

РОЗДІЛ 2. ПРОФЕСІЙНА ОСВІТА CHAPTER 2. VOCATIONAL EDUCATION

DOI: <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2023-10-19>
УДК 614.2:005.963]:001.89

Андрій Гаррієвич Шевцов
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7307-7768>
доктор педагогічних наук, професор,
член-кореспондент Національної академії педагогічних наук України,
головний науковий співробітник,
Державна наукова установа
«Центр інноваційних технологій охорони здоров'я»
Державного управління справами,
м. Київ, Україна
dr_shevtsov@ukr.net

МОДЕЛЮВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КВАЛІФІКАЦІЙ ЛІКАРІВ МЕТОДОМ ЕКСПЕРТНОГО АНАЛІЗУ ТРУДОВИХ ФУНКЦІЙ

У науковій статті обґрунтовано новітню модель професійних компетентностей медичних працівників на основі експертного моделювання трудових функцій у професійному стандарті як базового елемента системи оцінки їх кваліфікації і безперервного професійного розвитку.

У системі підготовки лікарів донині основним залишається прогностичний підхід до проектування структурно-функціональної моделі фахівця. Через аналіз сучасних даних про зв'язок ринку праці і систему професійної підготовки лікарів обґрунтовується прагматична (актуалізаційна) модель професійних компетентностей. Остання спирається на аналіз експертів, що спостерігають актуальну трудову діяльність лікарів в реальних умовах, вибудовують свою експертну думку на основі саморефлексії та аналізі власного професійного досвіду. На відміну від прогностичної ця модель може бути застосована як базова для формування та оцінювання професійних компетентностей лікарів, зокрема здобутих шляхом неформальної та інформальної освіти на основі конструктивістських принципів навчання.

Ключові слова: моделювання професійних кваліфікацій лікарів, безперервний професійний розвиток лікарів, неформальні та інформальні результати навчання, професійні стандарти, кваліфікаційні центри.

Вступ. В основі усіх процесів розвитку та реформування вищої медичної освіти фактично лежить якісна розробка узагальнених еталонних моделей «ефективного лікаря» (медичної сестри), що є безперечним фактором забезпечення системи якісної медичної допомоги в державі. Моделювання професійних компетентностей (ПК) лікаря спрямоване не тільки на підвищення ефективності функціонування фахівця в його професійної діяльності, але й є дороговказами для розвитку особистості самого медичного працівника в координатах безперервного професійного розвитку.

Існуючі підходи в моделюванні професійних компетентностей лікаря можна розділити на два основних кластери: *прогностичні моделі*, що базуються на академічному аналізі майбутньої трудової діяльності медичного працівника, і *прагматичні (актуалізаційні) моделі*, що засновані на практичному аналізі трудових функцій і відповідають актуальному стану системи необхідних трудових дій на робочому місці. Останні моделі гарантують обов'язковий поточний зв'язок системи кваліфікацій з ринком праці в режимі реального часу і корелюють із

стандартизацією трудових дій та ПК медичного працівника.

Мета дослідження. Обґрунтувати новітню модель професійних компетентностей медичних працівників на основі експертного моделювання трудових функцій у професійному стандарті як базового елемента системи оцінки їхньої кваліфікації і безперервного професійного розвитку.

Методи дослідження. Теоретичне дослідження здійснювалося за допомогою методології проєктно-концептуального моделювання професійних компетентностей, аналізу освітньої практики формування системи оцінювання професійних кваліфікацій та створення професійних стандартів на основі експертного аналізу трудових функцій.

1. Основні результати дослідження.

Методологія моделювання системи професійних компетентностей. Щодо проблеми моделювання систем, то у системології прийнято розділяти моделі на такі типи: 1) структурна модель описує елементи системи з їхніми характеристиками, системоутворювальні зв'язки та потоки; 2) функціональна модель описує послідовність дій системи для досягнення інтегративної властивості; 3) динамічні моделі описують динамічні процеси функціонування систем (Жилін, 2003).

Сутність структурно-функціонального підходу полягає у виділенні в системних об'єктах структурних елементів (компонентів, підсистем) і визначенні їхньої ролі (функцій) у системі. Елементи і зв'язки між ними створюють структуру системи. Кожний елемент виконує свої специфічні функції, які «працюють» на загальносистемні функції. Структура характеризує систему в статичності, функції – у динаміці, проте зі статичною фіксацією функціонального змісту компонентного складу системи. Структурна та функціональна моделі є статичними за своєю суттю, їхнє поєднання у структурно-функціональну модель не гарантує перехід останньої у статус динамічної без набуття її властивості відкритої системи нелінійного типу і може залишитися в полі «невалідізованої прогностичності».

Система професійної компетентності лікаря вочевидь має бути «синергетичною», тобто

нелінійною та відкритою до обміну актуальною й потоковою інформацією з експертним середовищем і ринком праці (роботодавцями) на основі позитивного зворотного зв'язку, тому вельми важливим є моделювання професійних кваліфікацій працівника охорони здоров'я в «актуалізаційному режимі», що є парадигмальним з точки зору системно-синергетичного підходу (Шевцов, 2021).

Прогностичні моделі. У системі підготовки лікарів до цих пір основним залишається прогностичний підхід до проєктування структурно-функціональної моделі фахівця, яка власне і закладається в основу курикулуму навчання.

Історія складання структурно-функціональних моделей лікаря як спеціаліста налічує багато імен і праць освітнього напрямку. Коротко розглянемо розвиток підходів до формування прогностичних моделей у системі медичної освіти.

Із порівняльного аналізу сучасних зарубіжних моделей професійної компетентності майбутнього лікаря, що застосовується в зарубіжних медичних закладах освіти, вітчизняна дослідниця цього питання М. Мруга (2007) робить висновок, що переважна більшість є саме прогностичними моделями. До прогностичних дослідниць віднесла такі моделі: (1) Модель концентричних кілець, що розроблена R. Harden (1999) із співавторами для університету Данді, Шотландія у 1999 році; (2) Цільова модель компетентного лікаря Американської асоціації медичних коледжів (Report, 1998); (3) Інтернаціональна модель «Глобальних мінімальних найважливіших вимог» (Global Minimum Essential Requirements) (Woitczak, Schwarz, 2000); (4) Рольова канадська модель професійної компетентності лікаря (*Essential Roles*, 2000); (5) Модель професійної компетентності лікаря Швейцарії (Швейцарський каталог навчальних цілей) (Bloch, Burgi, 2002); (6) Компетентнісна модель майбутнього лікаря Університету Браун; (7) Модель мінімальної загальної компетентності лікаря-резидента Ради з акредитації післядипломної медичної освіти (ACGME, США, 1999). Ці моделі класифіковані М. Мругою (2007) як біхевіористичні, так

когнітивістичні. У своєму порівняльному аналізі Українську модель освітньо-кваліфікаційної характеристики (2006 рік) авторка також віднесла до таких типів, як структурно-функціональна, прогностична, управлінська.

Слід визнати, що моделі навчання біхевіористичного напрямку на етапі трансформації навчання через когнітивістичні типи поступово міняються на конструктивістські моделі, що базуються на поняттях психологічного та соціального конструктивізму. Ці моделі є поглядом на такий тип навчання, за яким студенти та практикуючі професіонали активно створюють («конструюють») знання та уміння зі свого практичного досвіду. У загальній формі індивідуальний конструктивізм іноді асоціюється з відомим філософом сфери освіти ХХ століття Джонам Дьюї.

Парадигма сучасного соціально-конструктивізму в освіті базується на концепції українського психолога Л. Виготського (які були розвинуті когнітивними психологами Д. Брунером, Ж. Піаже, Л. Шульманом, Д. Швабом) щодо екстракортикального походження будь-якої вищої психічної функції людини, оскільки і в філогенезі, і в онтогенезі вона була соціальною функцією відносин двох людей раніше, ніж стала внутрішньою, власне психічною функцією однієї людини.

За конструктивістським способом навчання, знання здобуваються не у процесі їхньої безпосередньої передачі («інструкціонізм» або «директивне» навчання), а в результаті активної взаємодії студента з навчальною системою, а професіонала – на етапі післядипломної освіти з професійним середовищем та сферою практичної діяльності на основі активної професійної саморефлексії.

Протягом 80–90-их рр. ХХ ст. у світовій освітній системі фактично посилюються вимоги до професійної підготовки фахівців у контексті поширення спочатку когнітивізму в дидактиці, що відкинуло біхевіоризм, а згодом сприяло поступовій популяризації конструктивістської моделі учіння студентів з наголошенням на їх активну участь у конструюванні знань.

