне за ліцензією Creative Commons Attribution -nonCommercial-ShareAlike 4.0  
International License. На основі матеріалів: <http://tinyurl.com/bloomsblog>







## 2.4. КОНСТРУКТИВНЕ УЗГОДЖЕННЯ В ДІЇ

Приклад узгодження навчальних цілей, методів навчання та інструментів оцінювання можемо навести з освітньої

програми післядипломного навчання із загальної практики – сімейної медицини, розробленої Європейською асоціацією

### ТАБЛИЦЯ 2.6

**Конструктивне узгодження навчальних цілей, методів навчання й методів оцінювання знань до компетентності лікаря загальної практики – сімейної медицини «Спеціальні навички розв'язання проблем»**

Цілі	Методи навчання	Інструменти оцінювання
Знати поширеність звичайних хвороб і захворюваність	<ul style="list-style-type: none"> <li>лекція,</li> <li>семінар,</li> <li>читання,</li> <li>обговорення</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>питання з кількома варіантами відповідей,</li> <li>видозмінені відкриті запитання,</li> <li>усний екзамен</li> </ul>
Знати, як проводити ефективний пошук для визначення проблеми	<ul style="list-style-type: none"> <li>симуляція кейсу,</li> <li>спостереження,</li> <li>обговорення кейсу</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ОСКІ,</li> <li>спостереження,</li> <li>перевірка медичної карти</li> </ul>
Знати, як виявити та розв'язати проблему у співпраці з пацієнтом	<ul style="list-style-type: none"> <li>симуляція кейсу,</li> <li>клінічна практика,</li> <li>спостереження/ спостереження за ходом консультації</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>спостереження,</li> <li>ОСКІ</li> </ul>
Знати, як діяти у надзвичайній ситуації на практиці	<ul style="list-style-type: none"> <li>практика в палаті невідкладної допомоги,</li> <li>симуляція,</li> <li>читання,</li> <li>клінічна практика</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>питання з кількома варіантами відповідей,</li> <li>ОСКІ,</li> <li>спостереження</li> </ul>
Знати, як розв'язувати недиференційовані проблеми	<ul style="list-style-type: none"> <li>симуляція кейсу,</li> <li>обговорення,</li> <li>читання</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>усний екзамен,</li> <li>ОСКІ,</li> <li>спостереження/ спостереження за ходом консультації/відео</li> </ul>
Цінувати поступовий підхід, використовуючи час та приймаючи невизначеність	<ul style="list-style-type: none"> <li>обговорення,</li> <li>рефлексія</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>співбесіда,</li> <li>обговорення,</li> <li>усний екзамен</li> </ul>
Цінувати етичний підхід до справедливого використання обмежених ресурсів	<ul style="list-style-type: none"> <li>обговорення,</li> <li>спостереження,</li> <li>читання,</li> <li>рефлексія</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>співбесіда,</li> <li>обговорення,</li> <li>усний екзамен</li> </ul>



викладачів сімейної медицини EURACT educational agenda<sup>23</sup>. У цій програмі описується шість компетентностей лікаря загальної практики. До опису кожної компетентності додається табличка (табл. 2.6), в якій до кожної з цілей пропонуються методи навчання й відповідні методи оцінювання знань.

З прикладу видно, що для вивчення клінічних аспектів використовуються практичні методи – клінічна практика й симуляція. Результат навчання можна оцінити під час об'єктивного структурованого клінічного іспиту (ОСКІ). Для аналітичних напрямів лекції, семінар і обговорення будуть доцільнішими, як і відкриті запитання чи усні екзамени для оцінювання знань.

 23 Heyrman, J. (2005). EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice.

РОЗДІЛ 3.

# КОМПЕТЕНТНОСТІ В ДІЇ

У цьому розділі хочемо запропонувати викладач(ам/кам) інструменти для роботи з конкретними компетентностями та поглибити розуміння, як саме компетентності й інструменти інтегруються між собою протягом навчання. Розглянемо приклади того, як можна перекласти абстрактно сформульовану компетентність безпосередньо в освітній процес. Детально розберемо шість компетентностей лікарів сімейної медицини, серед яких будуть загальні й спеціальні компетентності за Національною рамкою кваліфікацій<sup>24</sup> та компетентності освітньої програми EURACT<sup>25</sup>. Кожну з компетенцій деталізуємо за елементами «знання», «навички» та «ставлення». Також подивимося з перспективи викладання, в які теми та предмети можуть бути інтегровані ці компетентності. І наостанок запропонуємо вам

варіанти методик, які ви зможете використовувати в освітньому процесі для засвоєння цих компетенцій студент(ами/ками).

#### **Компетентності:**

1. Надання екстреної допомоги.
2. Здатність до ведення медичної документації.
3. Здатність до визначення принципів і характеру лікування захворювання.
4. Здатність використовувати людиноцентрований підхід як основу філософії відносин з пацієнтом.
5. Орієнтація на громаду.
6. Холістичний (цілісний) підхід.

## **3.1. КОМПЕТЕНТНІСТЬ «НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ДОПОМОГИ»**

Розглянемо приклад компетенції «Надання екстреної допомоги», яку здобувають студенти-медики на магістерській програмі.

**Результат навчання – надавати екстрену медичну допомогу за будь-яких обставин, використовуючи знання**

***про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, через прийняття обґрунтованого рішення на підставі діагнозу невідкладного стану в умовах обмеженого часу згідно з визначеною тактикою, використовуючи стандартні схеми, – є орієнтиром для нас, який***

<sup>24</sup> Національна рамка кваліфікацій. Додаток до постанови Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2011 р. № 1341

<sup>25</sup> Heyrman, J. (2005). EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice.

вказує на те, що в процесі навчання необхідно засвоїти, вдосконалити, аби здобути компетентність у конкретній сфері. І часто ці результати вже є віддзеркаленням досконалого

володіння компетентністю. Ми ж з вами хочемо заглянути вглиб і розкласти все на компоненти, з чого і складатиметься щоденний освітній процес для викладачів і студентів.

## ЗНАННЯ

- знати протоколи надання екстреної медичної допомоги пацієнтам та пацієнткам у невідкладних станах на догоспітальному й госпітальному етапах;
- знати принципи медичного тріажу;
- знати принципи транспортування хворих у невідкладних станах;
- знати послідовність реанімаційних заходів в разі надання екстреної медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах.

## СТАВЛЕННЯ

- надання невідкладної допомоги незалежно від віку, статі, раси, національності, віросповідання, соціального чи матеріального стану, політичних поглядів, місця проживання або громадянства;
- пріоритет цінності людського життя;
- уважність до деталей;
- орієнтація на командну роботу.

## НАВИЧКИ

- вміння визначати ознаки життя й констатувати біологічну смерть;
- вміння оцінювати важкість стану і проводити медичний тріаж;
- вміння надавати екстрену медичну допомогу пацієнтам у невідкладних станах;
- вміння працювати в команді;
- вміння обстежувати пацієнта або пацієнтку в невідкладному стані;
- вміння транспортувати пацієнта або пацієнтку в невідкладному стані;
- вміння проводити реанімаційні заходи пацієнтам у стані клінічної смерті на догоспітальному та госпітальному етапах.

Цю компетентність формує низка дисциплін, які викладаються студентам та інтернам, зокрема вона є в «Екстреній та невідкладній медичній допомозі», «Внутрішніх хворобах», «Хірургії», «Анестезіології», «Педіатрії». Це пов'язано з тим, що невідкладні стани трапляються в клінічних ситуаціях різних спеціальностей. Тому дуже важливо сформувати у студентів цілісне бачення компетентності

лікаря в наданні екстреної допомоги. Кожен освітній компонент, який передбачає формування цих навичок, має доповнювати це необхідним контекстом і змістом, а викладачі в процесі роботи зі студентами можуть допомогти вибудувати потрібні зв'язки та системний підхід до опанування цієї компетентності. Нижче наведемо кілька конкретних прикладів, де ця компетентність викладається.



**Предмет:** Цикл «Загальна практика – сімейна медицина» на інтернатурі з цієї ж спеціальності.

**Тема:** Невідкладні стани в практиці лікаря загальної практики.



**Предмет:** Екстрена та невідкладна медична допомога.

**Тема:** Надання допомоги постраждалим від травми за протоколом Advanced Trauma Life Support.

А тепер поглянемо на методологічні підходи, які, до речі, є спільними для всіх предметів і кафедр. У теорії важливим є знання алгоритмів, послідовностей дій, дозувань препаратів відповідно до сучасних протоколів. Наприклад, лікар(і/ки) проходять тренувальний курс з надання допомоги постраждалим у разі травми – Advanced Trauma Life Support (ATLS)<sup>26</sup>. У процесі навчання студенти вивчають теоретичний матеріал, готуючись до практичних занять. Рівень володіння теорією, з огляду на чіткість алгоритмів, може

перевірятися тестовими запитаннями. Хоча не варто нехтувати й іншими методами, які ефективно дають змогу засвоїти необхідні знання, наприклад розбір кейсів з лікарської практики. Такий формат роботи дає можливість студентам працювати як самостійно, так і в команді, розвиваючи навички командної роботи. А результатом буде здатність аналізувати ситуації, мислити критично й знаходити допущені помилки і виправляти їх. Такий метод роботи з когнітивним рівнем компетентності (знання) допомагає не

26 American College of Surgeons. Committee on Trauma. (2018). ATLS®: advanced trauma life support student course manual.

лише запам'ятовувати та відтворювати правильну інформацію, а й будувати причинно-наслідкові зв'язки між діями та наслідками, які можуть виникнути в разі помилкового рішення. А це, в свою чергу, і буде формувати необхідне ставлення – відповідальність та уважність до деталей.

У частині розвитку навичок важливо формувати вміння виконувати певні маніпуляції в ході надання екстреної допомоги. Це потребує чітких інструкцій та демонстрації, з подальшим відпрацюванням таких навичок під керівництвом викладача в симуляційному центрі або в клініці під час проходження практики. У симуляційних центрах розробляються клінічні кейси і чек-листи для кожної навички або протоколу з надання допомоги за певного клінічного стану. У процесі відпрацювання навичок студентами і студентками важливим є вчасний та коректний зворотний зв'язок з боку викладача, а під час практики в клініці – з боку пацієнта в тому числі.

Формування ставлення – процес нелінійний. Неможливо просто прочитати та запам'ятати інформацію про певне ставлення, адже це той елемент компетентності, який потребує емпіричної бази, проживання й усвідомлення через отриманий досвід. Зі ставленням можна працювати по-різному. Звісно, починати варто з основ: етичні та юридичні норми, які регулюють медичну практику лікарів сімейної медицини, формують базу для ціннісних орієнтирів майбутніх лікарів і лікарток. Проте також варто розвивати у студентів

критичне мислення щодо власних упереджень, що можуть призвести до дискримінації в момент надання екстреної допомоги, а також відчуття відповідальності за надання доступу до медичної допомоги усім пацієнтам і пацієнткам, які цього потребують. Розвивати неупереджене ставлення можна за допомогою рольових вправ з подальшою рефлексією власних дій, а також через розбір прикладів дискримінації пацієнтів з подальшим груповим обговоренням і зворотним зв'язком.

Орієнтація на командну роботу також формується через виконання командних завдань та детальну рефлексію командної роботи після практики. Уміння надавати та приймати зворотний зв'язок є критично важливими для роботи в команді, і розвитку цього вміння варто приділити особливу увагу. Крім цього, важливим джерелом формування потрібного ставлення та етичних принципів роботи є спостереження за реальною роботою лікарів з пацієнтами, що відбувається під час практики у студентів та інтернів. Тож за допомогою відтворення умінь та отримання зворотного зв'язку можна часом досягнути більших результатів, ніж за допомогою десятків годин теоретичної роботи.

Засвоєння цієї компетентності особливо ретельно оцінюється на ОСКІ – об'єктивних структурованих клінічних іспитах, що є частиною випускних іспитів або складаються після завершення інтернатури і під час сертифікаційних іспитів.

## 3.2. КОМПЕТЕНТНІСТЬ «ЗДАТНІСТЬ ДО ВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ»

Компетентність «Здатність до ведення медичної документації» також є необхідною для здобуття кваліфікації магістра медицини. **Документація й ведення записів – фундаментальна частина клінічної практики, що вимагає**

**відповідальності клініцистів та засвідчує їхню професійну діяльність, передбачає вміння заповнювати всі форми документації лікаря, медсестри та інших медичних працівників.**

### ЗНАННЯ

- знати сучасні настанови щодо алгоритмів заповнення медичної документації;
- знати законодавчі норми, професійні та етичні обов'язки щодо захисту конфіденційності пацієнта;
- знати й розуміти цілісність медичної системи та алгоритмів її роботи.