У цьому процесі принциповою ланкою є професійна саморефлексія – зворотній зв'язок

внутрішнього плану, який дозволяє залучити механізми самоконтролю трудових дій та саморегуляції професійного зростання як мотиваційної основи інформального навчання. Так само аналіз даних щодо самооцінки тих чи інших професійних компетентностей може бути вагомим внеском у побудову стратегії підвищення кваліфікації у формальному та неформальному навчанні.

Для прикладу, було проведено дослідження ставлення лікарів до своїх психологічних компетентностей (Шевцов, Зюков, Ошивалова, 2023). Мета дослідження полягала у вивченні ставлення та оцінки лікарями багатoproфільного закладу охорони здоров'я (різних спеціальностей, віку та стажу) ролі психологічних компетентностей в їхній професійній діяльності; дослідженні самооцінки лікарями своїх психологічних знань, умінь та здібностей проявляти різні форми комунікації з певними групами пацієнтів як важливого компоненту професійної рефлексії.

Саморефлексивна оцінка лікарями своїх психологічних компетентностей маніфестувала наявність реальної потреби у вдосконаленні цих компетентностей та відповідний мотиваційний потенціал лікарів. Відносно низькі бали самооцінки лікарями окремих видів професійної психологічної компетентності дозволили зробити висновок про актуальні теми відповідних курсів підвищення кваліфікації у сфері психологічних компетентностей: уміння запобігати професійному стресу, професійній деформації та професійному вигоранню лікаря, навички управління конфліктами та кризовими міжособистісними ситуаціями на роботі, психологічні знання, уміння та навички комунікації з психологічно важкими пацієнтами.

Аналіз рівня коефіцієнта кореляції Пірсона відповідей дозволив зробити висновок, що і респонденти з великим професійним стажем, і респонденти старшого віку потребують значного підвищення кваліфікації у сфері психологічної компетентності. А навички психологічної резильєнтності (психологічної пружності) та стійкості до стресів зростає швидше через набуття життєвого досвіду, ніж через стаж на робочому місці. Можна зробити висновок про необхідність

проведення психологічних тренінгів зі стресостійкості та резильєнтності для лікарів безпосередньо в умовах закладу охорони здоров'я, наприклад, у якості фахової школи. Результатом цього дослідження стала розробка та впровадження програми підвищення кваліфікації у сфері психологічної компетентності для лікарів Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. При цьому важливим результатом описаного анкетування була ініціація мотиваційного ресурсу персоналу до інформального навчання та освоєння нових знань і умінь у сфері спілкування, психологічної самопомоги з метою покращити як якість надання лікарем медичної допомоги пацієнтам, так і їхній психічний стан на робочому місці.

Підвищення кваліфікації та перепідготовка медичних працівників в системі координат традиційної концепції знань з опорою на прогностичну модель базуються на біхевіористичних стратегіях навчання, коли йдеться про тренування, спрямоване на розвиток мнемонічних здібностей. Тож критерієм оцінки результатів навчання є здатність студента до відтворення запропонованих дефініцій і використання готових схем та алгоритмів лікування.

Тобто тут ми виходимо із вузького розуміння теорії відтворення свідомістю клінічної практики як об'єктивної реальності: знання розглядається як сукупність правильних репрезентацій практики (Жовтянська, 2020). У такому випадку ми фактично зупиняємося на першому ступені таксономії освітніх цілей у пізнавальній сфері, що була запропонована у 1956 році американським психологом Бенджаміном Блумом (Anderson, Krathwohl, (ред), 2001). Процес навчання при цьому розглядається як елементарна передача інформації від викладача до студента, і оцінка результатів цього процесу базується на здатності відтворювати цю інформацію самостійно. Крім того, за такого підходу у відповідних освітніх вимірюваннях можливо також і застосування другого рівня згаданої таксономії – аналізу показників розуміння навчального матеріалу. Тобто йдеться,

наприклад, про здатність студента встановлювати зв'язки між матеріалами та перетворювати їх із одної форми вираження в іншу, інтерпретувати (пояснювати) матеріал, прогнозувати майбутні наслідки, що випливають із отриманих даних. І хоча при застосуванні другого рівня пізнавальної діяльності – «розуміння» – ми уникаємо ситуації, коли повторення студентом інформації може здійснюватися без необхідного усвідомлення і розуміння змісту того, що відтворюється, але залишається ризик, що власна інтерпретація студентом стандартного матеріалу, яка не збігається з думкою викладача, може бути оцінена як помилка.

Тому в цій освітній парадигмі залишається фактично пасивний характер навчання й тренування. І позитивна оцінка результату навчання може бути здійснена за умови, що сам суб'єкт пізнання займає переважно пасивну позицію.

Отже, доходимо таких висновків:

(1) Негативні наслідки репрезентаціонізму можуть бути подолані за умови використання конструктивістської парадигми освіти, що розглядає процес пізнання як активне конструювання знань когнітивним агентом (Комар, 2006). Таке навчання в полі конструктивізму дуже важливе під час самостійного набуття навичок в режимі інформальної освіти у процесі здійснення повсякденної професійної діяльності.

(2) Конструктивістські моделі формування професійної компетентності наближають нас до ідей, закладених в прагматичні моделі компетентностей.

(3) *Прогностичні моделі формування професійних компетентностей* базуються на прогностичних уявленнях експертів-освітян, що складають курикулум навчання, про те, як будуть діяти лікарі у майбутньому в умовах застосування (а фактично відтворення) своїх знань та вмінь, набутих в університетах та коледжах.

Прагматичні (актуалізаційні) моделі професійних компетентностей спираються переважно на думку та досвід експертів, що спостерігають актуальну трудову діяльність лікарів в реальних умовах (або вибудовують свою експертну думку на основі саморефлексії та аналізу власного професійного досвіду).

Ключовою парадигмою для оцінки професійних компетентностей в такій моделі є результати навчання, здобуті шляхом неформальної та, що дуже важливо, інформальної освіти.

Вочевидь розвиткові прагматичних моделей професійних компетентностей сприяв поступовий перехід до організації процесу підготовки лікарів за конструктивістськими принципами навчання, з наголошенням активної участі практикуючого фахівця у здобутті знань. Сучасна система безперервного професійного розвитку (далі – БПР) лікарів частково відтворює цей підхід. Більш вагомими чинником впровадження механізмів інформального навчання є система оцінки професійних кваліфікацій на базі Кваліфікаційних центрів, що діють на основі інноваційних та регламентованих процедур, формат яких викладено в новітньому нормативно-правовому полі національної системи кваліфікацій.

Легалізація поняття «інформальне навчання» в регуляторному режимі з подальшим визнанням його результатів кваліфікаційним центром на перший погляд може бути розцінено як впровадження «несистемного» характеру самопідготовки лікарів. Проте останнє фіксує той факт, що поняття «система» не завжди варто застосовувати до підготовки лікаря, коли ми дотримуємось звичного аналізу найпростішого визначення цього поняття: ціле, що складається з частин у визначеному порядку, згідно з деякою схемою або планом і чітко визначеним алгоритмом зв'язків між елементами. При цьому ми знаходимося у зрегульованій та формалізованій класичній системі координат з керованими процесами набуття компетентностей в післядипломній освіті.

Постмодерна парадигма ринкових відносин скеровує нас в освітню систему координат, коли немає особливого значення, якими шляхами фахівець здобуває свої навички трудової функції. Головним чинником визнання професійні компетентності є здатність показати свої можливості виконувати трудові дії на іспитах, і ці трудові дії мають відповідати актуальним вимогам праці – чинному професійному стандарту. При цьому найважливішими стейкхолдерами у процесі оцінки професійної

компетентності мають бути експерти із професійних асоціацій, сформованих саме галузевим ринком праці. *Саме таку модель системи професійної компетентності ми можемо назвати прагматичною (або актуалізаційною).*

Моделювання компетентності професіонала починається з розробки моделі його особистості, як системного опису суми відповідних якостей, що отримується як на основі експертного узагальнення емпіричних відомостей про структуру особистості фахівця через експертизу достатньої множини фахівців з означеної групи (емпірична модель особистості професіонала), так і на основі кодифікованих норм (інструкцій, нормативно-правових актів тощо) та уявних прогностичних побажань експертів (ідеальна модель).

Одними із ранніх прогностичних моделей професіонала є професіограма та кваліфікаційна характеристика, що містять перелік професійно-важливих якостей фахівця як з точки зору рівнів освіти і посадових обов'язків професіонала, так і сутнісних психофізіологічних якостей, необхідних для їхнього виконання.