### СТАВЛЕННЯ

- усвідомлювати, що документація є основою для спілкування як між лікарем і пацієнтом, так і між медичними працівниками, і тому вимагає неупередженого ставлення;
- уникнення необґрунтованих висновків чи особистих суджень стосовно пацієнтів або медичних працівників, які мають стосунок до медичної документації;
- усвідомлення відповідальності за власні дії й можливі наслідки для пацієнта в процесі заповнення медичної документації, в тому числі

вплив на рішення тих лікарів, які можуть пізніше користуватися цією документацією;

- уважно ставитись до деталей, усвідомлювати важливість вчасного та оперативного заповнення документації;
- поважати конфіденційність пацієнта та дотримуватися етичних норм і чинного законодавства;
- бути готовим до перевірки клінічної документації в будь-який момент.

### НАВИЧКИ

- здійснювати безперервний і синхронний запис документації (в тому числі ведення історій хвороб) як основи для спілкування між медичними працівниками, стосовно запланованого лікування, догляду та результатів;
- оцінювати стан пацієнта та весь обсяг попередньо наданої медичної допомоги іншими медичними фахівцями, зважаючи на попередні записи в документації;

- вміння оформляти документацію чітко, коротко, послідовно, повно, всебічно, орієнтовано на пацієнта, неупереджено та конфіденційно, виходячи з професійного спостереження та оцінювання;
- використовувати формальні та неформальні канали комунікації з окремими людьми й групами, забезпечуючи точність і зберігаючи конфіденційність документації;
- вміння складати та вести облік своєї професійної практики відповідно до професійних стандартів практики;
- вміння оформлювати документацію для оцінювання професійної практики, перевірки результативності, для аудиту та процесів акредитації, для законодавчих перевірок та для оглядів критичних інцидентів;
- проводити кодування даних і результатів дослідження для обґрунтування фінансування й управління ресурсами;
- вміння вести документацію та облік пацієнтів, дотримуючись законодавчих норм, а також професійних та етичних обов'язків щодо захисту конфіденційності пацієнта;

- вживати необхідних заходів для інформування лікарів про безпечне використання електронних інформаційних систем та оцінювати потенційні ризики, пов'язані з використанням таких систем, для забезпечення конфіденційності<sup>27</sup>.

Компетентність «здатність вести медичну документацію» формується поступово та через різні дисципліни, через опанування різних сфер медичної практики. Особливістю цієї компетентності є те, що її компоненти — знання, ставлення й навички — також можна здобувати на різних кафедрах закладів медичної освіти. До прикладу, із поняттям «історія хвороби», її основними елементами та правилами написання студентів ознайомлюють на клінічних кафедрах. Рівень знань і навичок заповнення історії хвороби опановується градуально — від основ на кафедрах пропедевтики (внутрішніх хвороб, педіатрії, хірургії) до вміння проводити диференційну діагностику, а це вже справа кафедр госпітальної терапії, хірургії та педіатрії. Нижче вказані як приклад предмети й теми, де наявна ця компетентність, хоча цей список, звісно, неповний.

<sup>27</sup> World Health Organization. (2007, September). Guidelines for medical record and clinical documentation. In WHO-SEARO coding workshop. [https://occupationaltherapy2012.files.wordpress.com/2012/03/2007\\_guidelines\\_for\\_clinical\\_doc.pdf](https://occupationaltherapy2012.files.wordpress.com/2012/03/2007_guidelines_for_clinical_doc.pdf)





**Предмет:** Соціальна медицина й організація охорони здоров'я.

**Тема:** Правила виписування листка непрацездатності.



**Предмет:** Внутрішні хвороби.

**Тема:** Практичне заняття – написання історії хвороби.



**Предмет:** Медичне право.

**Тема:** Правовий статус суб'єктів медичних правовідносин. Інформована згода пацієнтів на отримання медичної допомоги.

Ознайомитися з видами медичної документації та дізнатися алгоритми її заповнення можна досить просто за допомогою лекційного та презентаційного форматів навчання. Навички роботи з медичною документацією розвиваються через практику в закладах охорони здоров'я, яку студенти проходять на додипломній освіті або на заочній частині інтернатури. У такому разі студенти чи інтерни мають доступ до історій хвороб пацієнтів у клініці та самостійно здійснюють записи щодо ведення пацієнтів, а викладачі як ментори супроводжують цей процес і працюють зі зворотним зв'язком.

Методично процес набуття компетентності ведення медичної документації реалізовується через програвання навчальних ситуацій в групі студентів та отримання зворотного зв'язку від викладача. До прикладу, такою ситуацією може бути прийом пацієнта лікарем, де основним завданням буде написання історії хвороби пацієнта. Студенти мають можливість через імітацію реальної ситуації пережити весь процес ведення пацієнта, починаючи від опитування й

завершуючи призначенням і веденням лікування. Як метод оцінювання на клінічних кафедрах поширеним є використання оцінки написаної історії хвороби та захист її студентом, тобто теоретичне опитування студента за клінічним випадком з історії хвороби. Ці методи навчання й оцінювання знань і навичок доповнюються практикою в клініці на наступних етапах навчання, наприклад, на інтернатурі.

На рівні ставлення основною ціллю розвитку цієї компетентності є досягнення розуміння студентами, що медична документація є одним з основних інструментів комунікації як між пацієнтом і лікарем, так і між медичними працівниками, тому прагнення зробити цю комунікацію якомога зрозумілішою для всіх сторін таких відносин є ключовим. У досягненні такого прагнення можуть допомогти методики навчання, які дають змогу аналізувати причинно-наслідкові зв'язки між випадками незадовільного ведення медичної документації та результатами, до яких може призвести така ситуація.

Наведемо приклад, який також показує зв'язок цієї компетентності з іншими дотичними предметами. «Медичне право» та «Менеджмент і управління якістю» є тими дисциплінами, які, окрім іншого, працюють з аспектами свідомого й відповідального ставлення до медичних записів працівниками медичних закладів. На перетині цих предметів і має сформуватися цілісне бачення компетентності в дії. Розгляньмо роботу з кейсами, як приклад методики для наших цілей. Викладач(ка) може підготувати кейси на основі лікарської практики або скласти типові «збірні» кейси. Ці кейси мають бути безпосередньо пов'язані з веденням медичної документації та демонструвати, як непослідовні, помилкові чи недбалі записи можуть спричинити негативні наслідки для здоров'я та життя пацієнтів, порушувати їхнє право на конфіденційність особистої інформації й даних про стан здоров'я пацієнта, а також мати юридичні наслідки для самого лікаря чи лікувального закладу. Тут відбувається навчальний ефект від зворотного, коли студент(и/ки) мають можливість побачити негативні наслідки, проаналізувати, які саме дії призвели до них та як можна було уникнути такої ситуації чи запобігти їй, і зробити відповідні висновки. Робота з кейсами спонукає студентів до критичного осмислення власних дій та прийняття більш життєздатних рішень у

щоденній практиці, щоб надавати якісні медичні послуги. Отже, через роботу з кейсами студент або студентка засвоює стандарти якості ведення документації, більш повно та системно бачить процес документації й лікування пацієнта, усвідомлює юридичні нюанси цієї компетентності та можливу юридичну відповідальність за свою діяльність.

Стосовно аспекту неупередженого ставлення до пацієнтів та колег у процесі ведення медичної документації може допомогти програвання ситуацій з ролями (рольова гра), де в кожній ролі є своя вихідна позиція, власні потреби й бачення ситуації, мета та завдання. Ситуацію також можна ускладнювати додатковими обставинами й умовами, які близькі до реалістичних і водночас яскраво демонструють широкий спектр нюансів у роботі з медичною документацією. Таким способом можна пропрацьовувати звичні патерни поведінки, в рамках яких у студентів можуть формуватися необґрунтовані та стереотипні судження стосовно пацієнтів, і на завершення закріплювати навичками критичного мислення, які дають змогу більш об'єктивно сприймати особистість пацієнта та його особливості. До того ж добре продумані рольові ігри можуть сприяти розвитку емпатії і впливати на краще розуміння лікарем пацієнта та його потреб, і в подальшому – на формування стосунків за принципом партнерства й автономії.

## 3.3. КОМПЕТЕНТНІСТЬ «ЗДАТНІСТЬ ДО ВИЗНАЧЕННЯ ПРИНЦИПІВ І ХАРАКТЕРУ ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ»

З цією компетентністю корелюють такі результати навчання здобувачів кваліфікаційного рівня магістр медицини:

***Визначати характер (консервативне, оперативне) та принципи лікування захворювання в умовах закладу охорони здоров'я, вдома у хворого та на етапах медичної евакуації, в тому числі в польових умовах, на підставі попереднього клінічного діагнозу,***

***використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних і юридичних норм, через прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.***

Якщо розкласти цю компетентність на три основні елементи компетентнісного підходу, то знання, навички і ставлення можуть бути описані так:

### ЗНАННЯ

- знання основ етіології, патогенезу, діагностики й ведення захворювань відповідно до сучасних настанов та інформації про пацієнта;
- знання про людину, її органи та системи;
- знання алгоритмів і стандартних схем лікування захворювань (протоколи лікування);
- знання основ етики та деонтології;
- знання юридичних норм медичної практики.

### НАВИЧКИ

- вміти приймати рішення щодо найкращої лікувальної тактики конкретного клінічного випадку з урахуванням думки, побажань і можливостей пацієнта;
- вміти визначати характер лікування (консервативне, оперативне) та принципи лікування захворювання в умовах закладу охорони здоров'я, вдома у хворого та на етапах медичної евакуації, у тому числі в польових умовах на підставі попереднього клінічного діагнозу;
- вміння враховувати не тільки медикаментозне лікування, а й немедикаментозну корекцію чинників ризику та соціальних обставин пацієнта.

## СТАВЛЕННЯ

- поважати думку пацієнта чи пацієнтки, орієнтуватися на його/її інтереси, враховувати побажання й наявність особистих чинників, які можуть впливати на вибір пацієнта та прийняття рішень щодо власного здоров'я й лікування (як-то релігійні переконання);
- пріоритет права вибору пацієнта чи пацієнтки та уважність до їхніх персональних особливостей;
- повага до автономії та суб'єктності пацієнта або пацієнтки.

Здатність визначати характер і принципи лікування захворювання є однією з ключових компетентностей лікарів. Вона формується в закладах вищої освіти, але потребує підтримки та постійного розвитку протягом всього професійного життя лікаря через післядипломне навчання та постійний професійний розвиток. Знання, навички та ставлення, володіння якими передбачає ця компетентність, здобуваються й набуваються студентами медичних закладів освіти та формуються ними на різних дисциплінах, починаючи з вивчення фармакології на третьому курсі, продовжуючи освоєнням клінічних дисциплін, доказової медицини та клінічної фармакології. Нижче наводимо два приклади предметів і конкретних тем, які прямо працюють з цією компетентністю.



**Предмет:** Внутрішні хвороби.

**Тема:** Гострий пієлонефрит, принципи діагностики, лікування і профілактики.

Ця предметна компетентність передбачає доволі широкий спектр знань, які потрібно опанувати для набуття компетентності лікаря. Це як суто фахові знання – етіологія, патогенез, діагностика, протоколи лікування захворювань, – так і дотичні важливі знання з деонтології або ж юридичні норми медичної практики.



**Предмет:** Доказова медицина.

**Тема:** Протоколи лікування хвороб: джерела пошуку, використання в практиці.

Тому перед викладач(ами/ками) стоїть важлива ціль – побудувати освітній процес у такий спосіб, щоб засвоєння всіх цих знань було ефективним, цікавим і продуктивним для студентів. Це передбачає, зокрема, різноманіття навчальних методик, які дають студентам змогу вивчати матеріал на різних рівнях таксономії Блума-Андерсона.

Про таксономію детальніше ми писали в Розділі 2 «Конструктивне узгодження». Пропонуємо приклади різних методик для роботи з компонентом «знання» у цій компетентності. Зазвичай викладачі подають новий матеріал у лекційному форматі.

### **Для наочності в процесі пояснення теорії можна додати ілюстрації, схеми, моделі, карти, інфографіку тощо.**

Можна також демонструвати процеси або предмет вивчення на шаблонах, за допомогою експериментів чи дослідів. Такі методи навчання полегшують розуміння студентами явищ та об'єктів, які вивчаються, формують цілісне уявлення про структуру й властивості об'єкта навчання. Також у лекційні заняття варто інтегрувати інтерактивні частини, які включають увагу студентів і передбачають їхню активну залученість до виконання коротких завдань та відповідей на поставлені лектором запитання. Це позитивно впливає на динаміку групи і є певним зворотним зв'язком для викладач(а/ки), щоб побачити наскільки матеріал є зрозумілим студент(ам/кам) та що потребує додаткового пояснення. Для таких інтерактивних вставок можна використовувати різноманітні додатки й онлайн платформи, якими студенти з легкістю можуть скористатися зі своїх гаджетів (смартфонів, планшетів, ноутбуків) та які дають змогу швидко й наочно для всієї групи провести опитування чи тестування, зібрати думки, реакції або зворотний зв'язок на прослуханий матеріал.

Робота з новим матеріалом в парах чи в малих групах може бути дуже ефективною, якщо викладач(ка) вміє стимулювати цікавість студент(ів/ок) до пізнання нового. Основною перевагою роботи в групах порівняно з лекційним форматом є те, що в ролі теоретиків-дослідників у студентів менше шансів залишатися в пасивній ролі слухачів, відволікатися та втрачати увагу. Навпаки, вони активно включаються в процес — знайомляться з новим матеріалом, вивчають його, аналізують, пропускають через себе, генеруючи спільно нове знання, яким потім діляться з іншими студентами. Важливо якісно підготувати теоретичні матеріали, які отримує кожна група. Бажано залучати різні джерела інформації, а також візуальну складову. Додаткові ж запитання чи невеликі креативні завдання на початку роботи стимулюватимуть студентів зануритися глибше та підготувати структуровану й візуально цікаву презентацію для своїх колег.

### **Такими завданнями можуть бути створення алгоритму чи візуальної схеми, ілюстрації до теорії, підготовка чек-листів, створення макета або прототипу.**

Цей вид роботи додатково розвиває здатність вчитися, що входить у перелік загальних компетентностей і є визначальним для всіх учасників освітнього процесу. Сама ж робота в групах додатково розвиває якості, потрібні в командній роботі, допомагає формулювати й відстоювати власну думку та позицію в момент прийняття спільного рішення. На завершення

роботи з теоретичним матеріалом у групах можна провести дискусію для синхронізації пройденого матеріалу, якщо тема потребує такого обговорення. Або ж завершити рефлексією й зібрати ключові висновки студентів з пройденої теми.

Оскільки ми вже тривалий час перебуваємо і навчаємось в умовах постійного розвитку технологій, не варто нехтувати ними й у процесі навчання в медичних закладах освіти. Різноманітні онлайн ресурси, зокрема й іноземні, мобільні технології, онлайн платформи для дистанційного навчання сьогодні є тими реаліями, до яких не те щоб варто звикати, а вже й активно використовувати для досягнення навчальних цілей і розвитку професійних цифрових компетентностей майбутніх лікарів. У мережі є багато доступних ресурсів і мобільних додатків, які допоможуть студентам засвоїти необхідні знання в зручній для них формі.

### **Це і додатки зі словниками медичної термінології, додатки з доступом до профільної літератури, актуальних досліджень та новітніх оглядів, і збірки новин зі світу медицини, універсальні онлайн довідники.**

За допомогою таких джерел можна заохочувати студентів самостійно досліджувати інновативні рішення в медицині і презентувати іншим студентам на заняттях, ділитися

думками та влаштовувати спільні обговорення. Наприклад, організувати дискусію на тему інновативних рішень і технологій лікування певного захворювання, які пропонує світова медицина, та як це може реалізуватися в українському контексті. Такі освітні підходи розвивають заодно й інші компетентності, як-то здатність працювати в міжнародному контексті, здатність генерувати нові ідеї й адаптуватися до нової ситуації. Нижче наводимо кілька прикладів таких джерел, за бажанням ви зможете з ними ознайомитись у мережі.

*Відкритий ресурс від МОЗ у партнерстві з компанією фінського медично-наукового товариства **Duodecim Medical Publications Ltd**, де ви знайдете нові міжнародні клінічні протоколи англійською й українською мовами в онлайн режимі<sup>28</sup>.*

*Англомовний цифровий медичний освітній ресурс **Lecturio**<sup>29</sup>, який є доступним та адаптивним, спеціально розроблений під потреби викладачів і студентів, з використанням навчальних технологій та функціями моніторингу й оцінювання.*

*Бібліотека **Cochrane Library**<sup>30</sup> розроблена компанією Cochrane, глобальною незалежною мережею дослідників, фахівців, пацієнтів, опікунів і людей, які цікавляться здоров'ям. Це своєрідний журнал і база даних для систематичних оглядів у галузі охорони здоров'я.*

<sup>28</sup> <https://guidelines.moz.gov.ua/>

<sup>29</sup> <https://www.lecturio.com/>

<sup>30</sup> <https://www.cochranelibrary.com/about/cochrane-library-app>

Офіційний додаток Всесвітньої організації охорони здоров'я **WHO info**<sup>31</sup>, який відображає останні події й новини у сфері охорони здоров'я з усього світу.

Додаток **Medscape**<sup>32</sup> пропонує додатково до медичної інформації ще й коментарі експертів з різних галузей, інформацію про захворювання та ліки, можливості професійного навчання.

Навички в компетентності «Здатність до визначення принципів і характеру лікування захворювання» студенти починають розвивати на семінарських заняттях через практичні вправи збору анамнезу пацієнтів, визначення обсягу й методів додаткових досліджень пацієнта, аналізу етіології та патогенезу, методики діагностування захворювань і прийняття рішень щодо подальшого лікування та профілактики захворювання. І в процесі навчання всі такі активності мають супроводжуватися рефлексією самих студентів стосовно своєї роботи й ефективним зворотним зв'язком від викладачів. Отримання безпосереднього досвіду написання історії хвороби пацієнта відбувається на практиці в клініці, де студенти обстежують реальних пацієнтів за їх попередньою згодою і погодженням викладачів. У симуляційних центрах відпрацьовуються алгоритми надання допомоги — правильна послідовність дій, координованість роботи, вміння виконувати всі необхідні лікарські та медсестринські маніпуляції.

Ми вже описували раніше

програвання ситуацій з ролями, яке також може підійти для цілей відпрацювання послідовності дій під час огляду пацієнтів та виставлення попереднього діагнозу. Звісно, для такої роботи потрібно дуже ретельно підготувати ситуації та прописати роль пацієнта з усіма необхідними скаргами й можливою поведінкою, щоб відпрацювання огляду було максимально наближеним до реального професійного контексту. Бажано такий метод пропрацьовувати в трійках, де є лікар, пацієнт і спостерігач. Роль останнього — спостерігати за роботою лікаря й дати зворотний зв'язок у кінці вправи. Спостерігаючи за роботою інших студентів та аналізуючи правильність їхніх дій, студенти також закріплюють і власні знання й розуміння процесів.

Можна також працювати над окремими частинами історії хвороби індивідуально або в малих групах, з подальшою рефлексією результатів роботи у спільному колі. До прикладу, студенти отримують дані анамнезу і мають прописати попередній діагноз та план обстеження пацієнта. Також викладач(ка) може підготувати окремі частини історії хвороби пацієнта зі спеціально допущеними помилками в діагнозі або запропонованому лікуванні, а завданням студентів буде у групах проаналізувати записи, знайти помилки, обговорити можливі причини допущення таких помилок та обрати правильне рішення, аргументуючи його. Після такої групової роботи варто презентувати на спільне коло напрацювання

31 Офіційний сайт Всесвітньої організації охорони здоров'я <https://www.who.int/>. Мобільний додаток шукайте в магазинах додатків.

32 <https://www.medscape.com/> Мобільний додаток шукайте в магазинах додатків.



студентів, даючи можливість іншим прокоментувати чи ставити запитання.

Найпоширенішим методом напрацювання навичок компетентності «Здатність до визначення принципів і характеру лікування захворювання» є робота з кейсами або методом клінічних завдань. Основною особливістю цього методу є наявність проблеми – так званого комплексного кейсу, який потрібно розв'язати. За таксономією Блума-Анедресона цей метод можна віднести до рівня застосування знань, тобто він стимулює студентів активно застосовувати отримані теоретичні знання для розв'язання конкретних практичних завдань.

**Метод кейсів є універсальним інструментом, за допомогою якого формуються цілий ряд навичок. Студенти розвивають уважність до деталей, вміння аналізувати ситуацію та комплексно її сприймати, визначати проблему й генерувати варіанти її розв'язання, приймати рішення самостійно чи колегіально, комунікувати з колегами й аргументувати власну думку, працювати в команді, критично мислити.**

Вирішальною є підготовка кейсів. Варіативність кейсів дає можливість забезпечити різноманітність завдань, які стоять перед студентами-медиками. Адже кейси можуть потребувати визначення проблеми, прийняття рішення чи пошук альтернативних рішень, вибору тактики для подальших

дій або розроблення стратегії. Відповідно до цілей кожної конкретної роботи з кейсами, готуються всі необхідні матеріали в достатній кількості й належної якості для розв'язання завдання, якщо тільки не передбачено, що студенти мають самостійно знайти додаткову інформацію. Ретельно прописується завдання: що саме мають зробити студенти. Робота з кейсами часто передбачає асинхронну підготовку – вивчення даних студентами самостійно, потім студенти синхронно працюють над кейсом і завершується презентацією результатів на групі й оцінюванням. За потреби після презентації кейсів можна організувати спільне обговорення (так званий розбір) особливих нюансів конкретної клінічної ситуації.

Фахова компетентність «Визначати характер і принцип лікування захворювання /.../» тісно пов'язана з реалізацією «в дії» людино-орієнтованого підходу, як-от в роботі з пацієнтами, та передбачає взаємодію лікаря з пацієнтом у партнерстві і з повагою до автономії останнього. Це, в свою чергу, потребує від студентів знань прав і свобод пацієнтів та усвідомлення зв'язку між реалізацією таких прав і лікуванням пацієнта. Оскільки пацієнт є повноправним суб'єктом у відносинах з лікарем, він має право брати участь у рішенні стосовно його лікування, має право вибору й може впливати на врахування лікарем особистих чинників, які можуть бути визначальними для характеру та принципів лікування. Такими чинниками можуть бути культуральні норми, релігійні переконання, харчові



вподобання тощо. Тому під час навчання студентам варто вчитися враховувати особистий контекст пацієнта: з повагою, без упереджень і знецінення ставитися до вибору людини щодо рішення про власне здоров'я й лікування, розвивати гнучкість та індивідуальний підхід із врахуванням побажань пацієнта до необхідного лікування. Напрацьовувати всі ці якості студенти можуть через практику комунікації з пацієнтами в клініці, розширюючи коло запитань до пацієнта та приділяючи особливу увагу його історії та дослідженню соціокультурного середовища, в якому він чи вона існують. В умовах закладу освіти варто влаштовувати демонстрації зі студентами з обговоренням, можна організувати рольові та ділові ігри з різноманітними ролями і можливих ситуацій. Отримуючи роль лікаря, студентів доводиться зіштовхуватися з особистими потребами пацієнта, які можуть гіпотетично виникати в реальній практиці, та вчитися реагувати на

них і шукати всіх можливих способів реалізовувати потреби людини в процесі її лікування. З іншого боку, студенти приміряють ролі різних пацієнтів і ставлять себе на їхнє місце, проживають досвід прийняття та емпатії, рефлексують його і розвивають навичку сприймати людину більш комплексно та цілісно. Рефлексія тут є ключовим аспектом для досягнення навчальної цілі. До речі, робота з рефлексивним щоденником (детальний опис методу ви знайдете в Розділі 4) або інші рефлексивні методики можна використовувати і з метою забезпечити саморефлексію студентів. До прикладу, дати завдання подумати, які аспекти можуть бути важливими особисто для кожної студентки і кожного студента в умовах гіпотетичного лікування, як вони бачать свою власну автономію та суб'єктність у ролі пацієнтки та пацієнта, як вони проживають ці якості в реальному житті.

## 3.4. КОМПЕТЕНТНІСТЬ «ЗДАТНІСТЬ ВИКОРИСТОВУВАТИ ЛЮДИНОЦЕНТРОВАНИЙ ПІДХІД ЯК ОСНОВУ ФІЛОСОФІЇ ВІДНОСИН З ПАЦІЄНТОМ»

Компетентність «Здатність використовувати людиноцентрований підхід як основу філософії відносин з пацієнтом» сформульована робочою групою, яка в рамках україно-швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти» розробила навчальний курс «Людяність та емпатія в роботі

медика» для студентів вищої та післядипломної освіти (лікарів і медсестер).

Із компетентністю корелюють такі результати навчання:

- знати засади пацієнтоцентрованого підходу та його переваги у

застосуванні в лікарській/  
медсестринській комунікації;

- визначати та поважати кордони пацієнтів;
- усвідомлювати суб'єктність пацієнта у взаємодії медика з пацієнтом, враховувати його думку під час прийняття спільних рішень;
- практикувати, поважаючи право пацієнта на конфіденційність,

будуючи взаємини, засновані на довірі;

- знати кризові емоційні стани і стадії горювання та принципи взаємодії з пацієнтами в таких станах і складних ситуаціях;
- проявляти повагу і толерантність у взаємодії з різними людьми, незважаючи на їхні гендерні, вікові й інші характеристики.

## ЗНАННЯ

- знання засад, принципів і переваг пацієнт-центрованого підходу;
- знання принципів побудови довіри у стосунках із пацієнтом;
- знання кризових емоційних станів і того, як вони впливають на взаємодію;
- знання стадій горювання, їхніх проявів і методів комунікації під час горювання;
- знання, що таке конфлікт, причин виникнення, основних стратегій запобігання проявам негативної поведінки в конфліктних ситуаціях.