Ці характеристики спрямовані на компетенції працівника, які власне і були націлені на посадові інструкції та регламентні документи, що фіксують суму технологій, якою мали б володіти випускники медичних ЗВО. Власне на основі кваліфікаційних характеристик і базувалося створення освітніх програм, як документів прогностичного, проте сталого характеру, що фіксують професійні та особистісні вимоги до фахівця на тривалий період. Самі ж кваліфікаційні характеристики переглядалися нечасто і зміни вносилися в основному або редакційного характеру, або з додаванням нових кваліфікаційних характеристик відповідно до змін у структурі Класифікатора професій (ДК 003:2005). Перший варіант Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників Випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженого Наказом МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117 (Довідник, 2002).

Вочевидь, сучасна динаміка розвитку лікарської справи в епоху інформаційно-наукового суспільства спонукає професійні та освітні

спільноти шукати нові підходи до моделювання еталонів та стандартів професійної компетентності на інноваційних засадах. І це відбувається на тлі перебудови системи освіти на основі компетентнісного підходу, дискусії про нову сутність якого активно тривають в останні десятиріччя в освітянській спільноті (Жуков, Комишан, (ред.), 2021). Отже, поняття «компетентність» та «професійна компетентність» корелюють і пов'язані з поняттями «навчання» та «визнання результатів навчання». Еволюція моделювання цих понять за останні 60 років від біхевіоризму та когнітивізму під впливом конструктивізму маніфестує рух до компетентнісно-орієнтованої моделі навчання, а значить і пошук нових підходів до експертного визнання результатів цього навчання, зокрема і здобутих шляхом неформальної та інформальної освіти, що є дуже важливим у парадигмі прагматичного підходу до підготовки працівників охорони здоров'я з точки зору вимог ринку праці.

Очевидно, що модернові конструктивістські моделі компетентностей суттєво вплинули на розвиток організації навчального процесу та методів викладання. Проте в літературі стверджується, що вони мали менший вплив на системи сертифікації чи діагностування професійної компетентності (Мруга, 2007).

Тож вочевидь цілком логічним постає питання про пошук моделей системи професійних компетентностей, які б були як корельованими зі здатностями виконувати трудові дії лікарем на робочому місці, відповідно до вимог клінічної практики (тобто бути прагматичними), так і толерантними до парадигми безперервного професійного розвитку фахівців шляхом конструювання ними своєї самоосвіти (актуалізаційна та конструктивістська модель).

У межах освітнього поля діяльності навчальних закладів моделювання майбутніх компетентностей фахівця у прогностичній парадигмі відбувається згідно із Законом України «Про вищу освіту» відповідно до стандартів вищої освіти.

Перші варіанти цих стандартів, під назвою «державні стандарти вищої освіти», розроблялися відповідно до Постанови КМУ № 1247 від

07.08.1998 року «Про розроблення державних стандартів вищої освіти». Це поняття в постанові Уряду визначалося як таке, що встановлює вимоги до змісту, обсягу і рівня освітньої та фахової підготовки і було обов'язковим для виконання усіма суб'єктами в системі вищої освіти. З урахуванням положень Державної системи стандартизації України (ДСТУ 1.0-93) встановлювалися такі компоненти державних стандартів вищої освіти: 1) державна компонента, що мала перелік напрямів та спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у закладах вищої освіти за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями; 2) галузева компонента, що мала такі складові, як освітньо-кваліфікаційна характеристика (далі – ОКХ), освітньо-професійна програма та засоби діагностики рівня освітньо-професійної підготовки; 3) компонента вищого навчального закладу, що має такі складові, як варіативні частини ОКХ, освітньо-професійної програми та засобів діагностики рівня освітньо-професійної підготовки.

Документ в першу чергу був зосереджений на освітньому процесі і мав всі ознаки моделі майбутнього фахівця *прогностичного характеру*, хоча і декларувався як такий, що застосовувався з метою забезпечення потреб народного господарства.

На труднощі впровадження в професійне навчання державних освітніх стандартів у сфері підготовки медиків, розроблені для моделі дипломної освіти, вказували Ю. Вороненко, Ю. Вдовиченко, О. Мінцер та ін. (2012). Вони зазначали таке:

1. Підготовка магістра на післядипломній фазі має свої відмінності в порівнянні з дипломною фазою.

2. Формат структури державних освітніх стандартів не дає можливості відтворювати якісний рівень формування компетенції залежно від рівня освіти.

3. Не існує конкретного визначення відмінності між освітньо-кваліфікаційними рівнями на концептуальному і формальному рівнях.

4. Ринок праці не в змозі сформувати й запропонувати системі освіти універсальну модель фахівця, на основі якої розробляються освітні стандарти.

5. Відсутні точно описані відмінності між «посадами» і «роботами», що значно ускладнює розробку компетенцій і точний опис посад, на які може претендувати молодий лікар.

6. Не існує чіткого поділу діяльності лікаря на фрагменти згідно з виробничими функціями, що визначені в структурі ОКХ.

Отже, автори ще у 2012 році визначили проблеми прогностичної моделі опису системи професійної компетентності, які ледве долаються сьогодні.

На цей час згідно зі Ст. 10 Закону України «Про вищу освіту» (станом на 08.12.2023) стандарт вищої освіти – це сукупність вимог до освітніх програм вищої освіти, які є спільними для всіх освітніх програм у межах певного рівня вищої освіти та спеціальності. Тож в рамках цього закону йдеться про зміст та розуміння спеціальності як моделі гармонізованої з Міжнародною стандартною класифікацією освіти предметної області освіти й науки, яка об'єднує споріднені освітні програми, що передбачають спільні вимоги до компетентностей і результатів навчання випускників.

Поняття цього стандарту, як і прогностичної моделі майбутнього фахівця, також залишається в полі суто навчального процесу в системі формальної фахової освіти. Проте в Ст. 9 зазначеного закону з'являється нове поняття «*професійний стандарт*» у такому дискурсі: «Освітні програми, що передбачають присвоєння професійних кваліфікацій, мають забезпечувати виконання вимог відповідних професійних стандартів (за наявності), якщо інше не передбачено законодавством».

Тобто стандарти вищої освіти мають бути похідними від стандартів професійних, які формуються за іншою моделлю опису професійних компетенцій, яку ми можемо класифікувати як *прагматичну!*

Розмежування у функціональному та генетичному плані різних типів стандартів (освітнього та професійного) насправді є похідним від диференціації різних типів кваліфікацій: *освітньої кваліфікації та професійної кваліфікації*. Останнє було значним кроком уперед в розумінні процесів надання фахової освіти, що зафіксовано у Законі України

«Про освіту». Так Ст. 34 цього закону наголошує, що:

1) Освітня кваліфікація – це визнана закладом освіти чи іншим уповноваженим суб'єктом освітньої діяльності та засвідчена відповідним документом про освіту сукупність встановлених стандартом освіти та здобутих особою результатів навчання (компетентностей).

2) Професійна кваліфікація – це визнана або присвоєна/підтверджена суб'єктом, уповноваженим на це законодавством, та засвідчена відповідним документом стандартизована сукупність здобутих особою компетентностей та/або результатів навчання, що дає змогу здійснювати всі трудові функції, визначені відповідним професійним стандартом.

Отже, стандарти вищої освіти в сфері охорони здоров'я при всіх деклараціях про їх щорічне оновлення також не передбачаються бути динамічними через саму природу навчального процесу в ЗВО – очевидну інерційність системи освіти в цілому, певну тривалість у зміні поколінь професорсько-викладацького складу, складність і бюрократичність процесів акредитації нових освітніх програм, високу вартість оновлення навчального обладнання закладів медичної освіти та імплементації новітніх науково-практичних досліджень у навчальний процес.

Швидкість впровадження новітніх професійних стандартів в охороні здоров'я можна прискорити тільки за рахунок побудови гнучких навчальних процесів у післядипломній медичній освіті, розвиток системи неформальної та інформальної освіти за рахунок самонавчання й професійного самовдосконалення лікарів і середнього медперсоналу в рамках БПР, створення мобільних кваліфікаційних центрів для визнання результатів навчання, отриманих як в режимі формальної, так і неформальної й інформальної освіти.

Сучасний професійний стандарт є характеристикою і змістом професійної кваліфікації, необхідної фахівцю для здійснення певного виду професійної діяльності та виконання відповідних трудових функцій та трудових дій.