## СТАВЛЕННЯ

- усвідомлювати суб'єктність пацієнта, практикувати з повагою, проявляючи толерантність до різності.
- демонструвати емпатичне ставлення до пацієнтів і їхніх опікунів.

## НАВИЧКИ

- будувати довіру та партнерські відносини в стосунках із пацієнтом під час консультацій, запобігати конфліктним ситуаціям і виходити з них;
- коректно надавати пацієнтові інформацію й визначати, який рівень деталізації потрібен кожному для прийняття спільного рішення щодо здоров'я;
- дотримуватись права пацієнта на конфіденційність стосовно інформації про його стан;
- практикувати з повагою до кордонів пацієнта і його суб'єктності; усвідомлювати перетин чи порушення кордонів, вміти діяти в разі порушення кордонів;
- оцінювати емоційний стан пацієнтів, використовувати ефективний підхід до пацієнтів у кризових емоційних станах або складних ситуаціях, коректно повідомляти погані новини.

Людиноцентрований підхід у практиці медика розвивається одночасно з розвитком клінічних навичок з догляду за хворими, комунікації з пацієнтами і їхніми опікунами, під час вивчення того, як проводиться опитування, обстеження

тощо. Тобто, починає формуватися на ранніх курсах з вивчення вступу в медичну практику і продовжує вдосконалюватись у вивченні всіх освітніх компонентів, де існує взаємодія медик–пацієнт.



**Предмет:** Догляд за хворими.

**Тема:** Особливості організації догляду за хворими в умовах стаціонару.



**Предмет:** Людність та емпатія в роботі медика.

**Тема:** Толерантність та різноманіття.



**Предмет:** Онкологія.

**Тема:** Комунікація з пацієнтом, у якого діагностовано злоякісне новоутворення. Повідомлення поганих новин. Допомога в кризових емоційних станах.

На нашу думку, специфікою цієї компетентності є те, що вона досі не висвітлюється експліцитно в освітній програмі закладів освіти й водночас дуже сильно залежить від впливу освітнього середовища, яке формує заклад вищої освіти та безпосередньо викладачі. Тобто це компетентність, яка є, з одного боку, світоглядною, а з іншого – потребує знань алгоритмів поведінки в тих чи інших ситуаціях, у рамках комунікаційної компетентності. Для формування людиноцентрованого підходу його повинні практикувати як викладачі, що навчають студентів, так і медики закладів охорони здоров'я, в оточенні яких студенти проходять практику, стаючи частиною медичної спільноти.

У 2021 році україно-швейцарським проектом «Розвиток медичної освіти» спільно з освітянами семи медичних та медсестринських ЗВО розроблено навчальний курс «Людність та емпатія в роботі медика». Курс об'єднав у собі всі важливі аспекти людиноцентрованого підходу і вже внесений до переліку вибіркових дисциплін окремих медичних ЗВО України. Усі матеріали курсу включені в посібник – збірник методичних матеріалів для викладачів медичних ЗВО, які хочуть викладати цей курс у своєму ЗВО або інтегрувати його частини в уже існуючий навчальний матеріал.

Посібник перебуває у вільному доступі на ресурсах проекту.

Якщо інтегрувати елементи компетентності в освітню практику, то найдоцільнішими будуть методи, які найбільше сприяють розвитку ставлення. Наприклад, метод кейсів ілюструє важливі в комунікації медика і пацієнта аспекти: суб'єктність, кордони, довіру, повагу тощо. Обговорюючи ситуації, представлені в кейсах, студенти можуть розвивати власне емпатичне ставлення, комунікативні навички, вивчати підходи й алгоритми дії в тих чи інших кризових ситуаціях, у яких можуть опинитись їхні майбутні

пацієнти. Окремо варто згадати метод рольової гри, коли студенти програють ситуацію, описану в кейсі, і формують вміння, потрібні для людиноцентрованої практичної діяльності. Ситуації, описані в кейсах курсу, максимально наближені до практичної діяльності й демонструють звичні патерни поведінки медиків і пацієнтів, які хотілось би змінити на людиноцентровані. Як використовувати метод програвання розмови з пацієнтами, описано в Розділі 4 посібника «Приклади методів для роботи з компетентностями».

## 3.5. КОМПЕТЕНТНІСТЬ «ОРІЄНТАЦІЯ НА ГРОМАДУ»

**Орієнтація на громаду – це компетентність, яка дає змогу лікареві узгоджувати потреби щодо здоров'я як окремих пацієнтів, так і громади в цілому, з наявними в ній ресурсами.**

Ця компетентність була взята з переліку компетентностей лікарів загальної практики, запропонованих Європейською академією викладачів загальної практики EURACT<sup>33</sup>. Ми свідомо вирішили використати це джерело для розширення бачення можливостей роботи з компетентностями та порівняння різних підходів до роботи з навчанням, орієнтованим на компетентностях.

Освітня програма EURACT окреслює як компетентності в цілому, так і результати

навчання. По суті компетентності і результати навчання є синонімами, адже компетентності й очікувані результати визначають, що саме студент(ка) має здобути (і демонструвати цю якість) наприкінці освоєння компетентності. Тому розгляньмо результати навчання, які пропонує програма:

- розуміння потреб громади, пов'язаних зі здоров'ям через епідеміологічні характеристики населення;
- розуміння взаємозв'язку між здоров'ям і соціальним піклуванням;
- розуміння впливу на здоров'я бідності, етнічної належності та місцевої епідеміології;
- усвідомлення нерівності в охороні здоров'я;

33 Heyrman, J. (2005). EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice.

- розуміння структури системи охорони здоров'я та її економічних обмежень;
- уміння працювати з іншими спеціалістами, залученими до політик громади в галузі охорони здоров'я, й розуміння їхніх ролей;
- розуміння важливості практики та інформації про громаду для забезпечення якості практики;
- розуміння того, як пацієнт і лікар можуть використовувати систему охорони здоров'я (процедури направлення, співплати, листку непрацездатності, юридичних аспектів тощо);
- уміння узгоджувати потреби окремих пацієнтів і потреби громади, в якій вони живуть<sup>34</sup>.

Ми спробували розкласти цілі на компоненти за загальним алгоритмом, якого притримувались в усіх компетентностях.

## ЗНАННЯ

- розуміти, що невід'ємною характеристикою первинної медичної допомоги є її орієнтованість на здоров'я громади;
- розуміти медико-санітарні потреби громади через епідеміологічні характеристики населення, яке живе в ній;
- знати основні проблеми громади, які впливають на здоров'я, та як враховувати їх в процесі лікування. Наприклад:
  - соціальні проблеми, такі як нерівність у доступі до охорони здоров'я, вплив бідності та дискримінації за етнічною належністю;
  - екологічні проблеми, як-от вплив забруднення середовища, підвищення рівня радіації, погіршення екології повітря, вплив шумового забруднення;
- знати норми щодо достатнього забезпечення населення харчуванням та безпечною до вживання водою;
- знати основні санітарні норми життєдіяльності громади (побутові, а також у громадських місцях);
- знати основні принципи охорони здоров'я матері та дитини, включаючи планування сім'ї;
- знати структуру системи охорони здоров'я;
- знати принципи імунопрофілактики вакцин-керованих інфекцій;
- знати принципи профілактики та підходи до боротьби з місцевими ендемічними захворюваннями;
- знати основні проблеми зі здоров'ям у громаді та їх поширеність;
- розуміти, як доносити інформацію

<sup>34</sup> Heyrman, J. (2005). EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice.

до громади про запобігання цим хворобам і лікування їх, а також реабілітацію в разі виникнення ускладнень;

- розуміти взаємозв'язок між медико-санітарною та соціальною допомогою.

## НАВИЧКИ

- вміння застосовувати епідеміологічні навички в наданні первинної медичної допомоги громаді як додаткові до клінічних навичок;
- вміння окреслити сукупність (громаду), за яку відповідає медична служба, що є цільовою сукупністю для спостереження й догляду та знаменною сукупністю для вимірювання стану здоров'я та потреб і оцінювання послуги;
- вміння робити епідеміологічні висновки про стан здоров'я громади;
- вміння обирати та застосовувати програми для розв'язання проблем зі здоров'ям громади або її підгруп у рамках первинної медичної допомоги, що ґрунтуються на епідеміологічних висновках і можуть включати первинну або вторинну профілактику, лікувальну, паліативну чи реабілітаційну допомогу або будь-які комбінації цих заходів;
- вміння залучати громаду до зміцнення здоров'я її жителів, що розглядається як передумова

задовільного та постійного функціонування служби первинної ланки в системі громадського здоров'я;

- вміння уникати фіскальних, соціальних, культурних, комунікаційних та інших бар'єрів у здійсненні медичної практики.

## СТАВЛЕННЯ

- виявлення зацікавленості до життя громади;
- розуміння пріоритетності орієнтованості на громаду;
- розуміння того, що цей аспект роботи первинної ланки не є індивідуальною відповідальністю лікаря, а потребує взаємодії з іншими фахівцями з медичної та немедичної сфери і готовність до взаємодії з ними;
- розуміти необхідність промоції здоров'я серед населення громади, важливість просвітницької діяльності в громаді<sup>35</sup>.

Компетентність «орієнтуватися на громаду» насамперед покликана розширити фокус лікаря від індивідуума до громади. Метафорично це нагадує цілісність організму людини та відповідно необхідність знань не тільки про окрему клітину, а й про весь організм в цілому. За аналогією з іншими компетентностями знання, навички та ставлення, необхідні для розвитку та підтримки здатності

35 Mullan, F., & Epstein, L. (2002). Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *American Journal of Public Health*, 92(11), 1748–1755.

лікаря орієнтуватися на громаду в своїй професійній діяльності, спільно викладаються в межах таких предметів, як Громадське здоров'я, Соціальна медицина, Гігієна з основами екології, Епідеміологія та інших. Програма EURACT наголошує на тому, що орієнтацію на громаду і вплив виміру громади на індивідуальну допомогу можна викладати на різних рівнях знань і складності, але в умовах практики<sup>36</sup>. Тому це варто враховувати

викладач(ам/кам) під час організації освітнього процесу в рамках свого курсу та створювати можливості для роботи студент(ів/ок) з контекстом громади. Через які саме теми викладачі можуть працювати з цією компетенцією, дивіться в прикладах нижче. У будь-якому разі, якщо ви, розглядаючи певну тему, помічаєте чіткий зв'язок із громадою й можете зробити акцент на цьому, не втрачайте цей шанс.



**Навчальна дисципліна:**

Соціальна медицина і основи охорони здоров'я.

**Тема:** Поширеність захворювань, методи вивчення.



**Навчальна дисципліна:**

Громадське здоров'я.

**Тема:** Здоров'я населення і чинники, що на нього впливають.

**Тема:** Нерівності у здоров'ї.



**Навчальна дисципліна:**

Епідеміологія.

**Тема:** Календар вакцинації.

Лікар(ям/кам) важливо знати, як саме аналізувати стан здоров'я громади, робити епідеміологічні висновки та планувати свою роботу в громаді в напрямі запобігання виникненню й поширенню інфекційних та неінфекційних хвороб. Над компонентом знань можна працювати в традиційному лекційному форматі, через роботу в групах з теоретичним матеріалом або ж, даючи завдання для дослідження

студентами самостійно. Однак для розуміння проблем у громаді, які впливають на якість громадського здоров'я, студент(и/ки) потребують безпосереднього спостереження за середовищем зсередини. Дослідження контексту, в якому надається медична допомога, і спостереження за соціальною динамікою громади безпосередньо впливає на розвиток даної компетентності у студент(ів/ок)-

<sup>36</sup> Heyrman, J. (2005). EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice.



медиків. Цьому можуть сприяти візити в заклади охорони здоров'я, заклади соціальної допомоги з наступною рефлексією отриманого досвіду студент(ів/ок) з викладач(ами/ками). Під час проходження інтернатури із загальної практики-сімейної медицини викладач(ам/кам) або ментор(ам/кам) інтернатури також важливо включати в тематику навчальних планів теми, що допоможуть майбутнім сімейним лікар(ям/кам) працювати з орієнтацією на громаду.

### **Варіантами методів навчання, що можуть бути корисними для набуття навичок і формування ставлення, є проєктна робота, ділова гра, робота з кейсами.**

Зосередимось детальніше на перших двох.

Метою проєктної роботи може бути аналіз наявної епідеміологічної ситуації в громаді, визначення основної проблеми та пропозиція рішень задля подолання проблеми. Лікарям важливо усвідомлювати, які найбільш типові проблеми зі здоров'ям є в громаді та які комплексні профілактичні заходи необхідно проводити.

Окрім проєктного методу, над подібними ситуаціями можна працювати і через ділові ігри, де гравцями можуть бути окремі представники громади, місцева влада або органи місцевого самоврядування, локальний бізнес, громадські організації чи окремі

активісти, ЗМІ та інші зацікавлені сторони. Фокус ділової гри може йти на вибудову діалогу між основними впливовими гравцями в громаді та прийняття спільного взаємовигідного рішення, яке задовольнить потреби та інтереси різних гравців і громади в цілому. У діловій грі важливо розвивати стратегічне мислення, вибудовувати тактику наперед, бачити перспективу розвитку подій і прорахувати наслідки того чи іншого рішення громади або її окремих членів. Розвиваючи компетентність орієнтації на громаду, майбутні лікар(и/ки) мають навчитись впливати на стратегічні рішення в громаді, які безпосередньо пов'язані з громадським здоров'ям.

Для лікар(ів/ок)-інтернів дуже важливо розвивати свої комунікативні навички й уміння залучати громаду до зміцнення її здоров'я. Це є передумовою задовільного та постійного функціонування служби первинної ланки в системі громадського здоров'я. В окремих випадках, потрібно вміти комунікувати публічно на рівні громади, активно закликаючи до профілактики чи дій, які впливають на загальний стан здоров'я в громаді.

*Наприклад, виступити на локальному телебаченні з обґрунтуванням потреби вакцинуватися від грипу, що не входить у календар щеплень, проте показаний усім щороку. Студент(и/ки) можуть в ігровій формі тренуватися публічно виступати на різні теми або ж організувати з такою метою студентське ЗМІ.*



## 3.6. КОМПЕТЕНТНІСТЬ «ХОЛІСТИЧНИЙ (ЦІЛІСНИЙ) ПІДХІД»

**Холістичний підхід включає використання біопсихосоціальної моделі, яка враховує культурні та екзистенціальні виміри. Під цією моделлю маємо на увазі біологічні аспекти функціонування організму людини, її психологічний стан і потреби, чинники соціуму, що на неї впливають.**

Холістичний підхід як окрема компетентність окреслений в освітній програмі EURACT. За цією ж програмою ця компетентність передбачає такі результати навчання. Здобувач освіти має продемонструвати:

- знання холістичної концепції та її впливу на догляд за пацієнтом;

- вміння розуміти пацієнта як біопсихосоціального цілого;
- навички трансформації холістичного розуміння в практичні заходи;
- знання культурних і екзистенціальних особливостей пацієнта, які стосуються охорони здоров'я;
- прийняття досвіду, переконань, цінностей та очікувань пацієнта, які можуть впливати на медичне обслуговування<sup>37</sup>.

Відповідно до поставлених цілей та очікуваних результатів навчання, маємо такі елементи компетентності.

### ЗНАННЯ

- знання холістичної концепції та її впливу на піклування про пацієнта;
- знання про емоційні потреби людини в здоров'ї та під час хвороби;
- знання культурних і екзистенціальних особливостей пацієнта, які стосуються охорони здоров'я;
- розуміння структури та цілісності медичної системи й алгоритмів її роботи;

### НАВИЧКИ

- вміння трансформувати холістичне розуміння в практичні заходи;
- вміння інтегрувати в процес піклування про пацієнта біопсихосоціальну модель, яка враховує культурні й екзистенціальні виміри;
- вміння включати в стандартну процедуру опитування та обстеження пацієнта також оцінювання раціону харчування, сну, емоційного стану, управління стресом, фізичної активності й інших щоденних звичок пацієнт(а/ки), які стосуються його стану здоров'я;

37 Heyrman, J. (2005). EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice.

- вміння координувати надання медичної допомоги, яку отримує пацієнт(ка) на різних ланках, зокрема в разі гострих та хронічних станів, що лікуються лікарями загальної практики чи вузькими спеціалістами;
- вміння надавати доказову інформацію пацієнт(ці/у) про всі доступні варіанти медичної допомоги у її(його) стані, вміння давати їй(йому) право вибору, враховуючи особисті переконання, потреби й можливості;
- вміти приймати спільне рішення на основі партнерських стосунків «лікар(ка)–пацієнт(ка)»<sup>38</sup>.

## СТАВЛЕННЯ

- прийняття й розуміння досвіду, переконань, цінностей та очікувань пацієнт(а/ки), які можуть впливати на медичне обслуговування;
- повага вибору пацієнт(ки/та) стосовно бажаного методу та обсягу медичної допомоги, за умови надання вичерпної інформації про всі доступні доказові методи медичної допомоги й наслідки можливої бездіяльності;

- сприймати пацієнт(а/ку) цілісно, враховувати біологічні, психологічні й соціальні потреби людини під час надання медичної допомоги і приймати рішення на основі цілісного сприйняття.

Здобуття знань, розвиток навичок і ставлення для холистичного підходу в наданні медичної допомоги – це результат інтеграції різних навчальних дисциплін, спільного розуміння компетентності й узгодженої взаємодії викладач(ів/ок), розробни(ків/ць) навчальних планів і гарантів програм. Навчання холистичному підходу починається ще на етапі вищої освіти з початком вивчення клінічних дисциплін студент(ами/ками). Біопсихосоціальна модель розуміння здоров'я створює основу для всіх подальших кроків з оволодіння клінічними навичками. Через призму холистичного підходу студент(и/ки) вчать, а лікар(і/ки) на практиці – проводять опитування, обстеження, діагностику, лікування і профілактику хвороб. Холистичний підхід має бути наявний на всіх етапах медичної освіти та формувати формує надання медичної допомоги загалом.

<sup>38</sup> Heyrman, J. (2005). EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice.



### Додипломна освіта

**Навчальна дисципліна:** Пропедевтика внутрішніх хвороб.

Пропедевтика педіатрії.

Пропедевтика хірургії.

**Тема:** Опитування й огляд пацієнта.

А тепер подивимось на рівень планування навчальних активностей. Серед методів навчання EURACT пропонує такі, що можуть бути використані під час занять на клінічних дисциплінах:

- вивчення кейсів, описи одиничних кейсів і презентації;
- відеозаписи інтерв'ю, відеоаналіз клінічних прийомів, симульовані пацієнти;
- групове обговорення, обговорення сам на сам;
- спостереження на практиці, нагляд у практиках із наставником;
- робота з мистецтвом, літературою і фільмами<sup>39</sup>.

У рамках цієї компетентності варто розвивати усвідомлення комплексності людської природи і системне бачення людини та її проблем зі здоров'ям, постійно рефлексувати власну практику



### Післядипломна освіта

**Навчальна дисципліна:** Очна частина інтернатури, навчальна дисципліна «Загальна практика, сімейна медицина».

**Тема:** Холістичний підхід у практиці лікаря загальної практики.

на холістичність. У цьому допоможуть, зокрема, чек-листи, які студенти можуть розробити самостійно як завдання на рівні «створення» за таксономією Блума-Андерсона. Це коли студент(и/ки) вже мають розуміння холістичного принципу і вміють його застосовувати для розв'язання практичних завдань, навчилися аналізувати й оцінювати власні дії відповідно до критеріїв цілісного підходу, тоді вони можуть створювати нові інструменти для вдосконалення власної практики. Для викладач(ів/ок) це можливість дати креативне завдання на засвоєння всієї компетентності та зворотний зв'язок для розуміння, наскільки студент(и/ки) вправно застосовують необхідні знання й навички.

Головне в холістичному підході — це інтегральність усіх дисциплін і градуальне поглиблення знань, навичок і ставлення в процесі навчання. Для досягнення цієї інтегральності в сучасних освітньо-

<sup>39</sup> Heyrman, J. (2005). EURACT educational agenda. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice.

професійних програмах вказують, на яких дисциплінах здобуваються ті чи інші компетентності, які результати навчання очікувати. Тобто від проходження дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» очікується, що студенти чи інтерни не тільки знатимуть особливості роботи лікарів цієї спеціальності і вмітимуть надавати амбулаторну допомогу, а й практикуватимуть холістичне ставлення до пацієнт(ів/ок).

### **І ще раз про інтеграцію.**

У цьому розділі ми вже демонстрували вам через приклади, як різні навчальні дисципліни пов'язані з розвитком одних і тих же компетентностей. Наприкінці розділу хочемо підсумувати цей аспект. Особливістю навчання-орієнтованого-на-компетентності є принцип інтеграції, який передбачає,

що кожна конкретна компетентність не вичерпується лише в одному конкретному освітньому компоненті або темі, а радше інтегрується в різні дотичні дисципліни та здобувається поступово від курсу до курсу з поглибленням знань і відточенням навичок, усвідомленим проживанням ставлення. У такий спосіб усі елементи компетентності поступово в міру їх засвоєння збираються в єдину структуру й забезпечується цілісність компетентності, будуються комплексні зв'язки та системне бачення компетентності у сферах її практичного застосування й у різних контекстах. Тому важливо враховувати навчальні цілі та результати конкретної дисципліни для розуміння, з яким обсягом знань і навичок з конкретної компетентності потрібно працювати в рамках цієї дисципліни та який аспект ставлення формувати у студентів у рамках окремого освітнього компоненту.

РОЗДІЛ 4.

# ПРИКЛАДИ МЕТОДІВ ДЛЯ РОЗВИТКУ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ

У цьому розділі ми пропонуємо Вашій увазі деякі з варіантів організації освітньої діяльності, а саме опишемо методи викладання й навчання, які можна використовувати для досягнення результатів навчання на різних рівнях – знань, навичок і ставлення. Варто зауважити, що більшість методів залучають одразу кілька рівнів, але для зручності користування посібником наведені методи згруповані так:

- отримання та засвоєння знань;
- відпрацювання комунікативних навичок і розв'язування завдань;
- закріплення знань та формування ставлення.

Плануючи освітню діяльність, важливо пам'ятати про принцип конструктивного узгодження, тобто орієнтуватися на визначені результати навчання та планувати відповідні методи оцінювання. Також будь-який метод важливо адаптовувати до цілей, рівня підготовки студентів та студенток, кількості студентів у групі тощо. Окремо для деяких методів наводимо приклади адаптації до освітньої діяльності в онлайн-форматі.

## **ОТРИМАННЯ ТА ЗАСВОЄННЯ ЗНАНЬ**

Лекція, коли матеріал подається викладачем у готовому вигляді через презентацію й пояснення, є найбільш звичним способом викладу матеріалу та цілком достатнім, якщо ми говоримо про перший рівень таксономії Блума-

Андерсона – запам'ятовування. Проте для забезпечення більш цілісного підходу до вивчення матеріалу й залучення інших рівнів лекції можна доповнювати інтерактивними елементами та ширше застосовувати горизонтальні формати роботи.

## **ЕЛЕМЕНТИ, ЯКІ МОЖНА ІНТЕГРУВАТИ В ЛЕКЦІЇ:**

- Проблемна ситуація. Викладач(ка) формулює проблемну ситуацію і супроводжує студентів у пошуку способів розв'язання.
- Заплановані помилки. На початку лекції викладач(ка) дає студентам список помилок (наприклад, діагностичні, поведінкові або етичні помилки лікарів), які вони мають фіксувати протягом лекції. У кінці відбувається розгляд помилок.
- Обговорення. У ході лекції викладач(ка) може ставити запитання, які допомогли б зв'язати поданий матеріал із попередніми знаннями або резюмувати й засвоїти нове знання.

***Візуалізація, використання медіаматеріалів, наприклад навчальних фільмів, допомагають залучати різні канали сприйняття інформації***

## 4.1. ЛЕКЦІЯ ІЗ ЗАЛУЧЕННЯМ СТУДЕНТ(А/КИ)

**Рівень:** знання, навички, ставлення

Для яких цілей може застосовуватися метод:

- отримання знань з конкретної теми;
- відпрацювання навичок визначення навчальних цілей в процесі дослідження теми;
- відпрацювання навичок пошуку, аналізу й оцінювання джерел інформації;
- розвиток навичок дослідження теми, інтерпретації теорій, фокусування на основному;
- розвиток навичок презентувати теоретичний матеріал та власні відкриття на групу, візуалізувати матеріал та пояснювати його іншим студентам;
- розвиток навичок навчатися та формування проактивної позиції в процесі навчання;
- рефлексія власних відкриттів студенток і студентів.

### ОПИС МЕТОДУ:

Лекція із залученням студент(ів/ок) — це такий формат роботи, який поєднує і суто фронтальний (лекційний) підхід до подання матеріалу викладачем з можливістю проактивної участі студент(ів/ок) у ролі дослідників окремих аспектів теми та осіб, які презентують теорії та концепції. Цей метод дає змогу внести додаткову

перспективу в розгляд теми, стимулювати інтерес у студент(ів/ок) до ґрунтового аналізу окремих аспектів теми, формувати власну позицію та погляди на основі спільних дискусій, рефлексії й отримання зворотного зв'язку від викладача.