Примітно, що прагматичний дискурс актуалізації професійного стандарту з'являється у

зв'язку з динамікою суспільних відносин у сфері праці, що розглядається як процес періодичного перегляду та внесення змін до чинного професійного стандарту на основі збору, аналізу та узагальнення результатів його застосування, а також при зміні та появі нових навчальних технологій та парадигм кваліфікації. Тож результатом цієї актуалізації стає затвердження нового професійного стандарту в найкоротші терміни.

Реалізація прагматичної (актуалізаційної) моделі професійної компетентності. На відміну від прогностичної (академічної) моделі професійної компетентності, прагматична – у фокусі розгляду охоплює більше, ніж два перших рівні оволодіння знаннями. Нагадаємо, що модифікована таксономія Бенджаміна Блума, оприлюднена у 1956 році, станом на 2001 рік перебачає шість рівнів оволодіння знаннями (Anderson, Krathwohl, (ред.), 2001): 1) відтворення знань (пам'ять); 2) розуміння; 3) застосування знань; 4) аналіз; 5) оцінювання; 6) створення нових знань.

Тобто процедура оцінки знань та тестувальний матеріал в закладах освіти із цього «когнітивного списку» сфокусовані переважно на перших двох позиціях: оцінка наявності знань (перевіряється запам'ятовування раніше вивченої інформації) та їх первісне (!) розуміння (вужке тлумачення та не завжди глибоке розуміння суті ідеї). Тут варто зазначити, що поняття знань є глибшим від поняття інформації і не зводиться лише до запам'ятовування та її відтворення.

Іноді студенту пропонують практичні задачі, що тестують певні професійні навички, здобуті через мінімальну кількість практичних занять та годин виробничої практики. При цьому при розробці тестових завдань не акцентується увага викладачів на актуалізації саме тих знань, які перевіряються на перших двох етапах, що примітивізує модель компетентностей.

Прагматична (актуалізаційна) модель професійних компетенцій потребує інших підходів до оцінки результатів професійного навчання! Оскільки третій рівень (практичне застосування знань у реальній ситуації – вирішити, спланувати, пояснити дії, продемонструвати наочно, навчити іншого тощо) ієрархічної моделі володіння

результатами навчання Бенджаміна Блума є провідними в моделюванні системи ПК.

Сучасні високотехнологічні та наукоємні спеціальності сфери медицини передбачають моделювання ПК з урахуванням також і подальших рівнів когнітивної таксономії: аналіз (поділ об'єктів чи ідей на складові, щоб знайти спільні риси або різницю між ними), оцінювання (складання судження про об'єкт або ідею на підставі обраних доказів і критеріїв), створення (створення нового з непов'язаних частин або ж пропонування альтернативних шляхів розв'язання).

Відмінність сутності прогностичної та прагматичної моделей професійних компетентностей фахівця видно у сталому визначенні самого поняття «професія» у Національному класифікаторі професій ДК 003: 2010 (2010), на що вказують Т. Семигіна та Ю. Рашкевич (2022).

У класифікаторі професій визначено, що «професія – здатність виконувати подібні роботи, які вимагають від особи певної кваліфікації». Тобто у цьому документі (який за оцінками багатьох експертів є застарілим) чітко простежується ідея прогностичного характеру: фокусом визначення професії є проект індивідуальних спроможностей працівника виконувати роботу. У той же час ми маємо латентне визначення професії, яке виходить із поняття «професійний стандарт» і відтворено у Законі України «Про освіту» (ст. 39) (*Про освіту*, 2017): «Професійний стандарт – затвердені в установленому порядку вимоги до компетентностей працівників, що слугують основою для формування професійних кваліфікацій». Отже, професійний стандарт в Україні розробляють з урахуванням виробничих завдань, трудових дій та функцій (*Про затвердження порядку*, 2017), тобто наявне прагматичне трактування професійних компетентностей на основі аналізу актуальних вимог ринку праці до працівника. Отже, сучасна нормативно-правова база створення, затвердження та перегляду професійного стандарту є основою для формування нової концепції професійних компетентностей медичних працівників, яка дає парадигмальні рамки

прагматичної (актуалізаційної) моделі цих компетентностей.

Відсилаючись до оновленої у 2017 р. Європейської рамки кваліфікацій, на яку орієнтується українська Національна рамка кваліфікацій, та відповідних Рекомендацій Ради Європейського Союзу, де «кваліфікація» визначена через вимірюваний і підтверджений результат навчання, тобто офіційний результат процесу оцінювання та перевірки (валідації), який отримується, коли компетентний орган визначає, що особа досягла результатів навчання відповідно до заданих стандартів. Т. Семигіна та Ю. Рашкевич (2022) роблять висновки, що «сучасне поняття «кваліфікація» містить такі складові, як: 1) стандартизовані результати навчання, необхідні для здобуття кваліфікації (нормативний, прогностичний вимір); 2) оцінювання результатів навчання/підтвердження наявних компетентностей (фактичний вимір); 3) документ, виданий на підставі оцінювання результатів навчання» (с. 45–53). Отже, поняття «кваліфікація» однозначно кореспондується з процесом оцінювання та перевірки компетентностей і виданням офіційного документу (сертифікату визнання/присвоєння професійної кваліфікації), який надає право на допуск до професії.

Цей процес власне і формалізує шлях фахівця лікарської справи у своєму безперервному професійному розвитку на основі прагматичної (актуалізаційної) моделі професійної компетентності. Його нормативно-правове обґрунтування міститься як в законодавчій системі, так і підзаконних актах постанов Уряду та відомчих наказів. До них ми можемо віднести такі документи: відповідні статті Законів «Про освіту» (2017) та «Про вищу освіту» (2014), Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку розроблення та затвердження професійних стандартів» (2017), Постанова Кабінету Міністрів України від 22 вересня 2021 року № 986 «Про затвердження Порядку акредитації кваліфікаційних центрів», Постанова Кабінету Міністрів України від 15 вересня 2021 року № 956 «Про затвердження Порядку присвоєння та підтвердження професійних кваліфікацій кваліфікаційними центрами», Наказ

Міністерства освіти і науки України № 452 від 22 квітня 2021 «Про затвердження Типового положення про кваліфікаційний центр» тощо.

Принципово, що ці документи регламентують такі елементи прагматичного моделювання професійної компетентності, як структуру та зміст професійних стандартів, процес їхнього створення та затвердження, процес оцінювання та присвоєння професійної кваліфікації, процедуру створення та акредитації Національним агентством кваліфікацій спеціальних уповноважених суб'єктів присвоєння професійної кваліфікації – кваліфікаційних центрів, формат документів, що підтверджують професійну кваліфікацію.

Продемонструємо, яким чином створюється професійний стандарт, який ми вважаємо методологічною основою прагматичного моделювання професійної компетентності на основі експертних оцінок. В основі прагматичного моделювання професійних компетентностей лежить процедура використання даних, які ми отримуємо з актуального робочого місця фахівця, тобто з ринку праці. Експертом тут виступає як роботодавець, так і працівник з достатнім робочим стажем.

У першому випадку роботодавець-експерт не обов'язково може бути фахівцем у відповідній предметній галузі, але має робити аналіз на основі певних ринкових, маркетингових та рекрутингових міркувань. Наведемо приклад аналізу професійних вимог роботодавців до лікарів за відомостями про вакансії, заявлені на сайтах рекрутингових компаній України та Державного центру зайнятості, 2022–2023 років (Опис результатів навчання за класифікатором ESCO, дані із системи Big Data Labor Market Intelligence Ukraine, https://solutions.lightcast.io/dashboard/ETF_UA).

Результат навчання / відсоток вакансій, де зазначена вимога:

Знання – технології медичної діагностики та лікування – 39 %; особисті вміння й розвиток – 33 %; медицина – 31 %; фармація – 17 %; бази даних і мережі (розроблення й адміністрування) – 16 %; фінанси, страхування й банківська справа – 7 %; електроніка і автоматизація – 6 %; маркетинг і реклама – 5 %; одяг та взуття – 5 %; психологія – 3 %.

Вміння та навички – навчання академічним чи професійним дисциплінам – 17 %; медичне консультування – 16 %; робота з даними – 14 %; робота з медичним (та науковим) обладнанням – 12 %; консультування з освітніх та професійних питань – 11 %; вироблення рішень – 10 %; мистецька чи культурна діяльність – 9 %; робота з комунікаційним обладнанням – 6 %; планування подій та програм – 5 %; виконання обчислень – 4 %.

Наскрізні вміння та навички – готовність до навчання – 44 %; планування й організаційна діяльність – 35 %; проактивний підхід – 16 %; продукування інформації, ідей та концепцій – 14 %; робота в команді й мережах – 11 %; ефективна діяльність – 3 %.

На перший погляд достатньо контраверсійним є пункт низького відсотку вимоги, щодо психологічних знань лікарів (3 %), що відрізняється від даних, які ми навели в результатах наших досліджень (Шевцов, Зюков, Ошивалова, 2023). Проте це легко пояснюється низьким рівнем менеджменту в системі охорони здоров'я і традиційно низькою культурою роботодавців, що формують пакет послуг для клієнтів у цій сфері, в умовах повільної трансформації «радянської» парадигми побудови системи охорони здоров'я у систему виробництва медичних послуг в умовах «інклюзивного капіталізму». Адже одні дані – це експертна думка організаторів медичних послуг, інші – результат опитування практикуючих лікарів.

Експертне оцінювання професійних компетентностей. Тож актуалізаційне моделювання професійних компетентностей критично залежить від методів експертного опитування для їхнього визначення. Вони можуть базуватися на різних алгоритмах реалізації експертного оцінювання, але обов'язково із залученням до його проведення найбільш кваліфікованих експертів у певній сфері діяльності.

Високий рівень експертного оцінювання забезпечується залученням експертів, які мають не тільки достатній досвід професійної діяльності, а й вміють використовувати широкий арсенал як кількісних, так і якісних методів оцінювання.

Проте відбір найбільш кваліфікованих експертів у експертну групу не може гарантувати повної достовірності експертної оцінки, бо у менш компетентних експертів може бути більш креативний підхід до проблеми, що розглядається. У цьому випадку необхідно встановлювати такі критерії оцінювання компетентності чи вагові коефіцієнти до них, щоб виявляли також експертів із зазначеним підходом. Це дозволить залучати їх до проведення досліджень проблеми і певною мірою впливати на оцінку.

Одним із перспективних шляхів визначення професійної компетентності лікаря є використання групового експертного оцінювання, який був застосований у США в 1964 році. Суть методу полягає в послідовному анкетуванні думок експертів з різних галузей. У кожній анкеті міститься інформація, яка одержана з попередніх анкет (можливим є декілька кіл таких анкет). Мета методу – створення детально скоригованої програми послідовних індивідуальних опитувань, спрямованих на зменшення групового впливу, який виникає при взаємній роботі спеціалістів.

У сучасній науці, як правило, застосовуються складні ієрархічні організаційно-технічні системи, які характеризуються як кількісними, так і якісними показниками (Velycico, Gordienco, Colomiet, Sevtsov, 2017; Величко, Гордієнко, Коломієць, Шевцов, 2017). Підвищення їхньої ефективності переважно є процесом знаходження найкращого рішення за певних умов з наявними обмеженнями і критеріями, за значеннями яких оцінюється ефективність отриманого рішення. Для ухвалення обґрунтованих рішень у будь-яких сферах діяльності необхідно опиратися на досвід, знання та інтуїцію фахівців.

Експертні оцінки, певною мірою, потрібні навіть тоді, коли до набору отриманих даних можуть застосовуватися класичні статистичні методи, оскільки експерт може дати оцінку про те, чи є ці дані репрезентативною випадковою вибіркою і, якщо це так, то який метод використати для аналізу цих даних. Це спонукає для отримання як технічної, так і статистичної оцінки. Інтерпретація особливо потрібна для набору

даних, які мають малий об'єм чи дуже асиметричні.

Сутність експертних методів полягає в усередненні різними способами думок фахівців-експертів з питань, що підлягають розгляду, і вони можуть бути достатньо ефективними в випадках, коли відсутні статистичні дані про об'єкт чи галузь дослідження, об'єкт чи галузь дослідження доволі складні для формалізації, існує значний фактор невизначеності, пов'язаний з майбутнім станом об'єкту чи галузі дослідження та деякі інші виробничі ситуації (Величко, Коломієць, Гордієнко, Шевцов, Карпенко, Габер, 2015)

Отже, методологія групового експертного оцінювання є базовою процедурою отримання оцінки наявних на робочому місці трудових дій працівника охорони здоров'я та необхідних для їхнього здійснення професійних компетентностей на основі думки практикуючих фахівців (експертів) з метою подальшого ухвалення рішення щодо змісту відповідного професійного стандарту.

Сучасна нормативно-правова та методична база регламентує формат такої експертної роботи в рамках робочої групи зі створення професійного стандарту, наявність якого дозволяє надалі стандартизувати оцінювання, присвоєння/підтвердження та гнучке використання на практиці повних та/або часткових професійних кваліфікацій (*Про затвердження професійних стандартів*, 2017; *Методика розроблення*, 2018; *Методичні рекомендації*, 2023; Ковтунець, Лилик, Максименко, Мельник, Раков, Семигіна, Середа, 2021).

При розробленні проєкту професійного стандарту (далі – ПС) виконується експертний аналіз діяльності за професією, який комбінує методологічні підходи, засновані на функціональному аналізі, аналізі робочого місця, кола завдань, робочих процесів та середовища тощо. Під час аналізу на першому етапі визначаються:

- мета діяльності за професією з подальшим розподілом її на трудові функції (далі – ТФ) за логікою технологічного процесу та подальша деталізація кожної ТФ в формі опису;
- трудові дії (ТД), необхідні для виконання кожної ТФ;
- предмети та засоби праці.

При цьому визначаються ТФ, які виконують працівники за професією, а не робочі (посадові) завдання та обов'язки, які мають суттєві відмінності на різних підприємствах, установах та закладах.

Формування переліку ТФ рекомендується проводити шляхом виділення/виокремлення трудових функцій і трудових дій за «причинно-наслідковою» логікою (зв'язком) відповідно до мети професійної діяльності.

Тобто робоча група формує перелік ТФ, які відповідають на питання: «Що повинно бути зроблено для досягнення мети професійної діяльності?», перелік трудових дій (далі – ТД) для кожної ТФ, які відповідають на питання: «Що повинно бути зроблено для досягнення результатів, передбачених трудовою функцією?».

Після складання переліку ТФ і ТД, що входять до них, робоча група (далі – РГ) зі створення ПС верифікує достовірність такого списку через анкетування експертів (проведення фокус-груп тощо) за формою, у яку експерт може додати до наведеного переліку ТФ та ТД, які на його(її) думку важливі та обов'язково необхідні для зазначеної професії (виду занять): Трудові функції - Трудові дії.

З метою можливого внесення змін та уточнень до переліку ТФ і ТД робоча група проводить опитування серед фахівців за професією (видом занять) щодо визначення важливості кожної ТФ за формою «Шкала визначення важливості трудових функцій»: частота використання (орієнтовно раз на місяць або рідше, орієнтовно раз на тиждень, щоденно або майже щоденно); важливість ТФ (не дуже важлива, важлива, дуже важлива). Узагальнюючи результати, члени РГ розраховують середній бал за кожною ТФ як середнє арифметичне за всіма балами фахівців, які беруть участь в опитуванні (у випадку рівної питомої ваги експертної думки кожного фахівця). За потреби члени РГ визначають шляхом голосування «прохідний» бал шкали для визначення ТФ, які мають оцінку нижчу за «прохідний» бал та можуть бути вилученими з ПС або інтегрованими до інших ТФ. Після цього РГ формує остаточний варіант переліку ТФ шляхом їх можливого групування та послідовного розміщення за логікою технологічного процесу.

Мета групування ТФ – виділення їх у окремі групи за видами трудової діяльності для формування професійних кваліфікацій, зокрема часткових професійних кваліфікацій.

Групування ТФ Національне агентство кваліфікацій рекомендує здійснювати у такі способи (*Методичні рекомендації*, 2023):

- лінійний – виокремлює різні стадії професійної діяльності та описує їх послідовність з орієнтацією на проміжні послуги;

- за методами й процесами – вирізняє процеси та/або методи, що застосовуються;

- за характеристикою послуги та/або визначенням якості послуги – поділяє процес на окремі стадії за різними видами послуг.

Наступним етапом РГ визначає компетентності, необхідні для виконання відповідної ТФ.

Члени РГ під час визначення компетентностей для трудових функцій дотримуються таких рекомендацій:

- назва компетентності може відповідати назві ТД, також кілька ТД можуть забезпечуватися однією і тією ж компетентністю;

- назва компетентності починається зі слова «здатність» і стверджувальних дієслів (розробляти, готувати, захищати, знімати, проводити тощо);

- для визначення та формування компетентностей використовуються матеріали, отримані на першому етапі функціонального аналізу;

- для визначення цифрових компетентностей використовується рекомендаційний Перелік цифрових компетентностей для професійних стандартів з урахуванням специфіки виконуваної роботи. За потреби також зазначаються компетентності у складі таких європейських рамок, як GreenComp, EntreComp.

Мають визначатися лише ті компетентності, за якими можливо оцінити здобувачів професійних кваліфікацій.

Далі РГ визначає результати навчання (знання, уміння/навички, комунікацію, відповідальність і автономію), необхідні для оволодіння відповідною компетентністю для виконання відповідної ТФ (із урахуванням

матеріалів, отриманих на першому етапі аналізу): Трудові функції – Компетентності – Знання, Уміння/ навички, Комунікація, Відповідальність і автономія; а також предмети та засоби праці (за потреби): Обладнання, Устаткування – Матеріали – Інструмент.

Надалі РГ проводить опитування фахівців за професією (видом занять) за допомогою анкетування і експерти за професією (видом занять) можуть погодити/спростувати чи доповнити інформацію, підготовлену РГ.

Критеріальна система добору експертів для визначення системи ПК лікарів та керівників закладів охорони здоров'я, що беруть участь у доборі та БПР персоналу може бути такою.

Серед «носіїв» професії та HR-менеджерів рекомендовано обирати фахівців з високою професійною категорією, досвід роботи за професією (на посаді) - не менше 5-х років, наявність міжнародного сертифіката – бажано наявність закордонного досвіду роботи, сертифікати з проходження міжнародних тренінгів - бажано членство в професійній асоціації.

Результати експертного опитування дає обґрунтування для РГ схвалити остаточну редакцію переліку компетентностей, знань, умінь/навичок, комунікації, відповідальності і автономії, предметів і засобів праці, необхідних для виконання відповідної трудової функції.

У подальшому розробник надсилає проект професійного стандарту на погодження до репрезентативних всеукраїнських об'єднань професійних спілок на галузевому рівні (у випадку, якщо професійний стандарт не розробляється галузевою радою з питань розроблення професійних стандартів).

Схвалений ПР проект ПС розміщується на вебсайті розробника для публічного громадського обговорення, яке відбувається також за визначеною процедурою і також дає дані для врахування думки широкого експертного середовища.

З метою врегулювання спірних позицій і розбіжностей представники РГ можуть проводити узгоджувальні наради, консультації, робочі зустрічі, зокрема в електронному

форматі, із суб'єктами надання пропозицій/зауважень до проекту професійного стандарту задля прийняття остаточного рішення.

Результати узгодження пропозицій/зауважень фіксуються РГ і оприлюднюються на офіційному вебсайті розробника.

Перед фінальним затвердженням ПС розробник подає його проєкт суб'єктам перевірки, до яких згідно «Порядку розроблення, введення в дію та перегляду професійних стандартів» (2017) належать Спільний представницький орган сторони роботодавців на національному рівні та Національне агентство кваліфікацій.

Така багатоетапна й ретельна процедура експертної роботи є основою для формування прагматичної (актуалізаційної) моделі професійної компетентності працівника охорони здоров'я.

Таким чином, базовими елементами прагматичної (актуалізаційної) моделі професійної компетентності працівника охорони здоров'я є:

- формалізована структура професійного стандарту;
- критеріальна система добору експертів для визначення системи ПК лікарів;
- багатоетапна процедура розробки професійного стандарту на основі групової експертної роботи;
- процедура публічного обговорення та унормована процедура затвердження професійного стандарту;
- унормована процедура оцінювання формальних, неформальних та інформальних результатів професійного навчання та БПР і присвоєння професійних кваліфікацій спеціально уповноваженими кваліфікаційними центрами.

Для прикладу впровадження такої моделі професійної компетентності можна навести процедуру оцінювання та присвоєння професійної кваліфікації «Асистент фармацевта», що запроваджена у Кваліфікаційному центрі з фармації Міжнародного агентства професійних кваліфікацій, Української федерації професійних медичних об'єднань та Галузевої ради з розробки

професійних стандартів та професійних кваліфікацій у фармацевтичній галузі (pqa.com.ua/certification/qcsph/pqpha).

Процедура оцінювання передбачає такі заходи:

- оцінка професійного портфоліо (освіта, професійні досягнення, рекомендаційні листи роботодавців, відзнаки у професійній діяльності (за наявності) тощо);

- оцінювання рівня професійних знань шляхом тестування з використанням закритих та відкритих тестових завдань з короткою відповіддю;

- оцінювання вмінь застосовувати професійні знання у практичній діяльності, умінь та навичок виконання трудових функцій, комунікаційних умінь та навичок, рівня здатності до відповідальності та автономності, письмової грамотності та володіння професійною термінологією шляхом виконання практичних тестових завдань відкритого типу на розв'язування ситуаційних професійних задач;

- оцінювання вмінь застосовувати професійні знання у практичній діяльності, умінь та навичок виконання трудових функцій, комунікативних умінь та навичок, рівня здатності до відповідальності й автономності, володіння професійною термінологією шляхом демонстрації виконання поставлених ситуаційних професійних задач практичного характеру (усний практичний іспит).

Оцінка кожного етапу процедури розраховується за шкалою 0-100 балів шляхом лінійного перетворення результатів (тобто максимально за кожний етап 100 балів).

Максимальним сукупним результатом за всю процедуру може бути 100 балів, який розраховується з відповідними до етапів оцінювання ваговими коефіцієнтами за формулою: $\Sigma = 0,05 \times X + 0,25 \times Y + 0,2 \times Z + 0,5 \times T$,

де X – оцінка за професійне портфоліо, Y – оцінка професійних знань через тестування за допомогою закритих та коротких відкритих тестових завдань, Z – оцінка умінь та навичок шляхом розв'язання ситуаційної професійної задачі проблемного характеру (письмове завдання), T – оцінка вмінь та навичок за результатами виконання професійної задачі практичного характеру (усний екзамен).

Отже, основним критерієм оцінки професійної компетентності є оцінка умінь та навичок шляхом розв'язання ситуаційної професійної задачі проблемного характеру (кейсу), виконання професійної задачі практичного характеру та професійних здобутків претендента на сертифікат про професійну кваліфікацію (професійного портфоліо), що в сумі складає 75 із 100. Ці етапи процедури оцінювання відповідають 3-му рівню таксономії Блума. Тобто вага оцінки безпосередньо професійних знань через тестування (відтворення та розуміння інформації, 1-й та 2-й рівень по Блуму) складає 25 %.

Професійна кваліфікація асистента фармацевта присвоюється, якщо сукупний результат складає не менше 75 балів за умови, що бал Т не менше 25.

Окреме питання, яке підлягає ретельному обговоренню, є створення спеціальної процедури оцінювання та організація практичного іспиту з перевіркою умінь та навичок виконання здобувачем кваліфікації ТД. У підготовці медичних працівників існує процедура об'єктивного структурованого клінічного іспиту (OSKI, OSCE), яка об'єктивізує методику оцінювання клінічної компетентності лікаря у змодельованих умовах з використанням стандартизованих шкал оцінювання, що засновується на принципах структуризації та стандартизації й реалізується в серії послідовно розташованих екзаменаційних станцій з обмеженим часом перебування. Останні (їх, як правило, від 10 до 20) моделюють різноманітні аспекти клінічної діяльності (Марічерета, Могилевкіна, Коньков та ін., 2020).

Необхідність впровадження подібних форм моніторингу професійної компетентності обґрунтована тим, що в процесах прийняття рішень в медичній практиці ключову роль відіграють не тільки алгоритми, а й особистий досвід лікаря, який завдяки OSKI можна набути та перевірити на різних імітаційних станціях.

2. Обговорення результатів дослідження.

Тож постає питання про те, яка модель професійних компетентностей медичних працівників є більш валідною до впровадження? Вочевидь, відповідь залежить від сфери

застосування: у сфері формальної освіти під час створення програм додипломної підготовки рекомендовано застосовувати прогностичні (академічні) моделі, у сфері підвищення кваліфікації, перекваліфікації та спеціалізації – базою є прагматична (актуалізаційна) модель. І перша, і друга моделі мають бути результатом роботи експертів різного рівня. Проте в будь-якому випадку прагматична модель (професійний стандарт) має бути основою для прогностичного (академічного) моделювання.

У літературі педагоги іноді посилаються на певну консервативну природу системи освіти, яка захищає навчальний процес від зайвих «інновацій» та шкідливих педагогічних експериментів, спонукає до еволюційної імплементації нововведень та ідей. Консерватизм в професійній освіті сприяє трансляції знань від покоління професіоналів до нового покоління, з'єднанню добре зарекомендованих навчальних технологій з новітніми методиками. Тому в навчальному процесі саме і переважають моделі компетентностей прогностичного плану, адже для закладу освіти достеменно невідомо як маніфестується та чи інша новела в курикулумі у майбутній професійній діяльності. Тому прогностична модель фактично має бути похідною від моделі прагматичної.

Примітно, що освітні програми закладів вищої освіти традиційно були орієнтовані на зміст кваліфікаційних характеристик професій працівників, зокрема і в охороні здоров'я. Чи можна було б залишитися медичним університетам та коледжам у парадигмі кваліфікаційних характеристик фахівців різних медичних галузей і не дотримуватися професійних стандартів (які, до речі, на час цієї публікації тільки розробляються)?

По-перше, з правової точки зору відповідь наявна у Законі України «Про вищу освіту», у якому зазначено, що освітні програми, що передбачають присвоєння професійних кваліфікацій, мають забезпечувати виконання вимог відповідних професійних стандартів (за наявності).

По-друге, саме професійні стандарти, які фактично є результативним документом експертної роботи в рамках прагматичної моделі професійних компетентностей, забезпечують

надійний зв'язок між динамічним ринком праці та системою підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців, зокрема й на рівні післядипломної медичної освіти.

Вочевидь, емпірична перевірка адекватності моделі професійних компетентностей лікаря передбачає не тільки добір за цією моделлю множини фахових і досвідчених експертів, але й довготривале спостереження за процесом експертизи та відповідне оцінювання їх професійних компетентностей, на основі тієї ж (або іншої) моделі. Враховуючи складність такого уявного «експерименту» та динамічний характер сучасної медичної науки й практики, розробка системи ПК у вигляді професійного стандарту може мати тільки констатувальний характер і підлягати періодичному перегляду.

Що власне і передбачено законодавством, адже професійні стандарти мають переглядатися через п'ять років. Хоча враховуючи інноваційний розвиток медичних наукових досліджень та динаміку ринку праці, очевидно, ці стандарти мають переглядатися частіше.

По-третє, сучасні підходи до отримання лікарем знань, умінь та навичок під час практичної діяльності, вся ідеологія їхнього безперервного професійного розвитку передбачає розширення самого поняття «система освіти», коли фахівець набуває свої професійні компетентності шляхом неформальної та інформальної освіти. В останньому випадку оцінити та присвоїти професійну кваліфікацію можна тільки на основі професійного стандарту і через спеціальну процедуру, яка описана вище, із залученням спеціально уповноважених державою кваліфікаційних центрів у сфері охорони здоров'я.

Висновки. Прагматична (актуалізаційна) модель професійних компетентностей відповідає постнекласичній науковій парадигмі та системно-синергетичному підходу, як досліджувану сукупність професійних компетентностей надавачів медичних послуг, як систему взаємопов'язаних та взаємозалежних компетентностей, що знаходиться в постійній динаміці (динамічні зміни на ринку праці), та таку систему, що є відкритою, нелінійною, дисипативною та з певним рівнем самоорганізації

й складності (трудові функції в рамках діяльності багатопрофільного закладу охорони здоров'я).

У підсумку можна сформулювати ознаки, на яких базується прагматична (актуалізаційна) модель професійних компетентностей лікарів:

- методологічна опора на конструктивізм;
- експертний спосіб формування змісту компетентностей;
- результати професійної саморефлексії лікарів;
- фіксація прагматичних моделей професійних компетентностей в професійних стандартах за лікарськими спеціальностями;
- залучення оцінки результатів неформального та інформального навчання;
- аналіз поточної інформації про ринок праці, сучасного опису діяльності на робочому місці та актуальних трудових функцій;
- реалістичність та прагматичність моделі.

Для розвитку Національної системи кваліфікацій у сфері охорони здоров'я необхідно впровадити:

- імплементацію унормованих діючим законодавством процедур оцінювання формальних, неформальних та інформальних результатів професійного навчання, присвоєння професійних кваліфікацій спеціально уповноваженими кваліфікаційними центрами та присвоєння професійних кваліфікацій у систему безперервного професійного розвитку;
- розробку професійних стандартів для всіх спеціальностей працівників сфери охорони здоров'я – лікарів, медсестер, провізорів та менеджерів лікувальних установ;
- розвиток системи незалежних кваліфікаційних центрів в сфері охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження розвитку системи професійних компетентностей лікарів та професійних стандартів лікарських спеціальностей методом експертних оцінок медичними працівниками різних рівнів системи охорони здоров'я. Експертне прогнозування ринку праці в охороні здоров'я за допомогою штучного інтелекту й аналітики Big Data.

Дотримання етичних норм. Автор декларує дотримання норм Гельсінської декларації

Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» в дослідженнях та відсутність порушень етичних норм наукового дослідження.

Джерело фінансування. Дослідження виконане за рахунок державного фінансування в межах науково-дослідної роботи «Медико-соціальне обґрунтування, розробка та впровадження сучасної моделі системи

безперервного поліпшення якості інтегрованої медичної допомоги в роботу багатопрофільного закладу охорони здоров'я» Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (номер державної реєстрації 0122U000232).

Конфлікт інтересів. Автор підтверджує відсутність конфлікту інтересів в цій публікації.

Література

- Величко О. М., Гордієнко Т. Б., Коломієць Л. В., Шевцов А. Г. Удосконалення методу групового експертного оцінювання. Монографія / за ред. Величко О. М. Одеса : Бондаренко М. О., 2017. 216 с.
- Величко О. М., Коломієць Л. В., Гордієнко Т. Б., Шевцов А. Г., Карпенко С. Р., Габер А. А. Групове експертне оцінювання та компетентність експертів: [монографія] / ред.: О. М. Величко; Одес. держ. акад. техн. регулювання та якості. Одеса : Бондаренко М. О., 2015. 284 с.
- Вороненко Ю. В., Вдовиченко Ю. П., Мінцер О. П., Вернер О. М., Краснов В. В. Концептуальні питання розробки стандартів вищої освіти для підготовки лікарів. *Медична освіта*, № 2, 2012. С. 31–34.
- Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». Затверджено Наказом МОЗ України від 29 березня 2002 р. № 117 URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text> (Дата перегляду: 01.02.2024).
- Жилин Д. М. Теория систем: опыт построения курса Москва : Едиториал УРСС, 2003. 184 с.
- Жовтянська В. В. Психологія репрезентацій дійсності : монографія. Київ : Талком, 2020. 376 с.
- Ковтунець В., Лилик І., Максименко О., Мельник С., Раков С., Семигіна Т., Середа Л. Посібник для оцінювачів результатів навчання для присвоєння професійних кваліфікацій / За заг. ред. В. Ковтунця та Т. Семигіної. Київ : ТОВ «ВІСТКА», 2021. 156 с.
- Комар О. Конструктивістська парадигма освіти. *Філософія освіти* 2(4). 2006. С. 45–36.
- Компетентнісний підхід у вищій школі: теорія та практика : монографія / кол. авт.; за заг. ред. О. А. Жукової, А. І. Комишана. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2021. 264 с.
- Марічерда В. Г., Могилевкіна І. О., Коньков Д. Г. та ін. Організація та проведення об'єктивного структурованого клінічного іспиту: методичні рекомендації / за ред. проф. В. Г. Марічерда Одеса : Одеський національний медичний університет, 2020. 84 с.
- Методика розроблення професійних стандартів. Затверджена наказом Міністерства соціальної політики України 22 січня 2018 року № 74 URL : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0165-18> (Дата перегляду: 01.02.2024).
- Методичні рекомендації щодо розроблення професійних стандартів. Схвалено Рішенням Національного агентства кваліфікацій № 1 протокол № 3 (103) від 25.01.2023 р. URL : <https://nqa.gov.ua/uploads/multiple-input/63d3be768f7b1.pdf> (Дата перегляду: 01.02.2024).
- Мруга М. Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей. Дис. ...канд. пед. н. : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. / Центральний інститут післядипломної педагогічної освіти АПН України, Київ, 2007. 360 с.
- Національний класифікатор України «Класифікатор професій ДК 003:2010». Держспоживстандарт України (2010). URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va327609-10#Text/> (Дата перегляду: 01.02.2024).
- Про вищу освіту : Закон України від 01.07.2014 № 1556-VII. Верховна Рада України (2014). URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (Дата перегляду: 01.02.2024).
- Про затвердження порядку розроблення та затвердження професійних стандартів: Постанова від 31 травня 2017 р. № 373. Кабінет Міністрів України (2017). URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/373-2017-%D0%BF#Text> (Дата перегляду: 01.02.2024).

- Про освіту : Закон України № 2145-VIII від 05.09.2017. Верховна Рада України (2017). URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19/print> (Дата перегляду: 01.02.2024).
- Семигіна Т., Рашкевич Ю. Базові поняття системи кваліфікацій у контексті трансформації освітньої парадигми. *Репрезентація освітніх досягнень, мас-медіа та роль філології у сучасній системі наук*. Вінниця : Європейська наукова платформа. 2022. С. 45–63.
- Шевцов А. Системно-синергетична методологія дослідження професійних компетентностей лікаря у багатопрофільних закладах охорони здоров'я. *Клінічна та профілактична медицина*. 3(17), 2021. С. 65–74. DOI : [https://doi.org/10.31612/2616-4868.3\(17\).2021.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.3(17).2021.08)
- Шевцов А., Зюков О., Ошивалова О. Ставлення лікарів до своїх психологічних компетентностей як складова їх професійної саморефлексії. *Клінічна та профілактична медицина*, 1(23). 2023. С. 50–57 DOI : [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(23\).2023.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(23).2023.08)
- A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. / Eds.: Anderson Lorin W., Krathwohl David R. New York : Longman. 2001.
- Bloch R., Burgi H. The Swiss Catalogue of Learning Objectives *Medical Teacher*. 2002. Vol. 24, № 2. С. 144–150.
- Essential Roles and Key Competencies of Specialist Physicians. / CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group. Canada, 2000.
- Harden R. M., Crosby J. R., Davis M. H. An introduction to outcome-based education *Medical teacher*. 1999. Vol.21, №1. С. 7–14.
- Report I. learning objectives for medical student education. Guidelines for medical schools. Medical School Objective Project. AAMC. / Association of American Medical Colleges. Washington : DC. 1998. 360 p.
- Velycico O., Gordienko T., Colomiet L., Sevtsov A. Evaluarea De Grup A Comisiei De Experti Si Competenta Expertilor Tehnici Editie Stiintifica : Politehnica. Bucuresti. 2017. 189 p.
- Woitczak A., Schwarz M. R. Minimum essential requirements and standards in medical education *Medical Teacher*. 2000. Vol.22, № 6. С. 555–559.

References

- Anderson Lorin W. & Krathwohl David R. (Eds). (2001). A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives : Longman (eng).
- Bloch R., Burgi H. (2002). The Swiss Catalogue of Learning Objectives *Medical Teacher*. Vol. 24, № 2. 144–150. (eng).
- Essential Roles and Key Competencies of Specialist Physicians (2000). CanMEDS 2000 Project Societal Needs Working Group (eng).
- Handbook of qualification characteristics of employees' professions. Issue 78 "Health Care". Approved by the Order of the Ministry of Health of Ukraine dated March 29, 2002. № 117 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text> (Date of access: 02.01.2024) (ukr).
- Harden, R. M., Crosby, J. R. & Davis, M. H. (1999). An introduction to outcome-based education *Medical Teacher*. Vol.21, № 1. 7–14 (eng).
- Komar, O. (2006). Constructivist paradigm of education. *Philosophy of Education* 2(4). 45–36 (ukr).
- Kovtunets, V., Lylyk, I., Maksymenko, O., Melnyk, S., Rakov, S., Semyhina, T. & Sereda, L. (2021). Guide for evaluators of training results for assigning professional qualifications : «VISTKA» LLC (ukr).
- Marichereda, V. G., Mohylevkina, I. O., Konkov, D. G. & others. (2020). Organization and conduct of an objective structured clinical examination: methodological recommendations : Odesa National Medical University (ukr).
- Methodological recommendations for the development of professional standards. Approved by the Decision of the National Qualifications Agency No. 1, Protocol No. 3 (103) dated 01.25.2023. <https://nqa.gov.ua/uploads/multiple-input/63d3be768f7b1.pdf> (Date of access: 02.01.2024) (ukr).
- Methodology for developing professional standards. Approved by Order of the Ministry of Social Policy of Ukraine on January 22, 2018 No. 74 <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0165-18> (Date of access: 02/01/2024) (ukr).

- Mruha, M. R. (2007). Structural and functional model of professional competence of the future doctor as a basis for diagnosing his professional qualities. Diss. for the Degree of the Candidate of Pedagogical Sciences / Central Institute of Postgraduate Pedagogical Education of the Academy of Sciences of Ukraine (ukr). National Classifier of Ukraine "Profession Classifier DK 003:2010". State Consumer Standard of Ukraine (2010). <https://zaekon.rada.gov.ua/rada/show/va327609-10#Text/> (Date of access: 02.01.2024) (ukr).
- On Education: Law of Ukraine No. 2145-VIII dated September 5, 2017. Verkhovna Rada of Ukraine (2017). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19/print> (Date of access: 02/01/2024) (ukr).
- On Higher Education: Law of Ukraine dated July 1, 2014 No. 1556-VII. Verkhovna Rada of Ukraine (2014). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (Date of access: 02.01.2024) (ukr).
- On the Approval of the Procedure for the Development and Approval of Professional Standards: Resolution of May 31, 2017 No. 373. Cabinet of Ministers of Ukraine (2017). <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/373-2017-%D0%BF#Text> (Date of access: 02.01.2024) (ukr).
- Report, I. (1998). Learning objectives for medical student education. Guidelines for medical schools. Medical School Objective Project. AAMC. / Association of American Medical Colleges : DC (eng).
- Semyhina, T. & Rashkevych, Yu. (2022). Basic concepts of the system of qualifications in the context of the transformation of the educational paradigm. Representation of educational achievements, mass media and the role of philology in the modern system of sciences : European Scientific Platform. 45–63 (ukr).
- Shevtsov, A. (2021). System-synergistic methodology for the study of professional competencies of doctors in multidisciplinary health care institutions. *Clinical and Preventive Medicine*. 3(17), 65–74. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.3\(17\).2021.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.3(17).2021.08) (ukr).
- Shevtsov, A., Zyukov, O. & Oshivalova, O. (2023). Attitude of doctors towards their psychological competencies as a component of their professional self-reflection. *Clinical and Preventive Medicine*, 1(23). 50–57 [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(23\).2023.08](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(23).2023.08) (ukr).
- Velychko, O. M., Hordiienko, T. B., Kolomiiets, L. V. & Shevtsov A. G. (2017). Improvement of the method of group expert evaluation. Monograph : Bondarenko M. O. (ukr).
- Velychko, O. M., Kolomiiets, L. V., Hordilenko, T. B., Shevtsov, A. G., Karpenko, S. R. & Haber, A. A. (2015). Group expert evaluation and competence of experts : Monograph : M. O. Bondarenko (ukr).
- Velycico, O., Gordienko, T., Colomiet, L. & Sevtssov, A. (2017). Evaluarea De Grup A Comisiei De Experti Si Competenta Expertilor Tehnici Editie Stiintifica : Politehnica. Bucuresti (eng).
- Voronenko, Yu. V., Vdovychenko, Yu. P., Mintser, O. P., Verner, O. M. & Krasnov, V. V. (2012). Conceptual issues of development of standards of higher education for training doctors. *Medical Education*, № 2, 31–34. (ukr).
- Woitczak, A. & Schwarz, M. R. (2000). Minimum essential requirements and standards in medical education *Medical Teacher*. Vol. 22, № 6. 555–559 (eng).
- Zhovtianska, V. V. (2020). Psychology of representations of reality : Monograph : Talkom (ukr).
- Zhukova, O. A., Komyshan A. I. (Eds). (2021). Competency approach in higher education: theory and practice : monograph : V. N. Karazin KhNU (ukr).
- Zhylin, D. M. (2003). Theory of systems: the experience of building a course : Editorial URSS (rus).

MODELLING OF PROFESSIONAL QUALIFICATIONS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS BY MEANS OF LABOUR FUNCTION EXPERT ANALYSIS

Andrii Shevtsov, Doctor of Science in Special Education, Full Professor, Corresponding Member of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine; Principal Researcher, State Institution of State Institution of Science «Center of Innovative Healthcare Technologies» State Administrative Department. Kyiv, Ukraine, e-mail : dr_shevtsov@ukr.net

To substantiate the modern model of professional competences of healthcare workers based on expert modelling of labour functions in a professional standard as a basic element of the system of assessment of their qualifications and continuing professional development.