Важливим тут є розуміння, що викладач(ка) не перекладає свою функцію на студента, у нього з'являється додаткова роль — ментора, яка передбачає супровід у дослідженні теми. Викладач(ка) направляє студент(ів/ок) у пошуку необхідної інформації, стимулює використовувати все різноманіття доступних фахових джерел і ресурсів, мотивує допитливість і креативність у пошуку рішень та подання матеріалу, а також контролює достовірність матеріалу, який подається студент(ом/кою) на групу, і дає детальний зворотний зв'язок.

Цей метод відрізняється від звичної індивідуальної роботи, наприклад підготувати й захистити реферат. По-перше, має бути різниця у сприйнятті студент(а/ки) як партнер(а/ки) в такому лекційному форматі, з відповідною відкритістю до ідей та пропозицій, розділеною відповідальністю за результат і процес. Це не означає, що компетентності студент(а/ки) прирівнюються до компетентностей викладач(а/ки), а радше допомагає викладач(еві/ці) створювати простір для формування автономії студент(а/ки), усвідомленої роботи з навчальними цілями й відповідальності за колективний освітній процес.

## ХІД ПРОВЕДЕННЯ:

1. Викладач(ка) спільно зі студент(ами/ками) окреслюють та пріоритезують коло питань для дослідження теми, яка вивчається, ставлять навчальні цілі в рамках лекції. Викладач(ка) виокремлює теоретичний матеріал, який потрібно дослідити студент(ові/ці), та ставить чітке завдання, що саме має зробити студент(ка). Спільно визначають дедлайн і за необхідності домовляються про можливу підтримку чи супровід роботи студент(а/ки) викладач(ем/кою);
2. Студент(ка) досліджує тему відповідно до поставленого завдання, у разі потреби консультується з викладач(ем/кою) онлайн або в прийомні години, фіксує свої питання, спостереження, висновки та рефлексії щодо досліджуваної теми. Перед фінальною підготовкою матеріалів до презентації на лекції студент(ка) надсилає викладач(еві/ці) змістовну частину, яку пропонує до розгляду на лекції, та отримує зворотний зв'язок. Після зворотного зв'язку студент(ка) допрацьовує, якщо є потреба, матеріал та готує всі необхідні матеріали для подання на лекції. За можливості студент(ка) може запропонувати технічні рішення для презентації матеріалу – онлайн-платформи чи мобільні додатки, переглянути відео, ознайомитись із текстом та інше;
3. Під час лекції студент(ові/ці) виділяється час на презентацію й

на запитання і зворотний зв'язок від групи та викладач(а/ки). Можна розглядати різні варіації зворотного зв'язку. Наприклад, група може сконцентруватися на змістовній частині лекції, а викладач(ка) – на навичках презентації студент(а/ки) чи навпаки;

4. Лекцію можна завершити короткою рефлексією теми, яка подавалася, особливо, якщо вдалось розкрити різні перспективи та погляди на теорію, щоб студент(и/ки) могли для себе закріпити розуміння ключових моментів теми, ідентифікувати, з чим виникають складнощі, та визначити вектори заглиблення в неї.

## ВАЖЛИВО:

! Врахувати час для підготовки студент(а/ки). Варто на початку курсу заявити про теми та можливу залученість студент(ів/ок) у такому форматі й виявити потенційно зацікавлених студент(ів/ок). Уже ближче до лекції дати завдання наперед, щоб студент(ка) мала достатньо часу дослідити тему та підготувати матеріали. Викладач(ка) може стимулювати студент(ів/ок) до участі додатковими балами – оцінюванням цієї роботи.

***! Звернути особливу увагу на презентаційні навички студент(а/ки) і дати поради, як їх покращити, як зацікавити групу й утримати увагу аудиторії, як подати матеріал цікаво та стимулювати дискусію і включеність групи.***



## РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ:

- **На рівні знань** студент(и/ки) мають можливість заглибитись у вивчення матеріалу з окремої теми, теоретизувати власні знання, дослідити ту чи іншу теорію та поділитися власними відкриттями й дослідженнями з теми з групою.
- **На рівні навичок** студент(и/ки) вчатьса самостійно досліджувати тему, розбиратися з новими поняттями й моделями, аналізувати теоретичний матеріал, оцінювати якість інформації та джерел, ставити запитання і шукати відповіді, рефлексувати та презентувати свої напрацювання іншим студент(ам/кам) і викладач(ам/кам).
- **На рівні ставлення** метод допомагає стимулювати у студент(ів/ок) інтерес та особисту мотивацію до дослідження теми, студент(и/ки) формують автономність, відповідальність за результати навчання, мають можливість переключитися з пасивної ролі отримувача знань від «носія» до активнішої дослідницької ролі в процесі отримання нових знань.

### А ЯК ЩОДО ОНЛАЙНУ?

- Можна записувати відеолекцію для асинхронної роботи студентів (самостійно в зручний час передивляються матеріал) на окремих онлайн-платформах, як-то Loom чи Canva.



- Якщо хочеться мати «живу» лекцію, можна скористатися платформою Zoom та попіклуватися про додаткові можливості для інтерактиву в групі. Адже залученість в онлайн-навчанні відрізняється від взаємодії в аудиторії. Це можуть бути:
  - опитування та зворотний зв'язок в Sli.do, Mentimeter, Kahoot;
  - робота з інтерактивною дошкою JamBoard, Miro;
  - візуальна презентація Canva.



### ПРИКЛАД:

Викладачі можуть використовувати цей метод з метою розглянути окремі аспекти конкретної теми, важливі для розширення перспективи та об'ємнішого вивчення теми. Наприклад, вивчаючи нозологію, студент може дослідити актуальні міжнародні протоколи з нозології та презентувати ключові моменти для групи або останній кохранівський огляд щодо вибору препаратів першої лінії для монотерапії чи комбінованої терапії при гіпертонічній хворобі<sup>40</sup>.

40 Garjon, J., Saiz, L. C., Azparren, A., Gaminde, I., Ariz, M. J., & Erviti, J. (2020). First-line combination therapy versus first-line monotherapy for primary hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2).

## 4.2. РОБОТА У ГРУПАХ З МАТЕРІАЛОМ

**Рівень:** знання, навички

Для яких цілей може застосовуватися метод:

- засвоєння знань з теми;
- розвиток навичок аналізу інформації;
- розвиток навичок презентації, лаконічного подання інформації;
- розвиток навичок роботи в команді.

### ОПИС МЕТОДУ:

Студент(и/ки) самостійно освоюють теоретичний матеріал у малих групах і презентують одне одному. У такий спосіб відбувається робота як на рівні запам'ятовування, так і на рівні розуміння матеріалу.

### ХІД ПРОВЕДЕННЯ:

1. Група ділиться на кілька підгруп, кожна з яких отримує текст по темі для ознайомлення. Завдання кожної з менших групи — ознайомитися зі своєю частиною та підготувати презентацію для іншої групи.
2. Групи презентують одне одному матеріал. Можливе використання візуалізації чи інтерактивної презентації.
3. Викладач(ка) коментує, якщо в презентації були неточності, або ставить додаткові питання.

### ВАЖЛИВО:

***! Метод може бути доречним там, де матеріал можна поділити на окремі змістовні блоки і у студент(ів/ок) вже є певний багаж знань з даного курсу.***

### ПРИКЛАД:

Цей підхід в освітньому процесі можна застосувати, скажімо, для вивчення додаткових аспектів теми заняття. Так, вивчаючи календар щеплень в Україні, можна вивчити також рекомендації щодо вакцинації, що не є обов'язковим, проте рекомендується особам різних вікових груп чи груп ризику. Для цього групу можна поділити на 3 підгрупи (3–4 студенти в кожній) і запропонувати матеріали для вивчення таких підтем: вакцинація осіб похилого віку, вакцинація осіб з імунодефіцитними станами, рекомендовані вакцини й ревакцинації у дорослому віці тощо.

Ще один приклад тематики для роботи в малих групах — це вивчення підходів до амбулаторного ведення пацієнт(ів/ок) з різними стадіями серцевої недостатності.

### А ЯК ЩОДО ОНЛАЙНУ?

- Важливо пам'ятати про обмеження нашої уваги. Часовий діапазон сприйняття інформації аудиторією (audience attention span) оцінюється від 7 до 20 хвилин. Тому кожні 15–20 хвилин варто робити інтерактивні вставки. Це можуть бути:

- питання від студент(ів/ок) щодо матеріалу;
  - інтерактивні опитування, наприклад кілька питань на засвоєння стосовно щойно пройденого матеріалу (для цього, наприклад, безкоштовно можна використовувати такі інструменти як sli.do та mentimeter.com);
  - кілька хвилин зробити рухливі вправи, дати очам відпочити від монітора.
- Використовувати можливості асинхронного навчання (самостійне вивчення студентами матеріалу в зручний для них час). Це можуть бути:
    - попередньо записані короткі відео;

- додаткові текстові матеріали.

## ВІДПРАЦЮВАННЯ КОМУНІКАТИВНИХ НАВИЧОК І РОЗВ'ЯЗАННЯ ЗАВДАНЬ

Для лікарів сімейної медицини добре розвинуті комунікативні навички особливо важливі. Для їх розвитку необхідно використовувати практичні вправи. Участь в обговоренні дає змогу досягати результатів навчання у сфері пізнання не лише на рівні запам'ятовування й відтворення, а й на інших рівнях таксономії Блума-Андерсона. Варто зазначити, що йдеться не тільки і не стільки про опанування технік комунікації, скільки про формування пацієнт-орієнтованого ставлення.

## 4.3. ПРОГРАВАННЯ РОЗМОВИ З ПАЦІЄНТ(ОМ/КОЮ)

**Рівень:** знання, навички, ставлення

Для яких цілей може застосовуватися метод:

- закріплення знань з проведення розмови з пацієнт(ом/кою);
- відпрацювання навичок комунікації;
- підготовка до різних ситуацій, що можуть виникнути під час роботи із пацієнт(ами/ками);
- усвідомлення через практику, у чому проявляється ставлення лікар(я/

ки) в розмові, зокрема пацієнт-орієнтований підхід, емпатія;

- рефлексія власного ставлення завдяки зворотному зв'язку.

### ОПИС МЕТОДУ:

Програвання розмови з пацієнт(ом/кою) – варіація рольової гри, під час якої студент(и/ки) програють різні ситуації в ролях лікар(я/ки) та пацієнт(а/ки) і дають зворотний зв'язок одне одному.

## ХІД ПРОВЕДЕННЯ:

1. Група ділиться на трійки. Всередині трійки визначається, хто буде лікар(ем/кою), хто пацієнт(ом/кою), хто спостерігач(ем/кою). Усі «пацієнт(и/ки)» витягують картки з описом ситуації і свого типуажу й ознайомлюються з ними;
2. У кожній з трійок відбувається програвання ситуації між «лікар(ем/кою)» і «пацієнт(ом/кою)». «Пацієнт(ка)» орієнтується на роль, описану на картці. «Лікар(ка)» застосовує свої знання проведення розмови з пацієнт(ом/кою) відповідно до ситуації. Спостерігач(ка) не втручається в розмову, але стежить за її ходом, може робити нотатки – що було добре, що можна було б зробити інакше, на що варто звернути увагу;
3. Після цього відбувається аналіз у трійках. Спочатку своїми враженнями ділиться «пацієнт(ка)», потім хід розмови аналізує «лікар(ка)», в кінці спостерігач/ка надає зворотний зв'язок і свої рекомендації, як можна було б поліпшити розмову, на що варто звернути увагу;
4. Далі студент(и/ки) міняються ролями у трійках так, щоб кожен побував у всіх ролях. «Пацієнт(и/ки)» щоразу отримують нову ситуацію. Так, кожна з груп матиме досвід роботи у трьох різних ситуаціях;

5. На завершальному етапі важливо провести рефлексію з усією групою та обговорити:

- які складнощі виникали під час розмови з «пацієнт(ами/ками)» та як із ними можна справлятися;
- у чому проявляється ставлення лікар(я/ки), на що варто звертати увагу.

### **ВАЖЛИВО:**

***! Перед проведенням цієї вправи важливо, щоб студент(и/ки) були ознайомлені з принципами конструктивного зворотного зв'язку.***

### **РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ:**

На рівні знань студент(а/ки) застосовують отримані знання щодо проведення розмови з пацієнт(ом/кою), щодо збору необхідних даних для постановки діагнозу.

На рівні навичок розвивають навички комунікації, аналізу, володіння державною мовою. Завдяки перебуванню в ролі спостерігача розвивають навички спостереження та надання зворотного зв'язку.

На рівні ставлення студент(а/ки) розвивають емпатію завдяки можливості побути на місці пацієнта, розуміють, у чому проявляється пацієнт-орієнтований підхід, та аналізують власне ставлення.

## **СИТУАЦІЯ 1. ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ**

Пацієнт: Чоловік, 42 р. Група ризику з гострого порушення кровообігу, адже у батька у віці 63 р. і у брата у віці 50 р. було гостре порушення мозкового кровообігу – ішемічний інсульт. Пацієнт зловживає алкоголем, надає перевагу смаженій і жирній їжі в раціоні, має надлишкову вагу і не має фізичних навантажень відповідно до свого віку. Завдання пацієнта – опиратись рекомендаціям лікаря й відмовлятися їм довіряти, демонструвати небажання змінювати спосіб життя і харчові звички.

Лікар: Завдання лікаря – переконати пацієнта змінити спосіб життя: вживати здорову їжу, бути фізично активним відповідно до свого віку, знизити дозу алкоголю до прийнятної на тиждень.

## **СИТУАЦІЯ 2. ЛІКИ З ІНТЕРНЕТУ**

Пацієнтка: Скаржиться на періодичні болі в животі, нудоту і часте випорожнення. Під час розмови виявляється, що також її турбує головний біль двічі–тричі на тиждень, який вона лікує нетрадиційними методами – медитацією, дихальними вправами, вживанням індійських трав (які вона знайшла і придбала через інтернет). Диспептичні розлади виникають після прийому індійських трав. Припинити їх застосовувати відмовляється, адже вірить у їхню ефективність і не пов'язує диспептичні розлади з їх вживанням. Також відмовляється обстежитись для визначення причин головного болю і застосування етіопатогенетичного лікування.

Лікарка: завдання – провести опитування і виявити всі симптоми, вмовити пацієнтку на діагностику, виявити причини головного болю, призначити етіологічне (або патогенетичне) лікування, спробувати з'ясувати склад препаратів, які вживає пацієнтка, і вмовити відмовитись від невідомих ліків, що, очевидно, шкодять їй (у діалозі виявляє, що нудота і часте випорожнення викликані застосуванням цих препаратів).

## **СИТУАЦІЯ 3. МАМА АНТИВАКЦИНАТОРКА**

Пацієнтка: Мати 3-місячного немовляти. Натуропат, відмовляється проводити щеплення для своєї дитини, аргументуючи це тим, що організм має навчитися сам боротися з будь-якими інфекціями.

Лікар: Завдання – виявити причини відмови від вакцинації, в розмові аргументувати потребу у проведенні вакцинації для дитини.

## **А ЯК ЩОДО ОНЛАЙНУ?**

- Можна використовувати різні інтерактивні онлайн-інструменти. Наприклад, Slido.

Студенти одночасно можуть надсилати свої відповіді. Голосувати за відповіді одне одного, які вважають правильними. Викладач(ка) коментує, звертає увагу на помилки або неточності. У такий спосіб усі одночасно можуть працювати, а не лише одна людина дає відповідь.

## 4.4. АКВАРІУМНА ДИСКУСІЯ

**Рівень:** знання, навички, ставлення

Для яких цілей може застосовуватися метод:

- опрацювання навчального матеріалу, зміст якого пов'язаний із суперечливими підходами, конфліктами чи розбіжностями;
- відпрацювання навичок комунікації, активного слухання;
- відпрацювання навички аргументувати свою думку.

### ОПИС МЕТОДУ:

«Акваріум» – формат дискусії, що дає можливість конструктивно обговорювати складні теми у великій групі завдяки певній організації простору, внутрішньому колу тих, хто безпосередньо бере участь у дискусії, та зовнішньому колу спостерігачів і можливості переходити між ними.

### ХІД ПРОВЕДЕННЯ:

1. Підготовка простору. У внутрішньому центральному колі розміщується п'ять стільців для тих, хто безпосередньо братиме участь в обговоренні. Усі інші займають місця у зовнішньому колі або в аудиторії. Головне, щоб усім було добре чути те, що говорять у внутрішньому колі.
2. Оголошується тема дискусії.

3. Можливі два варіанти організації обговорення в «Акваріумі»:

- закритий варіант: перша група студентів займає місця у внутрішньому колі і обговорює тему. Після певного часу вони звільняють місця для наступної групи;
- відкритий варіант: перші чотири людини, які готові висловитися, займають місця у внутрішньому колі, а один стілець залишається вільним. На це місце може сісти будь-хто із зовнішнього кола, коли зрозуміє, що готовий/готова долучитися до обговорення. Якщо людина із внутрішнього кола висловила свою думку і поки що немає що сказати, то вона встає і переходить у зовнішнє коло. Так відбувається ротація тих, хто обговорює тему у внутрішньому колі.

4. Од(ин/на) студент(ка) може нотувати основні думки і тези й зробити коротке резюме в кінці обговорення.

Реалізація компетентнісного підходу:

**На рівні знань** студент(и/ки) закріплюють вивчений матеріал, застосовуючи отримані знання для формування власної думки та аргументування своєї позиції.

**На рівні навичок** студент(и/ки) відпрацьовують навички комунікації,

активного слухання, вміння аргументувати.

**На рівні ставлення** студент(и/ки) вчать поважати думки інших, краще розуміють власне ставлення через обговорення суперечливих тем. Перебування в ролі спостерігач(а/ки) дає змогу зосередитися на обдумуванні теми, саморефлексії та формуванні власного ставлення.

### **А ЯК ЩОДО ОНЛАЙНУ?**

Дискусію «Акваріум» можна проводити

також онлайн. Для цього в учасників має бути можливість вмикати й вимикати камеру. Так ті, хто мають увімкнені камери, ніби перебувають у внутрішньому колі і після 2–3 реплік можуть вимкнути камеру, звільнивши у такий спосіб місце для когось іншого. Викладач(еві/ці) важливо підтримувати розмову, ставити додаткові уточнювальні запитання, питати про протилежні позиції й забезпечувати ротацію, щоб усі мали можливість висловитися.

## **4.5. РОБОТА З КЕЙСАМИ, АБО МЕТОД КЛІНІЧНИХ ЗАВДАНЬ**

**Рівень:** знання, навички, ставлення

Для яких цілей може застосовуватися метод:

- відпрацювання навичок швидкого аналізу та синтезу інформації, класифікації інформації, визначення/розрізнення суттєвих і несуттєвих деталей;
- відпрацювання навичок критичного мислення;
- відпрацювання навичок генерації рішень та альтернатив;

- відпрацювання навичок роботи в команді;
- відпрацювання навичок комунікації (активне слухання, участь у дискусії тощо);
- розвиток розуміння важливості відповідальності й уважності до деталей у своїй роботі.

### **ОПИС МЕТОДУ:**

Робота з кейсами (кейс-метод, метод клінічних завдань) — це техніка навчання, що використовує опис реальних чи типових клінічних ситуацій-



кейсів. Вони ґрунтуються на фактичному життєвому матеріалі або ж є максимально наближеними до життєвої ситуації, з якою можуть стикнутися студент(и/ки) у своїй майбутній медичній практиці.

**Студент(и/ки) вивчають ситуацію і залежно від мети вправи виконують одне з поставлених завдань:**

- визначають проблему, описану в кейсі;
- напрацьовують рішення або шукають альтернативу для рішення, викладеного в кейсі;
- визначають тактику та стратегію подальших дій.

Метод передбачає роботу в групі і дає змогу застосувати теоретичні знання до розв'язання практичних завдань. Одна з його цілей – навчити студент(ів/ок) аналізувати складні багатокomпонентні завдання, які неможливо розв'язати аналітичним способом, та уникати типових помилок під час роботи у схожих ситуаціях.

**Рекомендується, щоб кейси, з якими студент(и/ки) працюватимуть, відповідали таким критеріям:**

- мали відповідний рівень складності (не надто складні, але й не надто прості для студентів відповідного року навчання);
- були актуальними для нашого часу, однак і не старіли занадто швидко;
- були зрозумілими в контексті міста чи країни;
- ілюстрували типові клінічні ситуації;

- мали кілька розв'язань.

## **ХІД ПРОВЕДЕННЯ:**

1. У рамках доаудиторної роботи пропишіть кілька реальних кейсів з лікарської практики або ж складіть список типових «збірних» кейсів. Ці кейси мають безпосередньо стосуватися теми, яку на даний момент розглядають студент(и/ки) в рамках курсу, та компетентності, яку намагаються розвинути. Наприклад, якщо наразі студент(и/ки) працюють над розвитком компетентності «Здатність до ведення медичної документації», то кейси мають демонструвати, як непослідовні чи недбалі записи можуть зумовити негативні наслідки для здоров'я пацієнт(ів/ок), порушувати їхнє право на конфіденційність особистої інформації та даних про стан здоров'я пацієнт(а/ки), а також мати юридичні наслідки для лікар(я/ки) чи лікувального закладу (більше про це у розділі «Приклади компетентностей»);
2. Коли кейси готові, підготуйте для студентів роздруківки, що міститимуть:
  - назву та опис кейса;
  - навчальні цілі кейса (які навички та ставлення він розвиває);
  - завдання до виконання (цей кейс вимагає визначення проблеми, прийняття рішення, пошуку альтернативи, визначення тактики для подальших дій або



розроблення стратегії)\*;

- запитання до обговорення;
- довідкові матеріали для студент(ів/ок);
- посилання на додаткові ресурси для самостійного вивчення.

*\*Рекомендовано, щоб на занятті були представлені всі три типи кейсів;*

3. На занятті презентуйте кейс-метод і поясніть його цілі. Об'єднайте студент(ів/ок) у малі групи (до 5 людей в команді) і роздайте або дозвольте їм самим обрати собі кейс навмання. Дайте групам час на роботу з кейсом і додатковими матеріалами (залежно від тривалості заняття, але не менше 30 хв.);
4. Після того, як збіг час, запросіть команди презентувати результати своєї роботи перед аудиторією. Після своєї презентації кожна команда отримує час на дискусію з аудиторією (додаткові коментарі й запитання від своїх колег), а також зворотний зв'язок з викладач(ем/кою).

## **РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТНОГО ПІДХОДУ:**

**На рівні знань** студент(и/ки) застосовують відповідні вже набуті знання у сфері медицини для визначення проблеми, формування її розв'язання або розроблення стратегії.

**На рівні навичок** студент(и/ки) розвивають навички комунікації, аналізу

інформації, ведення дискусії й роботи в команді. У роботі з кейсом, що потребує визначення проблеми, вони розвивають навички критичного мислення, у роботі з кейсом, що вимагає розроблення стратегії — навички розуміння причинно-наслідкового зв'язку та довгострокових наслідків різних рішень.

**На рівні ставлення** студент(и/ки) розвивають відповідальність та уважність до деталей у своїй роботі, а також розуміння важливості аналізу своєї роботи й зворотного зв'язку щодо неї.

## **А ЯК ЩОДО ОНЛАЙНУ?**

Метод роботи з кейсами легко адаптується під онлайн. Додаток Zoom дає можливість створювати так звані Breakout Rooms — окремі кімнати, куди команди зможуть «вийти» із загальної кімнати. Також дозволяє створювати кімнати і у безкоштовній версії. Альтернативно, можна попросити команди самоорганізуватись для спільної роботи та здзвонитися окремо, а потім повернутися до спільного дзвінка.

## **ПРИКЛАД КЕЙСА<sup>41</sup>:**

**Клінічна ситуація А:** Пані Мохаммед

До вас на консультацію прийшла пані Мохаммед. Їй 63 роки, заміжня і має п'ятеро дітей. Вона з Марокко, але 10 років проживає в Україні. Українська мова виявилася для неї дуже складною. Вона достатньо розуміє

<sup>41</sup> Джерело: Модернізація медичної освіти шляхом формування клінічного мислення кейс-методом (CBCR) / Посібник за редакцією Олле тен Кате, Марії ван Лон, Гаяне Сімонія, 2014, 217 с.

її, якщо сконцентрується. Жінка може розмовляти українською на помірному рівні, але досі хоче говорити рідною мовою. Ви бачили її двічі. Вперше – під час ознайомчої зустрічі близько двох років тому. Вона звернулася до Вас через втому, причин якої, зрештою, не було знайдено. Під час другої зустрічі пані Мохаммед розповіла вам, що хвилюється з приводу свого слуху, бо помітила, що розуміє людей дедалі менше, й зараз її оточення скаржиться на її постійні «Що ви говорите?», коли в неї щось питають або до неї звертаються.

#### **Запитання для обговорення:**

**Запитання 1:** Визначте причину звернення по допомогу. Чому хороший слух є особливо важливим для цієї пацієнтки?

**Довідкова інформація для викладач(а/ки), яка спостерігає за роботою студент(ів/ок), виправляє (тільки за необхідності) й оцінює результати:**

*У цьому «зверненні по допомогу» стурбованість пацієнтки щодо втрати слуху відіграє особливу роль. Важливо, щоб студент(и/ки) зрозуміли, що втрата слуху серед пацієнт(ів/ок) іммігрантів може посилити потенційний мовний бар'єр. Якщо людина не може правильно розуміти бесіду, мовлення також стає дедалі складнішим.*

#### **Завдання для обговорення кейса:**

1. Зробіть початкову класифікацію можливих причин основної скарги.

2. Подумайте спочатку про анатомію і категорії захворювань, ви не повинні одразу визначити діагноз.

**Запитання 2:** Які додаткові запитання під час збирання анамнезу Ви можете згадати, щоб розрізнити різні групи уражень?

#### **Інформація для обговорення**

З анамнезу відомо, що пані Мохаммед не знає точно, коли почалися проблеми зі слухом. Здається, що слух погіршувався поступово. Травми нещодавно не було. Вона не підпадала під дію шуму. Вона помітила, що часто робить телевизор гучніше. Під час розмови рідною мовою проблеми зі слухом не зникають, але не так помітні. У дитячому віці вона часто хворіла на вушні інфекції. Запаморочення немає, але її вже кілька місяців турбує дзвін у вухах. Вона не помічала різниці у сприйнятті між правим і лівим вухом.

**Запитання 3:** Які діагнози тепер є більш імовірними?

#### **ЗАКРІПЛЕННЯ ЗНАНЬ І ФОРМУВАННЯ СТАВЛЕННЯ**

Коли мова йде про рівень ставлення, може бути складно спланувати освітню діяльність, яка безпосередньо працювала б із цим рівнем. Тому важливу роль мають спостереження та саморефлексія як невід'ємні елементи набуття нового знання й досвіду.

## 4.6. РЕФЛЕКСИВНИЙ ЩОДЕННИК

**Рівень:** навички, ставлення

### ЦІЛІ:

- розвиток навичок аналізу та рефлексії;
- аналіз власного ставлення, спостереження за тим, які зараз є цінності/установки щодо теми і як вони, можливо, змінюються.

### ОПИС МЕТОДУ:

Рефлексивний щоденник – формат індивідуальної роботи (зі щоденником у вільній формі або з поставленими запитаннями). Ведення щоденника допомагає висловити/сформувані свої думки, відрефлексувати отриманий досвід, краще зрозуміти власне ставлення.

### Приклади використання рефлексивного щоденника в лікарській практиці:

Студент(и/ки), ділячись власним досвідом спілкування з пацієнт(ом/кою) із цукровим діабетом, можуть відрефлексувати стосовно того, з якими складнощами стикається сімейн(ий/а) лікар(ка) в менеджменті таких випадків: які модифікації харчування, способу життя, фізичної активності необхідні і які культурні бар'єри можуть цьому перешкоджати.

Урахування світоглядних позицій пацієнт(а/ки) (відмова від вживання м'яса через небажання шкодити живим істотам) під час лікування залізодефіцитної анемії. Як, поважаючи

світогляд пацієнта, дати коректні рекомендації щодо способу життя, харчування й фармакотерапії.

Такі кейси для рефлексивного щоденника є прикладами потреби реалізації холістичного підходу у веденні пацієнт(а/ки) – компетентності лікар(я/ки) загальної практики. Адже врахування світогляду пацієнт(ів/ок) та їхньої культури є компонентами біопсихосоціальної моделі взаємодії.

### ХІД ПРОВЕДЕННЯ:

У кінці останньої лекції з певної теми курсу студенти отримують запитання для роботи з рефлексивним щоденником, який заповнюють самостійно.

### МОЖЛИВІ РІЗНІ ВАРІАЦІЇ РОБОТИ ЗІ ЩОДЕННИКОМ:

- студент(и/ки) можуть отримувати нове запитання для роботи зі щоденником після кожного заняття;
- студент(и/ки) працюють з одним запитанням протягом кількох занять (якщо потрібно відстежувати зміну у ставленні чи проаналізувати розвиток навички);
- студент(и/ки) індивідуально працюють зі щоденником між заняттями, а на початку заняття у парах обговорюють свої відповіді на запитання. Якщо залишаються відкриті запитання, озвучують їх викладач(еві/ці).

## **ВАЖЛИВО:**

***! Запитання варто формулювати відкритими, тобто такими, які спонукають дати розгорнуту відповідь (замість «Чи Ви згодні з висловленою позицією?») запитайте «Якими є Ваші міркування щодо розуміння культури пацієнт(а/ки) і призначення такої схеми лікування, яка не суперечила б їхнім цінностям?»).***

***! У кінці курсу важливо обговорити, наскільки корисною була робота зі щоденником, що вдалося зрозуміти. Це потрібно для того, щоб закріпити інсайти, отримані в ході індивідуальної роботи.***

***! Важливо враховувати, що формат роботи зі щоденником може виявитися не для всіх однаково ефективним. Тому цей метод варто комбінувати з іншими, наприклад відкритою дискусією.***

## **РЕАЛІЗАЦІЯ КОМПЕТЕНТНІСНОГО ПІДХОДУ:**

***На рівні навичок*** студент(и/ки) можуть поліпшити свої навички аналізу й рефлексії, як важливого компонента розвитку емпатії та клінічного мислення.

***На рівні ставлення*** – аналізують власні установки й цінності, завдяки регулярній рефлексії можуть відстежувати зміни у ставленні.

Рефлексія дає можливість усвідомити свою діяльність, засвоїти знання, зрозуміти власне ставлення, таким чином розуміючи, з чим ще потрібно попрацювати, які внутрішні установки

заважають бути ефективними чи, навпаки, можуть допомогти. Також розвиток рефлексії важливий для безперервного навчання. Допомагають інтегрувати знання різних предметів.

## **Приклад запитань для рефлексивного щоденника, які можна застосовувати для розвитку компетентностей:**

Загальна компетентність «Здатність приймати обґрунтоване рішення; працювати в команді; навички міжособистісної взаємодії».

- На що я опираюся, коли приймаю рішення?
- Що мені вдалося і що не вдалося під час роботи в команді?
- Зі свого досвіду роботи в команді, як би я назвав/назвала свою стратегію співпраці з іншими? Я виступаю більше в ролі лідера, командного гравця чи радше спостерігача? Я радше схильн(ий/а) підштовхувати групу до спільного рішення чи, навпаки, провокувати до пошуку альтернатив? Який вплив має моя роль на загальний результат групи?
- Зважаючи на власний досвід, що полегшує і що ускладнює для мене роботу в команді?
- Як динаміка групової роботи впливає на мою здатність приймати рішення? Чи здат(ен/на) я бачити свої ідеї в контексті спільної роботи в групі? Чи здат(ен/на) я до асертивного висловлення своїх ідей, навіть коли вони суперечать загальному курсу думки в групі?

- Що я дізнався/дізналася про себе нового на занятті? Як я можу це використовувати в подальшому житті та професійній практиці?

## **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ**

Цим розділом ми хотіли продемонструвати, що навчальний процес – це також і співтворчість викладач(ів/ок) і студент(ів/ок). З відходженням від традиційного подання матеріалу на лекціях і заняттях викладач(ам/кам) відкрився широкий арсенал можливостей подання матеріалу й залучення студент(ів/ок) до навчальних активностей та обговорень. Урізноманітнювати види навчальних активностей важливо як в офлайновому, так і в онлайнному форматах,

збільшуючи інтерес до предмета, підвищуючи активність на заняттях і результативність навчання.

Звісно, ми запропонували лише кілька прикладів у скарбничку Вашої викладацької майстерності, тому закликаємо Вас спробувати їх і не зупинятись на запропонованому, а постійно розширювати види навчання й методи викладання.

# ГЛОСАРІЙ

**Заклад вищої освіти** — окремий вид установи, яка є юридичною особою приватного або публічного права, діє згідно з виданою ліцензією на провадження освітньої діяльності на певних рівнях вищої освіти, проводить наукову, науково-технічну, інноваційну та/або методичну діяльність, забезпечує організацію освітнього процесу і здобуття особами вищої освіти, післядипломної освіти з урахуванням їхніх покликань, інтересів і здібностей.

**Знання** — осмислена та засвоєна суб'єктом інформація, що є основою його усвідомленої, цілеспрямованої діяльності. Знання поділяють на емпіричні (знання фактів та уявлення) й теоретичні (концептуальні, методологічні);

**Компетентність** — здатність особи успішно соціалізуватися, навчатися, провадити професійну діяльність, яка виникає на ґрунті динамічної комбінації знань, умінь, навичок, способів мислення, поглядів, цінностей, інших особистих якостей.

**Національна рамка кваліфікацій** — це системний і структурований за компетентностями опис кваліфікаційних рівнів, де кожен рівень — це завершений етап освіти, з відповідною освітньою програмою й переліком компетентностей, якими повинні оволодіти здобувачі відповідного рівня.

**Освітня діяльність** — діяльність закладів вищої освіти, спрямована на організацію, забезпечення та реалізацію освітнього процесу.

**Освітня (освітньо-професійна, освітньо-наукова чи освітньо-творча) програма** — єдиний комплекс освітніх компонентів (навчальних дисциплін, індивідуальних завдань, практик, контрольних заходів тощо), спрямованих на досягнення передбачених такою програмою результатів навчання, що дає право на отримання визначеної освітньої чи освітньої та професійної (професійних) кваліфікації (кваліфікацій).

**Результати навчання** — знання, уміння, навички, способи мислення, погляди, цінності, інші особисті якості, які можна ідентифікувати, спланувати, оцінити й виміряти та які особа здатна продемонструвати після завершення освітньої програми (програмні результати навчання) чи окремих освітніх компонентів.

**Уміння/навички** — здатність застосовувати знання для виконання завдань та розв'язання проблем. Уміння/навички поділяють на когнітивні (що включають логічне, інтуїтивне та творче мислення) і практичні (що включають ручну вправність, застосування практичних способів (методів), матеріалів, знарядь та інструментів, комунікацію).

# ПІДСУМОВУЮЧИ

Ми сподіваємось, що цей посібник сприятиме розвитку вашої викладацької майстерності, а також допоможе знайти відповіді на запитання, які виникають під час роботи над створенням освітніх програм з компетентнісним підходом, розробці курсів чи плануванні занять.

Адже компетентнісний підхід у медичній освіті – це не тільки законодавчо визначена потреба, а й запорука того, що випускники й випускниці медичного ЗВО будуть володіти якісними знаннями й уміннями, а також практикуватимуть зі ставленнями, що відповідають сучасним потребам медичної галузі й очікуванням пацієнтів.

Усвідомлення того яким є сучасний надавач медичної допомоги (лікар(ка), медична сестра/медичний брат) і відображення його/її компетентностей на всіх рівнях освітнього процесу – запорука якості медичної освіти й медицини загалом: від освітньої програми й до практичних занять та лекцій.

Ми будемо вдячні за зворотний зв'язок відносно нашого методичного посібника.

- Чи він був вам корисний?
- Чи легко було впроваджувати цей підхід і методи викладання в освітній процес?
- Чи зрозумілі наведені практичні приклади?
- Чого вам, можливо, бракувало і що ви б хотіли бачити в другому виданні?

Надсилайте ваші відгуки на електронну пошту: [events@mededu.org.ua](mailto:events@mededu.org.ua)

Або ж залишайте у формі за посиланням: <https://forms.office.com/r/gXTRdLns4H>



ФОРМА

**Керівниця проєктного офісу:**

Др. Тетяна Степурко  
tetiana.stepurko@mededu.org.ua

**Лідер проєкту:**

Мартін Рааб, керівник відділу  
Швейцарський центр міжнародного здоров'я,  
Швейцарський інститут тропічного і громадського здоров'я

Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH)  
Socinstrasse 57, 4051 Basel, Switzerland  
martin.raab@swisstph.ch

**Контакти офісу в м. Київ:**

вул. Лютеранська, 6Б, кв. 43,  
01001 Київ, Україна

**Телефон:**

+380 44 384 10 09



<http://mededu.org.ua/>

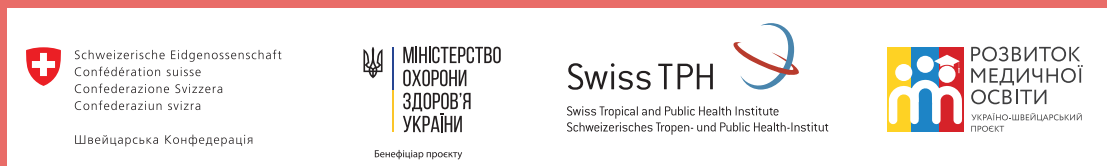


[www.facebook.com/  
MedEduUkraine/](http://www.facebook.com/MedEduUkraine/)



[youtube.com/channel/  
UCuzomB6fdx05qaGhdXiyfGg](https://youtube.com/channel/UCuzomB6fdx05qaGhdXiyfGg)

Проєкт фінансується Швейцарською агенцією розвитку та співробітництва. Погляди й ідеї, представлені в цьому документі, належать автору(-ам) і не обов'язково відображають погляди Швейцарської агенції розвитку та співробітництва.



Дана публікація видана в рамках реалізації україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти», який виконується в Україні Швейцарським інститутом тропічного і громадського здоров'я (Swiss TPH) за підтримки Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC).