

РОЗВИТОК ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКАРІВ: ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА

Навчальний посібник

Кошова С.П., Гбур З.В.,
Пархоменко-Куцевіл О.І.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «ПЕРЕЯСЛАВ-ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ГРИГОРІЯ СКОВОРОДИ»

Кошова С. П.,
Гбур З. В.,
Пархоменко-Куцевіл О. І.

РОЗВИТОК ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКАРІВ: ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Кам'янець-Подільський
2021

УДК 351:61(075.8)
К 76
Схвалено Вченою радою Переяслав-Хмельницького державного педагогічного університету імені Григорія Сковороди.
Протокол № 7 від 25 січня 2021 р.

Рецензенти:

Древаль Ю. Д. – д. держ. упр., професор, Національний університет цивільного захисту України, професор кафедри охорони праці та техногенно-екологічної безпеки;

Сіцінська М. В. – д. держ. упр., головний науковий співробітник відділу з координації наукових заходів, міжнародного співробітництва та грантової діяльності Хмельницького університету управління та права імені Леоніда Юзькова;

Андрієнко М. В. – д. держ. упр., доцент, начальник науково-дослідного центру цивільного захисту Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту.

Кошова С. П., Гбур З. В., Пархоменко-Куцевіл О. І.

К 76 Розвиток фахівців охорони здоров'я та лікарів: теорія і практика. Навчальний посібник / С. П. Кошова, З. В. Гбур, О. І. Пархоменко-Куцевіл. – Кам'янець-Подільський: ТОВ «Друкарня "Рута"» , 2021. – 340 с.

ISBN

У навчальному посібнику проаналізовано основні механізми державного регулювання навчання фахівців охорони здоров'я, його значення та роль у контексті державного управління; розкрито сутність поняття «адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління»; виокремлено кластери проблем адаптивного навчання фахівців у системі державного управління. У виданні проаналізовано закордонний досвід адаптивного навчання в системі органів державного управління, досліджено особливості адаптивного навчання лікарів.

Для фахівців-практиків сфери державного управління, охорони здоров'я, науковців, студентів, аспірантів, викладачів, усіх, хто цікавиться розвитком наукової думки.

УДК 351:61(075.8)

ISBN

© Кошова С. П., Гбур З. В.,
Пархоменко-Куцевіл О. І., 2021

Зміст

Передмова 6

Розділ І. ***Навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління***

1.1. Наукові підходи до навчання державних службовців 8

1.2. Визначення основних категорій у системі навчання фахівців управління сферою охорони здоров'я 18

1.3. Специфіка навчання в сфері державного управління 40

Питання для самоконтролю. 50

Розділ 2. ***Сучасний стан навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління в Україні та за кордоном***

2.1. Система навчання державних службовців та осіб місцевого самоврядування в Україні 51

2.2. Зарубіжний досвід навчання фахівців у системі державного управління в сфері охорони здоров'я 68

2.3. Напрями реалізації комплексного інституційного механізму державного регулювання адаптивного навчання в державному управлінні 81

Питання для самоконтролю.....92

Розділ 3. ***Адаптивне навчання лікарів в інформаційно-психологічному контексті***

3.1. Адаптивне навчання лікарів як складова компетентнісного підходу у медичній освіті 93
3.2. Загальна характеристика інформаційно-психологічних особливостей адаптивного навчання лікарів 99
3.3. Теоретичні аспекти навчання дорослих.....108
Питання для самоконтролю.....132

Розділ 4. ***Емпіричні аспекти адаптивного навчання в системі медичної освіти***

4.1. Емпіричне дослідження психологічної готовності лікарів до адаптивного навчання 133
4.2. Професійна ідентичність у процесі адаптивного навчання лікарів.....148
4.3. Інформаційно-психологічні особливості е-навчання в медичній освіті.....154

Розділ 5. ***Інформаційно-психологічні рекомендації для впровадження адаптивного навчання в медичній освіті***

5.1. Рекомендації з впровадження інформаційних аспектів адаптивного навчання..... 193
5.2. Рекомендації щодо включення рефлексії та рефлексивних практик у процес адаптивного навчання лікарів 202
5.3. Інформаційно-психологічні особливості викладання у клінічному середовищі..... 221
Питання для самоконтролю 250

Розділ 6. ***Теоретична модель навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління***

6.1. Обґрунтування теоретичної моделі адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я 252
6.2. Експертне дослідження впливу інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я 265
6.3. Концепція інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління у сфері охорони здоров'я до 2030 року 280
Питання для самоконтролю 300

Висновки 301

Список використаних джерел та літератури ... 305

ПЕРЕДМОВА

Сучасний досвід навчальної підготовки кваліфікованих фахівців вимагає комплексного удосконалення навчальних систем та навчальних програм. Особливо визначальною потреба підготовки кваліфікованих фахівців є у сфері державного управління. Звідси постає очевидним факт необхідності удосконалення навчального процесу та кваліфікованої підготовки фахівців сфери державного управління на основі переходу від традиційних до нових систем навчання.

Водночас дослідження засвідчують, що на сьогодні у практиці підготовки висококваліфікованих фахівців, зокрема фахівців сфери державного управління, активно впроваджується адаптивна система навчання, в основу якої закладено використання сучасних інноваційних методик навчання.

Навчальний посібник є виданням, яке об'єднує в собі питання проблематики навчання фахівців у сфері охорони здоров'я в державному управлінні та особливості адаптивного навчання лікарів.

Предметом навчальної дисципліни є процес розвитку професійно-інтелектуального потенціалу фахівців системи державного управління.

Метою навчальної дисципліни є формування системи теоретичних знань і практичних навичок з навчання фахівців державного управління сфери охорони здоров'я.

Основні завдання – це вивчення теоретичних та організаційних підходів до навчання фахівців державного управління і лікарів.

Вивчення адаптивного навчання ґрунтується на знаннях з дисциплін: публічне управління та публічне адміністрування, теорія та історія державного управління, механізми державного управління, інноваційні методики викладання, методологія наукових досліджень.

Вимоги до знань і умінь:

знати: сутність і функції адаптивного навчання; організацію навчання фахівців державного управління сфери

охорони здоров'я та лікарів; стратегію і тактику навчання фахівців державного управління сфери охорони здоров'я та лікарів; організаційне та інформаційне забезпечення навчання фахівців державного управління сфери охорони здоров'я та лікарів; сутність і методи навчання фахівців державного управління сфери охорони здоров'я та лікарів; методичний інструментарій навчання фахівців державного управління сфери охорони здоров'я та лікарів.

Навчальний посібник адресований передусім здобувачам та студентам спеціальності «Управління охороною здоров'я», «Публічне управління та адміністрування в сфері охорони здоров'я» вищих навчальних закладів, аспірантам, викладачам, слухачам системи підвищення кваліфікації.

РОЗДІЛ І.

НАВЧАННЯ ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

1.1. Наукові підходи до навчання державних службовців

Сучасна держава характеризується багатоманітністю цілей, завдань і функцій, від професійного і чіткого виконання яких залежить ефективність функціонування того чи іншого державно-організованого суспільства.

Світовий досвід і стан сучасних відносин в Україні свідчить, що сучасне суспільство не може нормально функціонувати і розвиватися поза державою, незалежно від її упорядкованого впливу на розвиток найважливіших суспільних відносин. Це зумовило необхідність створення кваліфікованого й ефективно функціонуючого державного апарату.

Водночас діяльність держави, результати виконання нею політичних, економічних, соціальних, організаційно-управлінських і правових функцій визначаються системою створених у всіх гілках державної влади органів, їх організаційно-структурною побудовою, якісним складом кадрового потенціалу органів, служб і підрозділів державної служби.

В умовах системного реформування державної служби порушено проблему якості й професійної компетентності кадрів, оскільки публічна служба постає одночасно як суспільний інститут, діяльність, система правил роботи з виконання функцій держави і персонал, спроможний ефективно виконувати ці функції. Від рівня професійної компетентності державних службовців, їх здатності до постійного особистісного та професійного розвитку залежить ефективність впровадження управлінських рішень і реалізації державних програм розвитку країни.

Дослідженню теоретико-методологічних засад реформування державного управління присвячено чимало наукових праць. Зокрема, Т. Ю. Витко та М. І. Іщенко розкривають дефініцію «державний службовець» у контексті поняття «державна служба».

Я. Надворняк, Н. С. Панова та А. Пєров акцентують увагу на правових засадах професійного навчання державних службовців.

Г. О. Сабадош, С. О. Чебоненко, І. А. Яремчук з'ясовують проблемні питання функціонування системи професійного навчання персоналу державної служби.

У наукових працях зазначено, що готовність суспільства до глобальних перетворень значною мірою визначається ступенем розробленості системи навчання державних службовців, її орієнтацією на розвиток особистості, творчих здібностей, професійної та соціальної компетентності. Водночас перехід до інформаційного суспільства, розширення видів діяльності людини, «криза компетентності» зумовили якісні зміни в системі навчання державних службовців: перехід від концепції навчання на все життя до концепції навчання впродовж життя, пошук нових підходів, нових технологій, нових навчальних систем.

Навчання державних службовців має переосмислити свою місію та перевизначити багато своїх функцій, зокрема в поглядах на суспільні потреби в навчанні та тренуванні впродовж усього життя. Водночас ідея безперервного навчання не може бути нав'язаною суспільству ззовні з метою його перетворення, оскільки власне суспільний розвиток забезпечує іманентні умови для реалізації концепції безперервного навчання на основі збільшення різноманітності навчальних форм. Створення системи адаптивного навчання державних службовців може слугувати відповіддю на виклики сьогодення.

Уперше термін «адаптація» (від лат. adaptation, що означає прилаштовування, пристосування) став використовуватися Х. Аубертом у XVIII ст. для опису здатності живого організму пристосовуватися до зовнішніх умов, що змінюються, а

у вузькому значенні – для позначення змін чуттєвості органів почуття під впливом подразників. Нині дане поняття використовується в багатьох галузях знань: кібернетиці, менеджменті, педагогіці, психології, соціології, фізіології, економіці, андрагогіці.

Поняття адаптивності, у певному сенсі, можна вважати найбільш загальним поняттям педагогіки. Наприклад, Є. Б. Артамонов, О. В. Панфьоров визначають зміст навчання як «педагогічно адаптований соціальний досвід». Саме навчання допомагає «входженню в життя», адаптації в ньому, але, щоб стати певним адаптером, навчання повинно бути адаптованим до реалій життя людини, до її потреб, що особливо важливим є у навчанні державних службовців. Тому, з одного боку, через навчання здійснюється адаптація державних службовців до нових умов життя та роботи, а з іншого – відбувається адаптація самого навчання до життя конкретних суб'єктів.

Адаптація проявляється під час особливої діяльності людини, що спричинена її мотивацією і потребами, які виникають у відповідній психологічній діяльності на зміни навколишнього середовища. Серед них називають такі потреби: пізнавальну, емоційного контакту та потребу у сенсі життя. Вищевказаний перелік орієнтувальних потреб пов'язаний з освітою, за допомогою якої здійснюється наукове пізнання явищ, відбувається адекватна оцінка емоційних станів оточуючих, а також співвіднесення власних цінностей із загальноприйнятими в суспільстві.

Педагогічні аспекти адаптації в літературних першоджерелах розглядають у контексті освітньої (педагогічної) адаптації. Під цим поняттям Д. Ловцов розуміє «цілеспрямований процес погодженої взаємодії суб'єктів навчання з урахуванням їх можливостей і дидактичного середовища, регульованого за допомогою спеціальних дидактичних засобів і методів». З такої ж позиції явище освітньої адаптації ґрунтовно розглядають як підхід до навчання в контексті практичних вимог до освітнього процесу, як процес пристосування до умов професійного становлення, як пристосу-

вання студентів до інноваційних форм подачі навчального матеріалу в контексті дидактичної адаптації, як складову адаптивних систем в освіті, як підхід до управління освітою, як процес входження у викладацьку діяльність, як реалізацію адаптивної технології навчання. Освітня адаптація у науково-педагогічній літературі також висвітлена як складова адаптивних платформ навчання, зокрема, віртуального характеру.

На думку А. Калашнікової, «освітня адаптація» включає дидактичну адаптацію та адаптацію під час освітнього процесу до навчальної та пізнавальної діяльності. Ці два взаємопов'язаних процеси проходять із взаємним впливом зовнішніх та внутрішніх складових. При цьому дидактична адаптація передбачає домінування зовнішніх складників як особливостей дидактичної системи вищої освіти. Домінування внутрішніх складових характерне адаптації навчально-пізнавальної діяльності студентів до умов, які мають на меті професійне становлення майбутнього фахівця. Керуючись трактуванням різновидів категорії «адаптація», іноді вважають таке розмежування некоректним і висловлюють думку, що адаптивне навчання відбувається у навчальному середовищі, складники якого у процесі постійної взаємодії змінюються (при цьому відхиляється безпосереднє трактування освітньої адаптації як бінарної системи).

Загалом для складових процесу інформаційно-психологічного впливу при адаптивному навчанні фахівців державного управління, зокрема у галузі освіти та охорони здоров'я, є характерними загальновідомі закономірності, серед яких виокремлюються:

– спрямованість на психологічно-емоційну сферу спільноти, її запити та очікування, оскільки його наслідки впливають на цілеспрямованість та силу факторів спонукання, індивідуальних побажань і особистісних прагнень;

– поведінкові та інші прояви під впливом емоційного оточення, які впливають на стан та внутрішні психологічні прояви, відношення та стосунки між членами суспільного колективу;

– вплив безпосередньо на комунікативні та поведінкові особливості, прояви специфічності у спілкуванні та взаємовідносинах, що дає можливість створювати в освітньому й управлінському колективах потрібні соціальні та психологічні умови, які виключають прояви дискомфорту, змушує членів колективу до співпраці та уникнення можливостей створення конфліктних ситуацій;

– зміни внаслідок психологічного впливу на інтелектуальну та пізнавальну освітню сферу особистості в проявах її уявлення, характерних особливостях сприйняття та оброблення нової інформації і, як підсумок, створення так званої «картини світу людини».

Важливо зрозуміти, як забезпечується у процесі навчання різних груп суб'єктів реалізація адаптаційної функції. Відомо, що у навчанні адаптація розглядається як двосторонній узаємообумовлений процес пристосування соціально-освітнього середовища (інституції навчання) до особистості, а також активного включення суб'єкта навчальної діяльності у проектування адаптивного інформаційно-освітнього середовища та розроблення індивідуальних освітніх маршрутів.

Як бачимо, адаптивне навчання є соціально орієнтованою, навчальною і розвивальною моделлю цілеспрямованого процесу взаємодії педагога, тих, хто навчається, і джерел інформації. Його основною характеристикою є поєднання адаптивної та адаптуючої діяльності. Звідси застосування адаптивного навчання в освіті державних службовців є умовою її ефективності. Воно здатне надати державним службовцям можливості розвитку мобільності, компетентності, творчості, здатності адекватно реагувати на динамічні життєві ситуації, ефективно розв'язувати проблеми і досягати певного результату. Адаптація – важливий напрям у системі інформаційної підтримки навчання. Саме навчання державних службовців сприяє адаптації особистості в сучасному інформаційному суспільстві, відіграє провідну роль у підвищенні конкурентоспроможності країни.

Політика Європейського Союзу пропонує глибокі перетворення та оновлення сектору освіти суб'єктів навчання,

намагається посилити його та пристосувати до нових потреб в освіті, котрі виникають у громадян будь-якого віку, усе більше підкреслюючи цінність людини як «головного європейського надбання і стрижневого елемента будь-якої політичної діяльності європейського товариства».

Документи європейських самітів підсумовують, що освітні системи повинні адаптуватися до нових реалій XXI століття; освіта суб'єктів навчання і безперервна освіта мають стати «головною політичною програмою громадянського товариства, соціальної єдності та зайнятості».

Розглядаючи адаптивне навчання в контексті управління освітньою системою у закладах вищої освіти, у дослідженнях визначено його основні функції. До них віднесено: полегшення й стимулювання діяльності у процесі фахової підготовки, максимально наближеної до професійної; створення інтелектуальної та емоційної атмосфери у процесі навчання через досвід; надання педагогічної допомоги та психологічної підтримки у розв'язанні проблемних, професійно значущих ситуацій інтерактивними, фахово-доцільними методами безпосередньої взаємодії учасників освітнього процесу.

Для ефективної організації адаптивного навчання державних службовців наступним аспектом дослідження став аналіз відповідних літературних джерел для добору провідних принципів адаптивного навчання. Склад таких принципів у працях різних науковців неаналогічний.

Так, група науковців називає у їх складі принципи активності, самостійності, індивідуальності, систематичності і послідовності. За ними принцип активності реалізується в діяльності (навчальній), кінцевим результатом якої є вміння не тільки розв'язання завдань за алгоритмом, а й самостійне конструювання алгоритму при виконанні творчих завдань. Принцип самостійності відображений у формуванні вмінь самостійно орієнтуватися в нових темах, самостійно мислити і вмінь добору алгоритмів при виконанні нових завдань. Реалізація адаптивного навчання крізь принцип індивідуалізації ґрунтується на особливій взаємодії суб'єктів навчання і викладача, при якому вра-

ховуються індивідуальні особливості суб'єктів навчання. На наш погляд, саме такий підхід формує високий рівень інтелектуального розвитку.

Принципи систематичності і послідовності забезпечують формування логічних, послідовних знань, умінь і навичок не тільки в межах однієї теми, але впродовж вивчення різних тем. Інші науковці, окрім вище вказаних принципів, доповнюють їх перелік дидактичними принципами, які спрямовані на продуктивність навчання з урахуванням індивідуальних можливостей суб'єктів навчання. Але їх реалізація, на думку цих науковців, можлива при комплексному взаємозв'язку з іншими загальноприйнятими дидактичними принципами.

Розглядаючи інформаційні технології як засіб адаптивного навчання, А. А. Гадомська наводить дещо інші його принципи. Їх основою є особистісна індивідуалізація, на базі якої конструюються індивідуальні освітні маршрути.

У працях О. В. Федусенко, А. О. Федусенко, І. М. Доманецької застосування інформаційних технологій також розглядаються крізь призму адаптивного навчання. При цьому науковці принципи адаптивного навчання ґрунтують на основі індивідуалізації мислення та методологічного вміння підлаштуватися під навчальні потреби.

У дослідженнях І. М. Доманецької, О. В. Федусенко, В. М. Хроленко адаптивний підхід опирається на систему загальних і специфічних дидактичних принципів, що взаємопов'язані. До першої віднесено науковість, індивідуалізацію навчальної діяльності, свідомість і активність, системність, послідовність. Друга містить принципи динамічності, усвідомленої перспективи, варіативності методичного забезпечення, паритетності.

Найбільш ґрунтовно у літературі описані та функціонально розмежовані принципи адаптивного навчання у праці М. Б. Літвінової. Науковці виокремлюють три групи таких принципів. Серед них: базові, які регулюють адаптивні процеси у вищій школі; ключові, що сприяють адаптації суб'єктів навчання до міжособистісних, інтерактивних технологій

фахової підготовки, та загальнодидактичні, які регулюють освітні процеси у середній і вищій школах із засвоєнням знань, умінь і навичок та формуванням здатностей їх застосувати в практичній діяльності.

На думку авторів, ці групи принципів функціонують як «система, якщо, з одного боку, вони виступають як основні вимоги до педагогічної взаємодії викладачів і суб'єктів навчання, з іншого – їх адекватне дотримання набуває статусу дидактичних і психологічних умов якісної реалізації адаптивних функцій процесу фахової підготовки вчителя до професійної діяльності. Здійснення дій із реалізації базових і ключових принципів, що забезпечують адаптацію суб'єктів навчання у процесі вивчення змісту фахових дисциплін як відносно автономних (наприклад, методики навчання окремих дисциплін), регулюються загальнодидактичними принципами предметного навчання. Зокрема, загальнодидактичний принцип індивідуалізації й диференціації навчання вимагає опори на індивідуалізовані здатності кожного суб'єкта навчання, активно-діяльнісне охоплення його пізнавальною взаємодією. З іншого боку, варто зважати на індивідуальні можливості кожного диференціювати зміст навчального матеріалу за його структурою (теоретичний, емпіричний чи фахово-практичний або їх поєднання на одному уроці) та рівнями їх засвоєння (сприйняття-відтворення; усвідомлення-розуміння; осмислення, узагальнення-застосування знань, умінь і навичок)».

Керуючись наведеним науковим доробком, провідними принципами адаптивного навчання є загальнодидактичні. Однак у працях інших науковців, які наведені вище, класифікації принципів адаптивного навчання відсутні. Тому під час їх добору у дослідженні здійснено загальний аналіз їх складу за даними різних науковців (табл.1.1.1. в додатку А).

Як свідчить аналіз табл. 1.1.1., до основних принципів адаптивного навчання державних службовців можна віднести:

- гнучкість, відкритість, орієнтацію на реальні потреби суб'єкта, що навчається, варіативність;

- нове розуміння загальної культури державних службовців в інформаційному суспільстві як поєднання гуманістичної, наукової та технологічної складових, як основи для організації особистого, соціального і професійного життя (принцип соціального та особистісного розвитку);
- інтеграцію культурно-історичного та ціннісно-аксиологічного феноменів, засвоєння яких дозволяє переосмислити такі істини та цінності, як пізнання природи, суспільства, людини і культури (принцип культурно-історичного та ціннісного розвитку);
- реалізацію інтегративно-модульних технологій навчання, які базуються на єдності нормативного (соціального) та індивідуального, що дозволяє особистості конструювати індивідуальні освітні маршрути, принцип індивідуального просування);
- забезпечення грамотності та компетентності, розвитку загальної інтелектуальної культури, створення наукової бази у професійній сфері (принцип компетентнісного підходу).

Останніми роками адаптивне навчання сильно змінилося завдяки появі сервісу «Knewton». Розпочався такий період, коли кожний освітній додаток за замовчуванням – адаптивний. У навчальних системах реалізуються принципи, відповідно до яких забезпечується ілюстрація, що державні службовці знають, наскільки вони готові до нових знань і як їх здібності розвиваються з часом. Зрозуміло, необхідно мати початкову інформацію, що взагалі потрібно знати державним службовцям, та сформувати відповідний стандарт. Без складної інфраструктури, що постачала б найсвіжіші дані про створені під час навчання знання та вміння державним службовцям, цього зробити неможливо. Такі системи можуть лише робити припущення з певним значенням ймовірності. Важливо підкреслити, що похибка буде збільшуватися в геометричній прогресії з кожним новим рівнем, на який переходять державні службовці. Тому вкрай необхідною треба вважати постійну корекцію траєкторії навчання.

Сучасним інструментарієм вдосконалення адаптивного навчання державних службовців є розроблення і впровадження інтелектуальних навчальних систем. Інтелектуальний аналіз рішень – це процедура перевірки, при якій навчальна система здатна проаналізувати відповіді державних службовців на тестові завдання, вказати, що саме неправильно чи неповно висвітлено у відповіді та, як наслідок, які знання недостатньо засвоєні державним службовцем. У зв'язку з цим інтелектуальні навчальні системи можуть надавати державним службовцям детальну інформацію про помилки та, відповідно, адаптувати навчальний процес до індивідуальних особливостей державних службовців. Ця адаптація може включати, наприклад, постійний підбір і організацію структури наступної порції навчального матеріалу – залежно від того, які компоненти знання та процедури досліджуваного предмета засвоєно державними службовцями і наскільки добре.

Також можуть враховуватися його емоційний і когнітивний стани, мотивація до навчання, навчальні цілі (підготовка до підсумкового екзамену з предмету або вивчення повного курсу «з нуля», в індивідуальних формах і темпі). Інтелектуалізація адаптивного навчання передбачає використання методів і моделей подання інформації на базі систем, заснованих на знаннях.

Проведений аналіз дає підстави зазначити, що не існує комплексних досліджень з питання інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в державному управлінні. Водночас існують дослідження навчання державних службовців та осіб місцевого самоврядування (М. Орлів), питання інформаційного наповнення програм підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців й осіб місцевого самоврядування. Окремо науковці звертають увагу на організаційну структуру підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців та осіб місцевого самоврядування.

Разом з тим на сьогодні виникла об'єктивна потреба у системному аналізі адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в державному управлінні, адже така підготов-

ка надає можливість більш предметно підійти до розвитку саме управлінських кадрів у системі охорони здоров'я. Сучасні глобалізаційні виклики, пандемія продемонстрували нездатність системи охорони здоров'я оптимізувати свою діяльність, перепрофілювати швидко лікарні з урахуванням потреб населення та національного здоров'я, вирішення питання швидкого оновлення кадрового потенціалу в системі охорони здоров'я. Тобто управління охороною здоров'я здійснюється вкрай неефективно.

1.2. Визначення основних категорій у системі навчання фахівців управління сферою охорони здоров'я

Управлінський потенціал менеджерів сфери охорони здоров'я не забезпечує досягнення стратегічних завдань, затверджених у рамках актуальної політики виконавчих органів влади. А тому в межах оновлених цілей, визначених Стратегією реформування державного управління та Національною стратегією реформування системи охорони здоров'я, доцільно трансформувати діючі механізми професійної підготовки та подальшої роботи із керівними медичними кадрами.

Результативне управління галуззю охорони здоров'я являє собою комплекс взаємоузгоджених управлінських рішень, розробка яких відбувається на різних рівнях реалізації публічного управління: головні вимоги до управлінських моделей формуються на рівні глобального міждержавного простору; в перспективі запропоновані норми трансформуються під впливом особливостей національного та місцевого соціально-економічного середовища. Відповідно оптимальність загальнодержавної регуляторної концепції, сформованої в умовах активної інтеграції, впливає на результативність керівної роботи фахівців різних галузей життєдіяльності, зокрема сектору охорони здоров'я. А тому структурування і оптимізація управлінської роботи має починатись із оновлення підходів підготовки управлінців.

Практична необхідність проведення глибинних досліджень окресленої проблематики пов'язана із нагальною потребою у зміні відношення менеджерів до професійного навчання: забезпечення високого рівня мотивації на шляху отримання професійних знань і навичок стають базовими факторами особистісного розвитку керівників та, як наслідок, керованої ними структури.

Всебічний аналіз окресленої у науковій статті проблематики дозволяє зробити висновок, що визначення рівня впливу реформування державного управління на механізм підготовки та професійну компетентність керівників медичного сектору є достатньо досліджуваною сучасними науковцями та аналітиками темою.

Створення оптимальних умов підготовки фахівців управління сферою охорони здоров'я розпочинається із формування принципових положень та вимог до організації управлінських моделей, зокрема:

- принцип багатьох рівнів впливу управлінських дій;
- багатовимірність регуляторної роботи менеджерів;
- нелінійність сучасних підходів організації процесів управління;
- альтернативність варіантів розвитку керованої системи;
- принцип унікальності підходів управління завдяки ідентифікації медичної організації як унікальної структури з урахуванням специфіки її діяльності;
- взаємоузгодженість моделі управління із організаційною, технологічною, економічною, інформаційно-інноваційною складовими;
- збалансованість управлінських дій;
- наявність зворотного зв'язку, що сприяє зміні управлінських рішення внаслідок виявлених відхилень у діяльності медичного закладу;
- стійкість розвитку системи охорони здоров'я як на рівні окремої медичної установи, так і на рівні загальнонаціонального сектору діяльності.

Аналізуючи концептуальні основи трансформації медичного сектору, дослідники звертають увагу на впливовість

реформи децентралізації управління, яка передбачає оновлення механізмів реалізації та перерозподілу управлінських повноважень у розрізі окремих сфер соціально-економічної діяльності. Автори стверджують, що в умовах глобальних змін з'являються додаткові принципи організації управлінської роботи, а саме:

– забезпечення рівнодоступності громадян до медичних послуг (зокрема, керування на засадах загальноприйнятих людських цінностей, притаманних соціальній державі);

– принцип демократизованого державного управління соціально орієнтованими сферами;

– принцип законодавчо визначеного порядку управління процесами медичного обслуговування громадян із дотриманням правового статусу пацієнтів.

Розробка оновлених принципів організації управлінських моделей розпочалась із вибором Україною євроінтеграційного вектору, в межах якого здійснюється стандартизація функціонування різних секторів життєдіяльності населення.

Відповідно до запропонованих у Стратегії реформування державного управління положень, подальше функціонування соціально-економічних галузей має здійснюватись на засадах професійної, результативної, ефективної та підзвітної діяльності фахівців управління, які виступають основними реалізаторами тактики регулювання.

На основі цього авторами було виокремлено різні типи керівників, відмінність підготовки яких пов'язана із різницею у вимогах до їх професійної компетентності:

• спеціаліст із державного управління охороною здоров'я – виступає виконавцем державної стратегії та здійснює управлінську діяльність у межах реалізації публічного менеджменту;

• менеджер в охороні здоров'я – працівник або керівник лікувально-профілактичних закладів, функціональними повноваженнями якого є виконання організаційної роботи щодо реалізації замовлень на контрактних засадах. Специфіка роботи менеджера не дозволяє йому приймати тактичних рішень у межах загальнонаціональної реформаційної

стратегії, оскільки його посада не передбачає проходження державної служби, проте він повинен мати юридичну чи економічну освіту;

- керівник медичного закладу – вузькоспеціалізований менеджер, який здійснює загальне управління медичними організаційно-технологічними процесами, збалансовує роботу окремих функціональних ланок установи і координує зусилля колективу на шляху досягнення загальнонаціональної стратегічної цілі – створення конкурентоздатної, оптимізованої сфери охорони здоров'я.

Відповідно, враховуючи запропоновану класифікацію, модернізована система підготовки спеціалістів та менеджерів у сфері охорони здоров'я має передбачати розвиток управлінської, регуляторної компетентності працівника, стимулювати його до оволодіння фундаментальними основами організації управлінської роботи, розвивати комунікативний потенціал, необхідний для раціоналізації співробітництва управлінців та громадськості. Своєю чергою керівники медичних закладів повинні розвивати освітницький потенціал, зокрема його інтелектуальну складову, а також вдосконалювати професійну компетентність, яка виступає першочерговим пріоритетом для лікаря.

Розглянемо категорію «механізму» з енциклопедичних словникових джерел.

Так, Тлумачний словник економіста визначає «механізм» як пристрій, прилад, що здійснює ряд певних виробничих операцій, а також як сукупність процесів, прийомів, методів, підходів або здійснення певних дій задля досягнення мети.

Словник іншомовних слів наголошує на грецькому походженні терміну «механізм» та визначає його як «сукупність проміжних станів або процесів будь-яких явищ».

В економічному словнику економіки та права механізм трактується як сукупність організаційних структур, конкретних форм і методів управління, а також правових норм, за допомогою яких реалізуються діючі у конкретних умовах економічні закони.

Р. С. Квасницька та С. О. Джерелейко характеризують механізм як систему, що визначає послідовність здійснення певних процесів або порядок виконання відповідних робіт.

Визначення терміну «механізм» в економічному розумінні означає систему (сукупність) заходів, чинників, які функціонують у взаємозв`язку з метою підвищення ефективності, задоволення потреб суспільства, збільшення грошових потоків до бюджету тощо.

Водночас необхідно звернути увагу на те, що існує велика кількість категорійних трактувань «механізму» з різних точок зору, але наше дослідження зосереджено лише на управлінському аспекті.

Саме тому відзначимо, що А. Кульман наголошував на існуванні великого числа механізмів, які є системою елементів та об'єктів управління, в якій відбувається перетворення впливу елементів управління на необхідний стан або їх реакцію, що має вхідні посилки і результуючу реакцію. Всередині кожного механізму лежить певний набір елементів, які пов'язані і тісно взаємодіють між собою заради вирішення спільних завдань і досягнення загальної мети існування усього механізму. Таким чином, механізм являє собою систему процесів, прийомів та методів, які стають важливим інструментом для досягнення як коротко-, так і довгострокових цілей через прийняття правильних та своєчасних рішень.

Як бачимо, відсутнє єдине бачення та єдиний підхід щодо трактування такої категорії, як «механізм». Саме тому вважаємо за доцільне запропонувати власне визначення правової детермінанти «механізм», під якою необхідно розуміти сукупність відповідних способів, засобів, прийомів та методів, за допомогою яких відбувається досягнення поставлених завдань та цілей.

З метою дослідження механізму впровадження адаптивного навчання у підготовку фахівців з державного управління, на наш погляд, необхідно дослідити таку складову категорію, як «адаптація» та «адаптивне навчання».

Треба зазначити, що поняття «адаптація» вперше було описане у другій половині XVIII століття німецьким фізіоло-

гом Н. Аубертом. Це явище він розглядав в якості характеристики пристосування органів зору та слуху людини до дії подразника. Таке розуміння «адаптації» в науці започатковано з біологічної позиції. Проте вказане притаманне не тільки біологічній сфері існування людини. Літературні першоджерела містять тлумачення психологічної і соціальної адаптації. Окреслені загальнонаукові аспекти цього поняття є зрозумілими з позиції діяльності та поведінки людини як сукупності біологічних, психологічних та соціальних складових при домінуванні останніх.

Вивчаючи адаптацію молодих вчителів, О. Мороз зазначає, що процес адаптації – це не пасивне пристосування до колективу, а творчий комунікативний процес. У процесі соціальної взаємодії люди стикаються з труднощами і, пристосовуючись один до одного, виробляють нові способи взаємодії з соціальним середовищем. Соціальна адаптація, за О. Морозом, включає дві взаємопов'язані сторони:

– адаптацію до певного виду діяльності (предметну адаптацію);

– адаптацію до нового колективу (соціальну адаптацію).

Таким чином, науковець трактує діяльнісну (предметну) складову як частину соціальної адаптації.

Необхідно зазначити те, що у літературних джерелах визначені лише зовнішні чинники, які впливають на адаптивне навчання фахівців з державного управління. Основою цих чинників має бути взаємодія студента та викладача, що є безпосередніми учасниками адаптивного навчання під час підготовки фахівців з державного управління.

Згідно з логікою, адаптивне навчання має двобічний характер, який набуває особливої значущості в умовах особистісної та фахово-орієнтованої (інтерактивної) навчальної діяльності.

За умов інформаційно-репродуктивної системи освіти адаптація має практично однобічний характер і стосується студента, який має підлаштуватися до умов навчання, а реально – до вимог, які йому безальтернативно пропонує (нав'язує) викладач.

Якщо навчання трактується як взаємодія досвідів того, хто вчить, і того, хто навчається, то викладач насамперед має враховувати особливості студентів, з якими організовується навчальна діяльність, рівень їх актуального розвитку, інтелектуальних можливостей, пізнавального інтересу, рівень сформованості навчальної діяльності (вміння вчитися), здатність до оцінно-рефлексивної діяльності та ін. Врахування індивідуально-типологічних особливостей студентів є також формою адаптації викладача до суб'єкта навчальної взаємодії, а отже, і до реальних умов навчальної діяльності.

В основі концепції системного розгляду процесу адаптації, яку запропонували В. Заслужанюк і В. Семиченко, покладено ідею про те, що це складне явище, яке має певну структуру. У таблиці 1.2.1. наведено узагальнений перелік підсистем процесу адаптації.

Таблиця 1.2.1

Основі концепції системного розгляду процесу адаптації

№ з/п	Назва підсистеми процесу адаптації	Характеристика підсистеми процесу адаптації
1.	Підсистема енергетична	Відображає ресурсні можливості організму, їх спроможність забезпечити функціонування основних систем організму в умовах підвищення енерговитрат. Психологічними еквівалентами, що відображають тенденції адаптування на цьому рівні, можуть бути самооцінка співвідношення самопочуття, активності, настрою та стану нервово-психічного напруження.
2.	Підсистема середовища	Відображає вставлення людини та тих зовнішньо-предметних умов, що її оточують. Зміна умов може бути повною або частковою. Показниками адаптації, яка відбувається на середовищному рівні, можуть бути відповіді на прямі запитання (задоволеність чи незадоволеність відповідними аспектами життя) чи опосередковані (впевненість, що відповідний вибір був би знову зроблений).

Продовження таблиці 1.2.1.

3.	Підсистема діяльнісна	Відображає здатність людини виконувати дії, що становлять зміст відповідної діяльності. По-перше, це передбачає засвоєння нових дій; по-друге – подолання вже напрацьованих навичок, які в нових умовах є недоцільними; по-третє – часові витрати на виконання цих дій. Показниками адаптації до діяльності можуть бути наявність уникнення труднощів та помилок у виконанні основних видів діяльності, доцільний розподіл навантаження протягом доби, тижня.
4.	Підсистема соціальна	Відображає входження людини в нове соціальне середовище. Соціальний аспект адаптації характеризується, з одного боку, ступенем прийняття людиною норм та правил життя в новій соціальній спільноті, а з іншого – ступенем прийняття цієї людини соціальним оточенням. Показники, що відображають тенденції соціальної адаптації: задоволення людини групою, до складу якої вона входить; співпадання індивідуальних і соціальних цінностей; соціально сприятлива позиція.
5.	Підсистема особистісна	Відображає загальний результат адаптації, коли людина відчуває психологічний комфорт від ситуації свого життя, приймає її як конструктивно значущу, що відкриває подальші перспективи розвитку. Показниками особистісного рівня адаптації можуть бути: зниження особистісного рівня тривожності; відсутність бажання змінити життєву ситуацію; домінування позитивних емоцій (оптимістична гіпотеза); впевненість у собі, у власних силах, у здатності вирішити проблеми свого життя; стійка адекватна самооцінка.

Підсистеми, що відповідають за якість середовища, в якому працює студент, безпосередньо залежать від продуктивності діяльності (навчання як головного виду його діяль-

ності). Зокрема, якщо йдеться про психологічний мікроклімат в академічній групі, то він є продуктом взаємодії суб'єктів діяльності на рівнях «студент–викладач», «студент–студент».

Ефективна організація діяльності визначає чіткий розподіл та програмування функцій учасників навчальної діяльності, комплекс домінуючих цінностей, а, отже, й узгоджену взаємодію при виконанні сумісних навчальних завдань. Такий рівень діяльності неодмінно супроводжується взаєморозумінням, взаємопідтримкою, вибором адекватних форм комунікації і, нарешті, – відчуттям спільного успіху і своєї причетності до нього.

Відповідно до сутності нашого дослідження, на наш погляд, необхідно проаналізувати як різновид адаптації, а саме соціальної адаптації.

Потрібно зауважити, що під соціальною адаптацією дослідники вбачають різний її зміст та трактують її неоднозначно.

Водночас вони вважають, що соціальна адаптація охоплює всю сукупність видів діяльності, притаманній людині. З цієї позиції структура адаптивної діяльності містить оцінку характеру і значущості змін; здійснення на цій основі необхідної корекції поведінки особистості і перетворення середовища. Тому соціальну адаптацію розглядають як вид взаємодії особистості з соціальним середовищем, в процесі якого узгоджуються вимоги й очікування учасників. Вона містить інші рівні взаємодії (біологічну і психологічну).

На основі механізму адаптації у трьох її різновидах була сформована адаптаційно-розвивальна концепція соціалізації, яка дозволяє коригувати зміст і форми освіти як одного із механізмів соціалізації.

Педагогічні аспекти адаптації в літературних першоджерелах розглядають у контексті освітньої (педагогічної) адаптації, під яким Д. Ловцов розумів як цілеспрямований процес погодженої взаємодії суб'єктів навчання з урахуванням їх можливостей і дидактичного середовища, регульованого за допомогою спеціальних дидактичних засобів і методів. Однозначної позиції дотримуються й Н. Ржецький та Т. Ша-

мова, відповідно до якої вони розглядають явище освітньої адаптації як підхід до навчання в контексті практичних вимог до освітнього процесу; В. Борогев, В. Сорочинська, В. Штифурак визначають як процес пристосування до умов професійного становлення; О. Плотнікова, В. Перевятько формулюють її як пристосування студентів до інноваційних форм подачі навчального матеріалу в контексті дидактичної адаптації; В. Беспалько, А. Іванов, І. Зінченко визначають її як складову адаптивних систем в освіті; Г. Полякова – як підхід до управління освітою; О. Солодухова, Н. Чайкіна – як процес входження у викладацьку діяльність, як реалізацію адаптивної технології навчання. Освітня адаптація у науково-педагогічній літературі також висвітлена як складова адаптивних платформ навчання, зокрема, віртуального характеру.

Наше дослідження спрямовується на педагогічну адаптацію, яка є джерелом адаптивного навчання під час підготовки фахівців з державного управління.

Так, В. Шарко під поняттям «освітня адаптація» розуміє зміну структури якостей тих, хто навчається, їх інтелектуальної, емоційної, комунікаційної і практичної сфери активності відповідно до того педагогічного середовища, до якого вони потрапляють. Саме цей науковець акцентує значну увагу на педагогічній адаптації як безпосередньому елементі адаптивного навчання, у нашому випадку при підготовці фахівців з державного управління.

Необхідно зауважити те, що освітня адаптація, із проведеного аналізу наукових поглядів, здійснюється за допомогою формулювання адаптивного навчання.

В. Бондарь та І. Шапошнікова адаптивне навчання розуміють «як явище із широким спектром впливу особистості на оточуюче її освітнє, соціальне, морально-етичне середовище, або навпаки – впливу зовнішніх і внутрішніх чинників на особистість».

Адаптивне навчання у закладах профільної середньої освіти трактують як діалектичну єдність двох процесів: адаптації дитини до навчання й адаптації навчання індивідуаль-

них особливостей дитини, що вбачає пристосування до сучасних вимог часу всіх елементів педагогічної системи: цілей, змісту, методів, способів, засобів навчання, форм організації пізнавальної діяльності, діагностики результатів.

Розглядаючи адаптивне навчання в контексті управління освітньою системою у закладах вищої освіти, у педагогічних дослідженнях визначено його основні функції. До них віднесено полегшення й стимулювання діяльності студентів у процесі фахової підготовки, максимально наближеної до професійної; створення інтелектуальної та емоційної атмосфери у процесі навчання через досвід; надання педагогічної допомоги та психологічної підтримки у розв'язанні проблемних, професійно значимих ситуацій інтерактивними, фахово-доцільними методами безпосередньої взаємодії учасників освітнього процесу.

Аналіз науково-педагогічної літератури з проблеми адаптивного навчання засвідчив наявність ґрунтовних досліджень, у яких наведена характеристика освітньої адаптації як бінарної системи. Керуючись цим положенням, поняття «адаптаційного» та «адаптивного» навчання розмежовують. Під першим розуміють пристосування студента до навчання у виші, під другим – підлаштування всієї освітньої системи під тих, хто навчається.

А. Калашнікова до поняття «освітня адаптація» відносить адаптацію до навчально-пізнавальної діяльності студентів та дидактичну адаптацію. На думку науковця, ці два взаємопов'язаних процеси здійснюються крізь взаємний вплив зовнішніх та внутрішніх складових. При цьому дидактична адаптація передбачає домінування зовнішніх складників як особливостей дидактичної системи вищої освіти. Домінування внутрішніх складників притаманне адаптації навчально-пізнавальної діяльності студентів-першокурсників до умов професійного становлення.

На наш погляд, розмежування вищевизначених категорій є недоречним. Саме тому освітню адаптацію доречно визначити у навчальному середовищі як складову частину адаптивного навчання, що змінює одна одну.

А. Іванов розуміє адаптивне навчання як технологічну, педагогічну систему форм і методів, що сприяє ефективному індивідуальному навчанню.

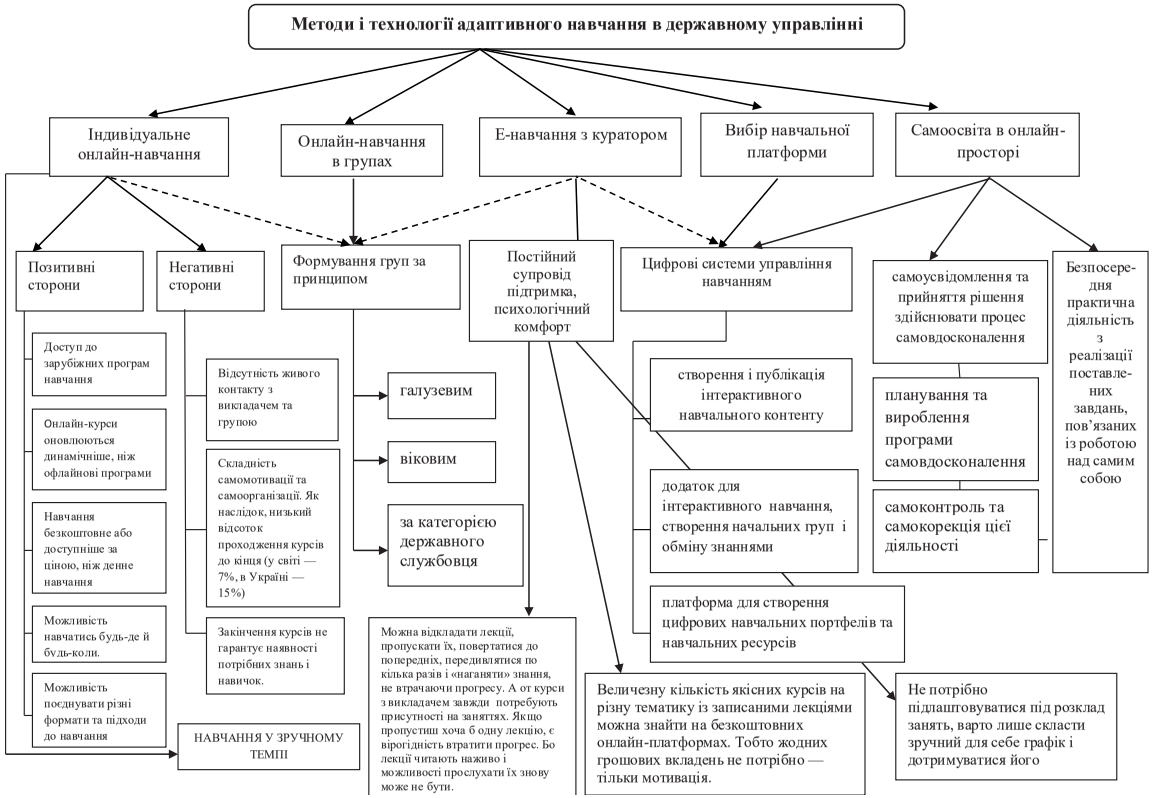
В проведеному ґрунтовному дослідженні адаптивного навчання фахівців з державного управління ми помітили, що формулювання даної правової категорії відсутнє серед трактувань науковців різноманітних сфер. Саме тому назріла необхідність у наданні власного визначення адаптивного навчання фахівців з державного управління, під яким необхідно розуміти розгалужений процес навчання фахівців з державного управління, спрямований на перетворення безпосередніх управлінських здібностей, та який відбувається за допомогою використання інформаційно-дидактичного забезпечення, що формулюється відповідно до особистісних якостей студентів-фахівців з державного управління з метою досягнення ефективної результативності навчання.

Під час проведеного дослідження сутності механізму впровадження адаптивного навчання у підготовку фахівців з державного управління автором статті сформульовано, що «механізм» – це сукупність відповідних способів, засобів, прийомів та методів, за допомогою яких відбувається досягнення поставлених завдань та цілей.

Також нами запропонована власна детермінанта «адаптивного навчання фахівців з державного управління», під яким вона розуміє розгалужений процес навчання фахівців з державного управління, спрямований на перетворення безпосередніх управлінських здібностей, та який відбувається за допомогою використання інформаційно-дидактичного забезпечення, що формулюється відповідно до особистісних якостей студентів-фахівців з державного управління з метою досягнення ефективної результативності навчання.

Методи і технології адаптивного навчання в державному управлінні згруповані та систематизовані нами на рис.1.2.1.

Рисунок 1.2.1. Методи і технології адаптивного навчання в державному управлінні



Дослідниками визначено, що оновлена концепція публічного управління має створити таку систему підготовки фахівців управління медичною сферою, яка буде здатна забезпечити виховання таких характеристик: здатність вирішувати тактичні завдання в межах своїх управлінських обов'язків; вмотивованість та професійне натхнення до роботи, виховання почуттів задоволеності результатами управлінських заходів; встановлення орієнтирів та методів їх досягнення в процесі реалізації управлінських функцій; впровадження інноваційних методів комунікації управлінців із працівниками та громадськістю; виконання професійних обов'язків на засадах особистісного індивідуального росту та високого рівня професійних здібностей, знань і вмінь; прагнення до поглибленого фахового навчання та здобуття досвіду. Зарубіжні дослідники наголошують на інноваційній складовій процесу підготовки професійних управлінців. Реформа публічного управління створює додаткові можливості для перерозподілу фінансових ресурсів та їх інвестування у новітні методики навчання керівних медичних кадрів. Перспективним є використання не лише формальних, а й інформальних методів, зокрема: застосування штучного інтелекту в освітніх методиках з метою адаптації теоретичних знань менеджерів до комп'ютеризованих методів управління; перепідготовка кадрів через відкриті бази даних та електронні ресурси, що спрощує механізм використання інформації в цілях особистісного саморозвитку управлінців.

Проаналізовані публікації відображають, що скоординована робота загальнодержавних та місцевих органів влади в процесі реалізації реформи державного управління забезпечить створення системи якісної підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я України; за умови дотримання обумовлених теоретико-методологічних принципів можна досягнути значно вищого рівня соціальної ефективності медичного обслуговування громадян та максимізувати результативність управлінської роботи менеджерів галузі.

Проблеми управління людськими ресурсами набувають перманентного характеру, що пов'язано із фрагментарністю та нечіткістю правового регулювання різних соціально-економічних сфер, зокрема галузі охорони здоров'я. Відсутність структурованої інформаційної системи, яка б дала змогу аналізувати оперативні статистичні дані про стан управління людськими ресурсами, визначати тактику реалізації управлінських механізмів на рівнях держави та окремих регіонів, стимулює трансформацію публічного управління.

Реалізація реформи на шляху досягнення євроінтеграційних прагнень України передбачає визначення нових підходів підготовки керівних кадрів на засадах:

- формування і координації державної, місцевої політики (стратегічне планування державної політики, якість нормативно-правової бази та державної політики в цілому, включаючи вимоги щодо формування державної політики на основі ґрунтовного аналізу та рівня участі громадськості);
- модернізації моделей управлінської роботи, зокрема керування людськими ресурсами;
- забезпечення підзвітності фахівців управління (прозорість їх роботи, вільний доступ до публічної інформації щодо результатів реалізації регуляторних заходів, організація системи органів управління різними секторами діяльності із чітким визначенням підзвітності, можливість судового перегляду рішень);
- надання інформаційних та адміністративних послуг (стандарти та гарантії якості пропонованих інформаційних і адміністративних послуг у секторі охорони здоров'я, використання електронного урядування як методу налагодження взаємодії органів влади, фахівців управління та громадськості);
- виховання основ фінансової грамотності менеджерів галузі охорони здоров'я в контексті управління бюджетними коштами (особливості формування та перерозподілу фінансів державного бюджету, а також бюджетів ОТГ у частині інвестування коштів у потреби сектору охорони здоров'я, су-

часні тенденції системи державних закупівель, внутрішнього аудиту, обліку та звітності, зовнішнього аудиту).

Зміна підходів підготовки керівних кадрів напряму залежить від рівня інвестування у розвиток навчальних програм. В умовах політичної децентралізації фінансові потоки перерозподіляються між окремими ОТГ та спрямовуються відповідно до пріоритетів, визначених регіональною політикою. На місцевому рівні процес підготовки управлінців новоутвореними госпітальними округами здійснюється поетапно:

1. Підготовка управлінців на етапі формування госпітальних округів;

2. Адаптація управлінських моделей відповідно до порядку діяльності госпітальних рад – базових регуляторів розвитку регіональної медицини;

3. Розробка стратегії функціонування медичного сектору на місцевому рівні шляхом прийняття Планів розвитку відповідних госпітальних округів (далі – План), які мають на меті окреслення стратегічних орієнтирів стимулювання регіональної медицини, формування стандартизованих вимог щодо процесів підготовки та управління професійною компетентність медичного персоналу.

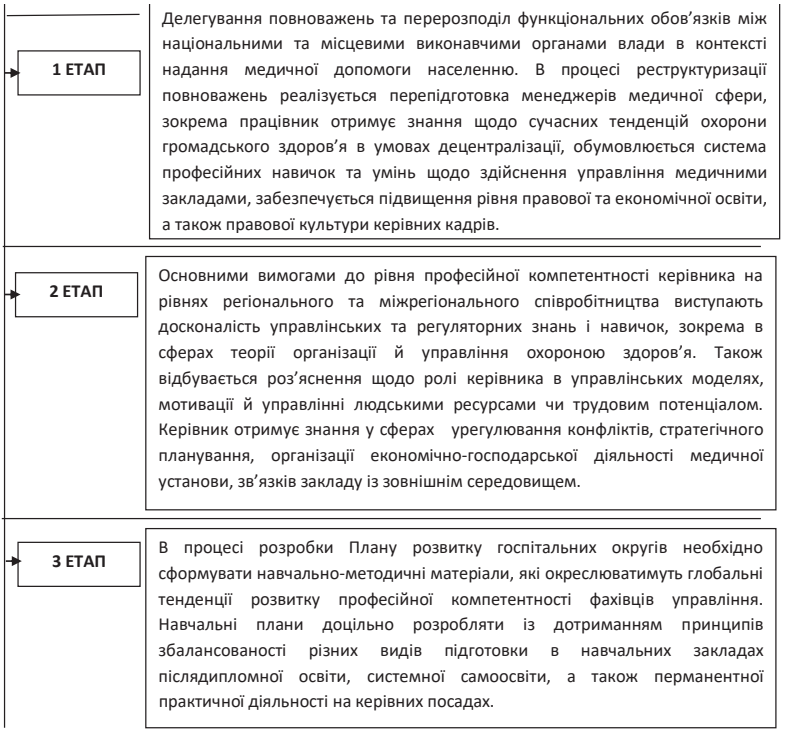
План являє собою деталізовану стратегію терміном на 5 років, яка визначає щорічні тактичні заходи та показники досягнення соціально-економічного ефекту для громадськості від реформування медичного сектору та публічного управління загалом.

Детальна характеристика методів підвищення професійної компетентності фахівців в умовах перерозподілу управлінських функцій відображена на рис. 1.2.2.

Варто зауважити, що в процесі реформування системи державного управління було сформовано мережу госпітальних округів, яка нараховує 88 госпітальних округів, 64 госпітальних ради та 173 ухвалених Планів розвитку госпітальних округів. Відповідно новоутворені структури потребують висококомпетентних керівників.

Рисунок 1.2.2.

Процес підготовки фахівців управління галуззю охорони здоров'я в умовах політичної децентралізації



Джерело: складено автором за даними [29, с. 22; 11, с. 76].

Отже, актуальною є тенденція припинення підготовки фахівців управління на засадах виключно державного фінансування, сьогодні отримання професійних знань та вдосконалення навичок є головними етапами на шляху реформацій, оскільки використання стандартизованих механізмів та державних обмежень не забезпечує досягнення визначених орієнтирів. Таким чином, підготовка менеджерів сфери

охорони здоров'я буде ґрунтуватися на загальних критеріях організації навчального процесу та відповідати принципам прозорості, справедливості і неупередженості.

Основою забезпечення підготовки висококваліфікованих управлінців є інвестування у професійний розвиток та ефективність механізмів перерозподілу фінансів у межах медичного сектору. В результаті реформування галузі обсяги фінансових вкладень у розвиток медицини на рівні ОТГ змінились, суттєва частина ресурсів спрямовується на процеси навчання керівних кадрів. Зокрема, зрушення у процесах фінансового забезпечення соціально-економічного розвитку відображено на рис. 1.2.3.

Рисунок 1.2.3.

Динаміка державної фінансової підтримки розвитку соціально-економічної та медичної сфер ОТГ в умовах реформування системи державного управління



Оцінку ефективності реалізованих змін у структурі підготовки фахівців управління галуззю охорони здоров'я можливо здійснити, використовуючи соціально-демографічні показники, рівень яких відображає результативність регуляторних механізмів та їх вплив на якість медичного обслуговування:

1. Загальний коефіцієнт смертності населення;

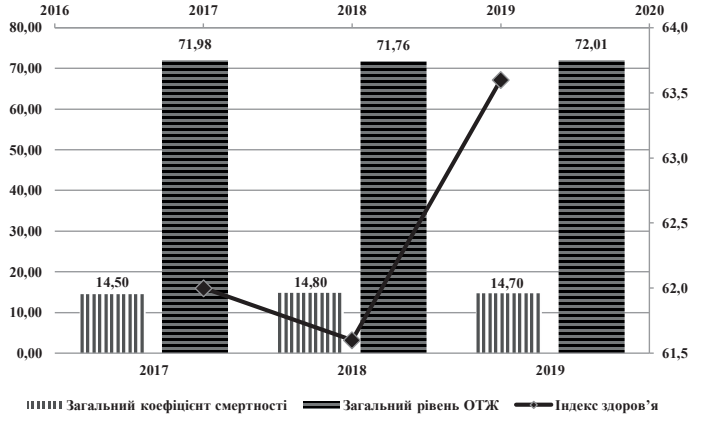
2. Середня очікувана тривалість життя при народженні (далі – ОТЖ);

3. Загальний індекс здоров'я, розрахований на основі рівня задоволеності громадян медичною допомогою в стаціонарі та оцінкою власного стану здоров'я.

Зміни основних соціально-демографічних показників в умовах реструктуризації системи підготовки фахівців управління сферою охорони здоров'я відображено на рис. 1.2.4.:

Рисунок 1.2.4.

Динаміка основних соціально-демографічних показників (2017-2019 рр.)



Сьогодні соціально-демографічні показники нестабільні, що є результатом довготривалої відсутності дієвої моделі управління учасниками сфери охорони здоров'я. Керівні кадри в структурі взаємодії лікарів, медичного персоналу та пацієнтів виступають координаторами, забезпечують налагодження результативної комунікації, створюють умови для задоволення потреб кожного. Низький рівень практичних

знань та навичок мінімізує управлінський потенціал фахівців і, відповідно, унеможливлює досягнення соціального ефекту. Оновлена модель підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації конкурентоспроможних керівних кадрів має бути побудована за принципом системності та передбачати наявність чотирьох блоків знань: медичні знання, знання із управління та менеджменту, економічні знання, основи юриспруденції та правового захисту.

Досягнення результативності процесів підготовки можливе за умови збереження організаційних етапів моделі, а саме: аналізу потреб навчання, розробки програм і навчально-методичних планів, проведення навчального процесу, а також моніторингу та оцінювання ефективності проведеної роботи.

Таким чином, професійна компетентність фахівця управління має забезпечити якісне медичне обслуговування громадян та стабільність сектора охорони здоров'я на рівні держави та регіонів.

В результаті проведеного дослідження можна стверджувати, що система підготовки фахівців управління сферою охорони здоров'я залишається незбалансованою. Основними причинами таких тенденції є негативний вплив з боку проблем фінансового, організаційного, інституційного, соціально-економічного характеру. Дестимулювання розвитку галузі знижує кваліфікацію керівних кадрів та ефективність їх регуляторної роботи. Сьогодні взаємоузгодженість різних секторів низька, а тому сучасний реформаційний вектор має на меті загальнонаціональну оптимізацію та структурування діяльності соціально орієнтованих галузей, зокрема сфери охорони здоров'я.

В цьому контексті доцільним є використання методів підготовки фахівців управління на засадах співпраці між навчальними закладами, органами управління і закладами охорони, зокрема:

- формування оновлених за сутністю і формами навчання систем підготовки керівників медичної сфери, а також забезпечення їх професійного росту;

• використання розгалужених навчальних програм для керівників-практиків у сфері охорони здоров'я з метою розширення їх знань у сферах управління, фінансового та адміністративного менеджменту, бюджетування, правового захисту інтересів медичного персоналу та пацієнтів;

• проведення практичних заходів з питань управління змінами з метою підвищення їхньої професійної компетентності;

• активізація спільних науково-дослідних проектів між органами публічного управління та керівними кадрами, що забезпечить поглиблений аналіз проблематики завдяки комбінації поглядів управлінців та медиків;

• поглиблення розподілу управлінських повноважень менеджерів різних рівнів шляхом детермінування функціональних обов'язків керівників місцевих, регіональних та загальнодержавних медичних закладів.

Таким чином, висока ефективність управлінської роботи є результатом досконалої організованості процесів підготовки керівників сфери охорони здоров'я та їх адекватного реагування на структурні зрушення у системі державного управління.

Проведений аналіз дає підстави зазначити, що на сьогодні виокремлені дефініції щодо дослідження. Так, на нашу думку, навчання – це безперервний процес оволодіння знаннями, вміннями, навичками з урахуванням особистісних психологічних характеристик кожного при наявності внутрішніх мотивуючих факторів.

Водночас адаптивне навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління – це сукупність методів, інструментів, механізмів, спрямованих на формування професійно важливих якостей осіб, які працюють в органах державної влади управління охороною здоров'я, із формуванням у фахівців компетентностей, потрібних для виконання посадових обов'язків на певній посаді у відповідному органі державної влади з урахуванням вимог сучасного суспільства та глобалізаційних й інформаційних викликів.

Проаналізовано сучасні класифікації посад та обґрунтовано такі психологічні типи посадовців з урахуванням роз-

поділу посад державної служби: управлінці, виконавці, новатори (генератори ідей), реформатори, аналітики, технічні працівники, адміністратори процесів.

Технології адаптивного навчання можуть оптимізувати навчання для кожного окремого індивіда, інтегрувати об'єктивне оцінювання впродовж усього навчального процесу, імплементувати ефективні критерії опанування навчальним матеріалом.

Встановлено, що система адаптивного навчання дозволяє визначити індивідуальний підхід та індивідуальні особливості навчання майбутніх фахівців сфери державного управління. Визначено, що у процесі адаптивного навчання активно використовуються сучасні Web-технології та інноваційні методики навчання. Доведено, що у системі адаптивного навчання майбутніх фахівців сфери державного управління застосовуються нові, більш інноваційні прийоми засвоєння знань, набуття вмінь та навиків, за результатами використання яких підвищується впевненість майбутніх фахівців здійснювати професійну діяльність.

З'ясовано, що основними принципами адаптивного навчання в сфері державного управління є: 1) принцип персоніфікації потреб сфери державного управління, який полягає у підготовці майбутніх фахівців – державних управлінців; 2) принцип формування персональних стратегій навчання, виходячи із потреб сфери державного управління у майбутніх фахівцях; 3) принцип покращення мислення та професійної діяльності майбутніх фахівців сфери державного управління, виходячи із психологічних факторів впливу; 4) принцип формування інноваційної моделі адаптивного навчання та підготовки фахівців сфери державного управління.

Фахівці охорони здоров'я в державному управлінні – це висококваліфіковані спеціалісти з компетенціями спеціаліста з державного управління охороною здоров'я, як правило, лікар за фахом, який обіймає ту чи іншу посаду на державній службі у сфері охорони здоров'я (наприклад, очолює районне чи працює в обласному управлінні охорони здоров'я).

Таким чином, інформаційно-психологічна складова адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в державному управлінні – це системна сукупність заходів з використання інноваційних методів, форм та інструментарію розвитку професійно-інтелектуального потенціалу фахівців системи охорони здоров'я та державного управління в цілому з урахуванням психотипів особистості фахівців та їх сприйняття певної професійно-спрямованої інформації для формування важливих якостей, здібностей і знань для заняття певних посад в органах державної влади та державного управління охороною здоров'я.

1.3. Специфіка навчання в сфері державного управління

Сучасний досвід навчальної підготовки кваліфікованих фахівців вимагає комплексного удосконалення навчальних систем та навчальних програм. Особливо визначальною потреба підготовки кваліфікованих фахівців є у сфері державного управління. Звідси стає очевидним факт удосконалення навчального процесу та кваліфікованої підготовки фахівців сфери державного управління на основі переходу від традиційних до нових систем навчання.

Для розкриття теоретичних аспектів адаптивного навчання фахівців сфери державного управління треба зазначити, що Я. Б. Сікора під час проведених досліджень визначає такі особливості адаптивного навчання, що на сьогодні активно застосується для підготовки висококваліфікованих фахівців, як:

а) адаптивне навчання дозволяє попередньо визначити первинні знання, якими володіють майбутні фахівці з визначенням на цій основі індивідуального підходу до навчання і підготовки;

б) використання адаптивного підходу до навчання дозволяє чітко та поелементно окреслити навчальний курс, виходячи із наявних знань та вмінь у майбутніх фахівців;

в) присутність чіткого взаємозв'язку між навчальними складовими системи адаптивного навчання (які, до прикладу, є незалежними одна від одної).

Окрім того, Я. Б. Сікора пропонує у процесі адаптивного навчання застосовувати сучасні Web-технології. Водночас науковець зауважує, що у практиці адаптивного навчання (до прикладу, адаптивного навчання фахівців з державного управління) необхідно використовувати такі інтрументи, як інструмент адаптивного контенту, інструмент адаптивного оцінювання та інструмент адаптивної послідовності.

Так, інструмент адаптивного контенту дозволяє визначити те, який саме матеріал під час навчання не може засвоїти майбутній фахівець. На базі застосування інструменту адаптивного контенту використовуються такі навчальні програми, як Lixea Core5 та LearnBop. Що стосується застосування інструменту адаптивного оцінювання у ході адаптивного навчання, то його застосовують періодично для визначення результатів та рівня знань майбутніх фахівців. Інструмент адаптивної послідовності дозволяє визначати знання майбутніх фахівців на базі поступового аналізування даних, отриманих за результатами оцінювання знань.

Варто зазначити, що методика адаптивного навчання, представлена К. Протасенком, може бути використана для навчання усіх без винятку майбутніх фахівців, зокрема фахівців сфери державного управління, виходячи з її універсальності та комплексності.

Водночас В. Марущак стверджує, що саме така риса, як адаптивність, яка набувається за результатами адаптивного навчання, дозволяє фахівцям з державного управління ефективно управляти економічними процесами в державі та регулювати економічні зміни, що відбуваються. З огляду на те, науковець доходить висновку, що адаптивність у сфері державного управління є одним із ключових інструментів регулювання вітчизняної економічної системи.

О. О. Петренко у власному дослідженні розглядає процес розроблення адаптивної системи навчання майбутніх фахівців з державного управління. На підставі проведених досліджень науковець доходить висновку, що адаптивна система

навчання першочергово повинна бути націлена на формування професійних знань та навичок майбутніх фахівців з державного управління.

О. В. Худоба заявляє, що для підвищення професійної компетентності працівників сфери державного управління треба використовувати адаптивний підхід. Використання адаптивного підходу у навчанні майбутніх фахівців сфери державного управління сприятиме кращому пристосуванню до умов, що склалися в суспільстві. Окрім того, науковець доводить, що реалізація адаптивного навчання може відбутися у випадках застосування програм безперервного професійного навчання.

О. В. Цвєтаєва та О. М. Знанецька під час проведених досліджень виокремлюють переваги адаптивної системи навчання (яка до того ж може ефективно застосуватись для навчання фахівців сфери державного управління). Так, впровадження закладами вищої освіти адаптивної системи навчання дозволить:

а) комплексно здійснювати перевірку знань майбутніх фахівців;

б) перевіряти роботи, які виконуватимуться майбутніми фахівцями під час навчального процесу;

в) залучати майбутніх фахівців до активної практичної діяльності;

г) регулювати самостійну навчальну діяльність майбутніх фахівців;

д) підвищити контроль за результатами навчання майбутніх фахівців;

е) підвищити пристосування навчального процесу до індивідуальних особливостей майбутніх фахівців;

є) впровадити у навчальний процес диференційовані завдання, за якими майбутнім фахівцям будуть поставлені суб'єктивні результати оцінювання;

ж) підвищити самооцінку майбутніх фахівців;

з) знизити навантаження викладачів, які здійснюють професійну підготовку майбутніх фахівців (зокрема майбутніх фахівців сфери державного управління).

Опираючись на специфіку застосування адаптивного навчання у сфері державного управління, потрібно зазначити, що такий процес має характеризуватися:

а) чітко окресленою метою, яка може коригуватися на засадах зміни обставин;

б) орієнтацією на оновлення, яке відбуватиметься на постійній основі;

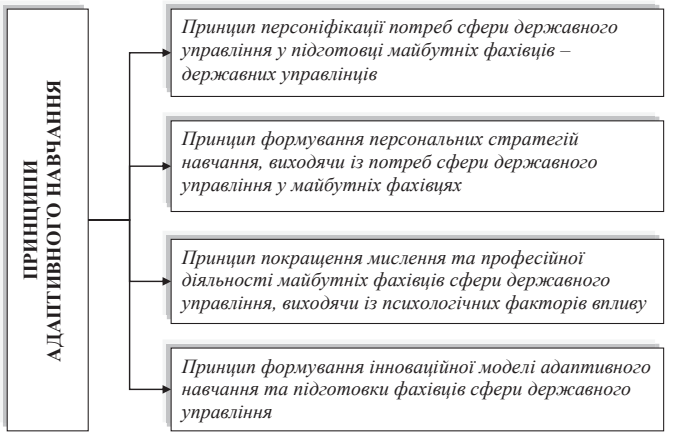
в) дотриманням чітко визначених норм та стандартів;

г) конкретизацією завдань тощо.

Проведені дослідження доводять, що в основі адаптивного навчання лежить застосування сучасних інноваційних та інтерактивних технологій, завдяки яким значно полегшується процес кваліфікованої підготовки фахівців. Окрім того, адаптивне навчання проводиться, виходячи з індивідуальних особливостей майбутніх фахівців.

Якщо говорити про сферу державного управління, то тут адаптивне навчання необхідно застосовувати відповідно до особливостей та специфіки діяльності цієї сфери з метою кваліфікованої підготовки майбутніх фахівців з державного управління, опираючись при цьому на принципи адаптивного навчання (до прикладу, які представлені на рис. 1.3.1.).

Рисунок 1.3.1. *Принципи адаптивного навчання в сфері державного управління*



Практика засвідчує, що фахівці з державного управління, підготовка яких проходила на базі адаптивного навчання, здійснюють державне управління на засадах адаптивності. З огляду на те, адаптивність виступає одним із головних елементів державного управління.

Під час адаптивного навчання фахівців з державного управління контроль їх знань також здійснюється на цій основі. Так, у процесі адаптивного навчання контроль знань фахівців з державного управління найчастіше проходить у вигляді адаптивних тестувань. Такий вид контролю містить різні методики тестування, за результатами проходження якого визначається рівень знань майбутніх фахівців з державного управління. Однак тут присутній один недолік – результати тестування показують тільки рівень теоретичних знань фахівців з державного управління та не визначають рівня їх практичних умінь і навичок.

До прикладу, на сьогодні широко популярною у сфері адаптивного навчання є навчальна система Knewton. Завдяки її застосуванню (яка, до прикладу, дозволяє скоротити час на повторне вивчення матеріалу) на практиці адаптивного навчання можна отримати інформацію про те, який саме матеріал не освоїли майбутні фахівці сфери державного управління.

Навчальна система (програма) Knewton, – це додатковий інструмент не тільки оцінювання знань студентів, але і виділення недоліків у професійній підготовці майбутніх фахівців сфери державного управління. Застосування цієї навчальної системи закладами вищої освіти для навчання та підготовки майбутніх фахівців сфери державного управління дозволить підвищити успішність освоєння навчальних курсів.

Варто зазначити, що одним із основних напрямків діяльності сфери державного управління виступає державне управління освітою. Тут треба зауважити, що кваліфікована підготовка фахівців, які здійснюють функції державного управління освітою, повинна базуватися на системі адаптивного навчання. Це підтверджується тим, що саме завдя-

ки обранню такого підходу до навчання, майбутні державні управлінці можуть чітко та результативно управляти сферою освіти, а також сприяти реалізації механізму державного управління у напрямку розвитку освіти, базуючись при цьому тільки на інноваційних засадах.

З огляду на це, забезпечення такого підходу до навчання майбутніх фахівців сфери державного управління повинно виходити із специфіки адаптивного навчання.

Окрім того, на процес забезпечення державного управління, виходячи із адаптивного підходу до навчання, впливають такі чинники, як:

а) інновації, застосування яких сприятиме усуненню недоліків та підтримці розвитку напрямків державного управління;

б) нові способи управління, які базуються на переході від традиційного до більш нового типу управління;

в) вимоги і стандарти до організації державного управління, в контексті впливу яких формується взаємозв'язок між напрямками державного управління.

Необхідно також зазначити, що адаптивне навчання майбутніх фахівців сфери державного управління сприятиме застосуванню нових, більш інноваційних прийомів засвоєння знань, набуття вмінь та навиків, а також дозволить підвищити впевненість майбутніх фахівців сфери державного управління самостійно виконувати поставлені перед ними завдання.

Виходячи із зазначеного вище, адаптивне навчання являє собою процес навчальної підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації майбутніх фахівців сфери державного управління із застосуванням на цій основі інноваційних способів та сучасних інноваційних методик для самостійного опанування знань.

Потрібно зауважити, що головним державним закладом вищої освіти в Україні, на базі якого проводиться підготовка, перепідготовка і підвищення кваліфікації державних службовців (фахівців сфери державного управління) є Національна академія державного управління при Президентові України. На сьогодні цей заклад вищої освіти здійснює підготовку

державних службовців за освітньо-професійною програмою «Публічне управління та адміністрування».

Освітньо-професійна програма «Публічне управління та адміністрування» Національної академії державного управління при Президентові України реалізується в аспектах проблемно-орієнтованого навчання, навчання через практику, самонавчання.

У ході успішного освоєння цієї освітньо-професійної програми майбутні фахівці сфери державного управління можуть працювати:

1) в органах державної влади;

2) в органах місцевого самоврядування;

3) на підприємствах, в організаціях та установах незалежно від форми власності;

4) в організаціях (інститутах) громадянського суспільства.

Майбутні фахівці сфери державного управління за результатами освоєння освітньо-професійної програми «Публічне управління та адміністрування» здобувають такі фахові компетентності, як:

а) вміння формувати і реалізувати публічну політику у різних напрямках суспільного життя;

б) вміння здійснювати стратегічне управління суспільним, територіальним та організаційним розвитком, приймаючи на таких засадах результативні управлінські рішення;

в) вміння управляти економічними процесами та публічними фінансами, а також здійснювати контроль за їх використанням;

г) вміння проводити інституційне забезпечення системи органів публічної влади;

д) вміння проводити пряме та представницьке народовладдя, виконувати функції, пов'язані із законодавчою діяльністю;

е) вміння вивчати нормативно-правові документи, вносити корективи, пропозиції, а також готувати проекти нових нормативно-правових документів;

є) вміння здійснювати цифрове врядування;

ж) вміння здійснювати адміністративні функції та функції управління персоналом.

У структурі Національної академії державного управління при Президентові України функціонують також регіональні інститути державного управління, зокрема:

- Дніпропетровський регіональний інститут державного управління;
- Львівський регіональний інститут державного управління;
- Одеський регіональний інститут державного управління;
- Харківський регіональний Інститут державного управління.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про систему професійного навчання державних службовців, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників та заступників посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад» на сьогодні процес навчання та підготовки майбутніх фахівців сфери державного управління проводиться за освітньо-професійними програми за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування».

Тут також треба зазначити, що адаптивна система навчання, яка базується безпосередньо на інформаційно-комунікаційних технологіях, передбачає:

1) проведення безпосереднього контролю результатів навчання майбутніх фахівців сфери державного управління на усіх стадіях навчального курсу;

2) формування у майбутніх фахівців сфери державного управління готовності до засвоєння нових знань під час опрацювання навчального матеріалу;

3) автоматизований навчальний процес, під час якого відбувається пристосування кожного до специфіки застосування інформаційно-комунікаційних технологій;

4) визначення потенціалу майбутнього фахівця сфери державного управління, а також його індивідуальних потреб у навчальній діяльності;

5) саморозвиток та самовдосконалення майбутніх фахівців сфери державного управління, виходячи із специфіки індивідуального підходу;

6) застосування різних стилів та способів викладення та засвоєння навчального матеріалу.

Отже, за результатами представлення особливостей специфіки адаптивного навчання в сфері державного управління з'ясовано, що:

- на сьогодні закладами вищої освіти для підготовки висококваліфікованих фахівців сфери державного управління активно застосовується система адаптивного навчання;
- система адаптивного навчання дозволяє визначити (обрати) індивідуальний підхід для кожного фахівця сфери державного управління у перспективі із визначенням на цій основі індивідуальних особливостей навчання;
- у процесі адаптивного навчання активно використовуються сучасні Web-технології та інноваційні методики навчання;
- адаптивне навчання майбутніх фахівців сфери державного управління сприяє застосуванню нових, більш інноваційних прийомів засвоєння знань, набуття вмінь та навиків, а також дозволяє підвищити впевненість майбутніх фахівців сфери державного управління самостійно виконувати поставлені перед ними завдання;
- адаптивне навчання в сфері державного управління сприяє визначенню рівня знань, умінь та навичок майбутніх фахівців із використанням на цій основі інструменту адаптивного контенту, інструменту адаптивного оцінювання та інструменту адаптивної послідовності;
- адаптивність у сфері державного управління, яка формується у майбутніх фахівців сфери державного управління за результатами адаптивного навчання, є одним із ключових інструментів регулювання вітчизняної економічної системи;

- впровадження закладами вищої освіти адаптивної системи навчання для підготовки майбутніх фахівців сфери державного управління дасть підстави регулювати самостійну навчальну діяльність майбутніх фахівців та підвищити контроль за результатами навчання майбутніх фахівців;
- основними принципами адаптивного навчання в сфері державного управління є: 1) принцип персоніфікації потреб сфери державного управління, який полягає у підготовці майбутніх фахівців – державних управлінців; 2) принцип формування персональних стратегій навчання, виходячи із потреб сфери державного управління у майбутніх фахівцях; 3) принцип покращення мислення та професійної діяльності майбутніх фахівців сфери державного управління, виходячи із психологічних факторів впливу; 4) принцип формування інноваційної моделі адаптивного навчання та підготовки фахівців сфери державного управління;
- у процесі адаптивного навчання контроль знань фахівців із державного управління найчастіше проходить у вигляді адаптивних тестувань, однак результати тестування показують тільки рівень теоретичних знань фахівців із державного управління та не визначають рівня їх практичних умінь і навичок;
- на сьогодні у сфері адаптивного навчання застосовується навчальна система Knewton, завдяки якій можна отримати інформацію про те, який саме матеріал не освоїли майбутні фахівці сфери державного управління;
- головним державним закладом вищої освіти в Україні, на базі якого проводиться підготовка, перепідготовка і підвищення кваліфікації державних службовців (фахівців сфери державного управління), є Національна академія державного управління при Президентові України, яка здійснює підготовку державних службовців за освітньо-професійною програмою «Публічне управління та адміністрування»;

– за результатами успішного освоєння освітньо-професійної програми «Публічне управління та адміністрування» майбутні фахівці сфери державного управління здобувають вміння формувати і реалізувати публічну політику у різних напрямках суспільного життя, стратегічно управляти суспільним, територіальним та організаційним розвитком, управляти економічними процесами та публічними фінансами, вносити корективи, пропозиції в існуючі нормативно-правові документи (акти), а також готувати проекти нових нормативно-правових документів (актів), здійснювати цифрове врядування та адміністративні функції і функції управління персоналом.

Питання для самоконтролю

1. *Що таке навчання?*
2. *Яка специфіка навчання державних службовців та осіб місцевого самоврядування?*
3. *Що таке адаптивне навчання фахівців охорони здоров'я?*
4. *Яка є система державних посад?*
5. *Система посад визначена чинним законодавством. Яка його специфіка?*
6. *Хто належить до державних службовців?*
7. *Які інституції здійснюють навчання державних службовців?*

РОЗДІЛ 2.
СУЧАСНИЙ СТАН НАВЧАННЯ ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

2.1. Система навчання державних службовців та осіб місцевого самоврядування в Україні

Система підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування (далі – система підготовки) створюється державою з метою задоволення потреби центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, інших органів і організацій та для встановлення єдиного підходу до системи підготовки на всій території держави. В різні роки систему підготовки саме державних службовців та осіб місцевого самоврядування регламентували різні постанови Уряду, які з року в рік змінювали одна одну, рухаючись із загальними змінами у суспільстві вперед.

Так, у 2010 році система підготовки державних службовців здійснювалась в Україні відповідно до постанови Кабінету Міністрів України № 564 від 07.07.2010 р. (далі – ПКМУ 564). Цією постановою було затверджене Положення про систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування, на які поширюється дія законів України «Про державну службу» та «Про службу в органах місцевого самоврядування» (далі – органи, на які поширюється дія Законів України «Про державну службу» та «Про службу в органах місцевого самоврядування»), щоб забезпечити потребу у високопрофесійних та висококультурних працівниках, здатних

компетентно і відповідально виконувати управлінські функції, впроваджувати новітні соціальні технології, сприяти інноваційним процесам.

ПКМУ 564 передбачала, що до системи підготовки належать навчальні заклади, котрі виконують освітньо-професійні програми підготовки, перепідготовки та професійні програми підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування, програми спеціалізацій за напрямом підготовки «Державне управління», та органи, що здійснюють управління підготовкою, перепідготовкою і підвищенням кваліфікації державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування.

Також цією постановою, визначено, що провідним навчальним закладом системи підготовки є Національна академія державного управління при Президентові України (далі – Національна академія), яка здійснює методичне забезпечення професійного навчання державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування та підвищення кваліфікації викладачів, які залучаються для проведення зазначеного навчання.

Підготовка державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування визначалась, як здобуття освіти освітньо-кваліфікаційного рівня спеціаліста або магістра, а також навчання в аспірантурі, докторантурі, інших навчальних закладах або наукових установах за спеціальностями, спрямованими на провадження професійної діяльності на державній службі та на службі в органах місцевого самоврядування.

Перепідготовка державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування – отримання спеціальності за напрямом підготовки «Державне управління» і за спеціальностями, спрямованими на провадження професійної діяльності на державній службі та на службі в органах місцевого самоврядування на основі здобутого раніше освітньо-кваліфікаційного рівня та набутого практичного досвіду.

Підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування – навчання з метою оновлення та набуття умінь, знань, навичок і здатності виконувати завдання та обов'язки, необхідні для провадження

професійної діяльності на державній службі та на службі в органах місцевого самоврядування.

Все було структуровано та досить чітко визначено у цій постанові, яка успішно виконувалась протягом семи років, однак, беручи до уваги динамічність процесів, що відбуваються в будь-якій державі, і в Україні зокрема, на зміну ПКМУ 564 видано наказ Національного агентства України з питань державної служби (далі – НАДС) № 86 від 19.04.2017 р. про «Порядок організації підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування у навчальних закладах за державним замовленням Національного агентства України з питань державної служби» (далі – Наказ 86). Цей Порядок визначав норми та вимоги щодо організації підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування у навчальних закладах за державним замовленням НАДС; підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування – навчання з метою оновлення та набуття умінь, знань, навичок і здатності виконувати завдання та обов'язки, необхідні для провадження професійної діяльності на державній службі та на службі в органах місцевого самоврядування; організація підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування за державним замовленням здійснюється НАДС у межах повноважень у Всеукраїнському центрі підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування, інших навчальних закладах; науково-методичне забезпечення підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування здійснює Національна академія державного управління при Президентові України (далі – Національна академія).

Підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування за державним замовленням НАДС проводиться відповідно до:

постанови Кабінету Міністрів України від 27 вересня 2016 року № 674 «Деякі питання реформування системи професійного навчання державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування» (із змінами);

розпорядження Кабінету Міністрів України від 06 липня 2011 року № 642-р «Про підвищення кваліфікації державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування з питань запобігання і протидії проявам корупції на державній службі та службі в органах місцевого самоврядування» (із змінами);

постанови Кабінету Міністрів України від 07 липня 2010 року № 564 «Про затвердження Положення про систему підготовки, спеціалізації та підвищення кваліфікації державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування» (із змінами);

постанови Кабінету Міністрів України від 14 липня 1999 року № 1262 «Про фінансове забезпечення підготовки і підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування та органів військового управління Збройних Сил» (із змінами);

наказу НАДС від 30 березня 2015 року № 65 «Про затвердження вимог до структури і змісту професійних програм підвищення кваліфікації державних службовців, посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 16 квітня 2015 року за № 422/26867 (із змінами).

Наказ 86 передбачав, що підвищення кваліфікації за професійними програмами спрямовується на фахове удосконалення та оновлення знань, набуття умінь, навичок державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування. Професійна програма передбачає навчання:

- за загальною складовою частиною – удосконалення та оновлення знань і набуття умінь, навичок у вирішенні правових, економічних, політологічних, управлінських, соціально-гуманітарних та інших питань професійної діяльності державного службовця і посадової особи місцевого самоврядування;
- за функціональною складовою частиною – здобуття додаткових знань і набуття умінь, навичок відповідно до вимог Національної рамки кваліфікацій, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2011 року

№ 1341, зокрема вимог до професійної компетентності осіб, що обіймають посади державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування;

- за галузевою складовою частиною – здобуття додаткових знань з новітніх досягнень у певній галузі чи сфері діяльності.

Обсяг часу професійної програми підвищення кваліфікації державних службовців, посадових осіб місцевого самоврядування становить 3,6 кредиту ЄКТС (108 годин) з урахуванням аудиторних занять і самостійної роботи, з них 2,4 кредиту ЄКТС (72 години) аудиторних занять.

У разі потреби навчання за професійною програмою підвищення кваліфікації може здійснюватись у декілька етапів, при цьому загальний обсяг часу на підвищення кваліфікації має становити 3,6 кредиту ЄКТС (108 годин) з урахуванням аудиторних занять, самостійної роботи, дистанційного та інших інтерактивних технологій навчання. За результатами навчання за професійною програмою підвищення кваліфікації державним службовцям і посадовим особам місцевого самоврядування видається документ про підвищення кваліфікації.

Тематичні постійно діючі семінари та тренінги проводяться за програмами та планами, що розробляються відповідними навчальними закладами і затверджуються органами, на які поширюється дія законів України «Про державну службу», «Про службу в органах місцевого самоврядування», відповідно до рекомендацій, підготовлених Національною академією та затверджених НАДС.

У разі потреби проводяться тематичні короткострокові семінари з вивчення актуальних проблем публічного управління та адміністрування, нових актів законодавства, передового вітчизняного та зарубіжного досвіду провадження управлінської діяльності.

Обсяг навчання за програмами тематичних постійно діючих семінарів та тематичних короткострокових семінарів, тренінгів становить від 10 академічних годин (аудиторних занять та самостійної роботи) (0,33 кредиту) до 72 академіч-

них годин (2,4 кредиту) з урахуванням аудиторних занять та самостійної роботи.

Навчання за програмами тематичних постійно діючих семінарів, тематичних короткострокових семінарів, тренінгів передбачає отримання документа про підвищення кваліфікації, зразок якого затверджується засновником (засновниками) навчального закладу або уповноваженим ним (ними) органом.

Навчальний процес з підвищення кваліфікації – система організаційних і методичних заходів, спрямованих на формування у слухачів професійних компетентностей.

Наказ 86, безумовно, передбачав значно ширший підхід до навчання та більш інноваційні методи, ніж попередні постанови та положення, однак все-таки не передбачав навчання з адаптивним підходом, навчання в умовах гострої епідеміологічної ситуації, навчання в умовах реформи, коли потрібно дуже швидко і гнучко реагувати на зміни в державному управлінні незалежно від категорії посади державного службовця.

У 2019 році 26 листопада Наказ 86 втратив чинність. 17 липня 2020 року НАДС провело інформаційну онлайн сесію «Підвищення кваліфікації державних службовців та посадових осіб місцевого самоврядування у 2020 році»: організація підвищення кваліфікації за державним замовленням НАДС; нормативно-правове врегулювання питання виконання державними службовцями індивідуальної програми підвищення рівня професійної компетентності державного службовця.

Так, у 2020 році, відповідно до чинного законодавства, державні службовці, посадові особи місцевого самоврядування, голови місцевих державних адміністрацій, їх перші заступники та заступники мали можливість реалізовувати своє право на професійне навчання (на підвищення кваліфікації та навчання в магістратурі за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування») за рахунок коштів державного бюджету. У 2020 році прийом слухачів на навчання за освітньо-професійною програмою підготовки магістрів за

спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» за рахунок коштів державного бюджету здійснювався:

- у Національній академії державного управління при Президентові України (м. Київ) та її Дніпропетровському, Львівському, Одеському та Харківському регіональних інститутах державного управління:
- за денною формою навчання – для державних службовців категорій А, Б, В; посадових осіб місцевого самоврядування 1-7 категорій посад;
- за вечірньою та заочною формами навчання – для державних службовців категорії А та підкатегорій Б1–Б2 категорії Б; голів місцевих держадміністрацій, їх перших заступників та заступників; посадових осіб місцевого самоврядування 1-4 категорій посад.

Нормативно-правова база – постанова Кабінету Міністрів України від 01.04.2013 р. № 255 «Про затвердження положень про прийом, стажування в органах державної влади і органах місцевого самоврядування слухачів Національної академії державного управління при Президентові України, а також переліку органів державної влади, органів місцевого самоврядування, в яких проводиться стажування слухачів Національної академії».

- у закладах вищої освіти, які на конкурсних засадах будуть визначені виконавцями державного замовлення:

за заочною формою навчання – для державних службовців підкатегорії Б3 категорії Б та категорії В; посадових осіб місцевого самоврядування 5-7 категорій посад. Нормативно-правова база – Постанова Кабінету Міністрів України від 29 липня 2009 року № 789 «Про затвердження Порядку прийому на навчання за освітньо-професійною програмою підготовки магістрів за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» галузі знань «Публічне управління та адміністрування» із змінами та доповненнями від 25.06.2020 року.

Строк навчання у магістратурах за денною, вечірньою та заочною формами навчання становить 16 місяців. На навчання у магістратурах за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» за рахунок коштів державного бюджету

прийматимуть осіб, які: мають ступінь вищої освіти магістра*/ бакалавра; працюють в органах державної влади чи органах місцевого самоврядування; мають стаж державної служби або служби в органах місцевого самоврядування не менш як один рік на момент подання документів до приймальної комісії.

Перелік закладів вищої освіти, які у 2020 році розпочали навчання державних службовців (підкатегорії Б3 категорії Б та категорії В) та посадових осіб місцевого самоврядування (5-7 категорії посад) за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування», було оприлюднено на офіційному вебсайті НАДС та Порталі управління знаннями після проведення конкурсного відбору.

Чим більше дослідники працюють із науковою літературою, тим чіткіше розуміють багатоманітність можливих пояснень того, як навчаються фахівці системи державного управління, зокрема фахівці охорони здоров'я. Жодна окрема теорія не пояснює повністю, що та як саме відбувається, коли практикуючий чи майбутній фахівець у сфері охорони здоров'я поринає у процес навчання. Конструктивісти, подібно до Л. С. Виготського, вважають, що навчання є процесом конструювання нового знання на основі того, що людина вже знає. Ми розкриємо та доповнимо загальну схему конструктивістського підходу, який вважаємо за такий, що має достатню доказову базу і сам допомагає формувати теоретичні підстави для розвитку навчальних планів, стратегій навчання та викладання, оцінювання успішності студентів та ефективності навчальних програм.

Малколм Ноулз зазначає, що дорослі вчаться інакше, аніж діти. Він запропонував термін «андрагогіка» для розрізнення навчання дорослих від «педагогіки»; у наш час таке розрізнення може видаватися штучним. Багато принципів андрагогіки можуть бути застосовані так само і до навчання дітей.

Коли ми розглядаємо навчання та викладання медичних дисциплін, важливо пам'ятати, що в одних навчальних програмах учасники вже мають університетський диплом, а в інших – лише щойно закінчили старшу (або навіть середню)

школу. Медична освіта також включає післядипломну підготовку та курси підвищення фахової кваліфікації. Кожен із цих студентів чи учасників навчальних програм має власні обмеження, досвід, переживання та вподобання; завданням викладача є забезпечити таке сприятливе оточення та доступність ресурсів, у якому здібності кожного студента зможуть уповні розкритися та розвинутися.

Наше завдання як дослідників ускладнене тією обставиною, що основні найвідоміші теорії навчання частково спираються на теоретичну базу психології, а частково – на прагматичні досвідні спостереження. Важливо також пам'ятати, що навчання передбачає надбання у трьох сферах: знання, вміння та установки, тому будь-які потенційні теорії мають перевірятися, зокрема за цими трьома сферами.

1) Теорії інструментального навчання засереджуються на індивідуальному досвіді та включають біхевіоральні (поведінкові) та когнітивні теорії навчання.

Поведінкові теорії є основою багатьох компетентнісноцентричних навчальних програм та тренінгових курсів. Застосування цих теорій зазвичай створює таке навчання, яке вирізняється стандартизацією результатів самого навчання. Відтак виникає головна заувага до поведінкових теорій у цьому контексті – хто описує та визначає результати навчання і як вони вимірюються?

Когнітивні теорії навчання зосереджуються на розумових та психологічних процесах, а не на поведінці, принципово важливими поняттями тут є сприйняття та обробка інформації.

Досвідне навчання вплинуло на освіту дорослих, зробивши викладачів відповідальними за творчість, забезпечення доступу до ресурсів та організацію релевантного досвіду у процесі навчанння. Досвідне навчання критикували за надмірне зосередження на розвитку та формуванні індивідуального знання й обмеженість соціального контексту. Застосування цієї теорії у медичній освіті видається доречним, оскільки вона аналізує розвиток компетенцій та формування навиків у специфічному контексті.

2) Гуманістичні теорії розглядають індивідуальний розвиток та є більш студентоцентричними. Метою є формування індивідів, котрі мають високий потенціал самоактуалізації та внутрішню мотивацію.

Ноулз підтримав цю теорію, популяризуючи поняття андрагогіки. Хоча теорія пояснює мотивацію до навчання, її головним обмеженням є виключення соціального контексту, соціальних механізмів конструювання та передачі знань і смислів – а саме це є критично важливим у фаховому навчанні.

Автодидактика передбачає, що дорослі можуть планувати, проводити та оцінювати власне навчання. Це часто описується як одна з головних цілей освіти дорослих з наголосом на автономії та індивідуальній свободі студентів. Хоча зазначене є певною мірою аксіоматичним для навчання дорослих, все ще лишаються підставні сумніви щодо того, наскільки автодидактика є насправді досяжною у порівнянні з традиційними підходами. Обмеженням автодидактики як теорії є так само неспроможність належно взяти до уваги соціальний контекст навчання; теорія також імпліцитно недооцінює важливість інших форм навчання, таких як співпрацююче навчання.

3) Теорії трансформативного (перетворюючого) навчання досліджують спосіб, у який критична рефлексія може бути вжита для трансформації (перетворення) базових переконань та установок студента. Процес перетворення зокрема включає:

А) Шокову дилему, покликану бути каталізатором/тригером для перегляду індивідом власних переконань, поглядів, установок.

Б) Контекст, який включає особистісні, професійні та соціальні фактори.

В) Критичну рефлексію. Мезіров визначає різні форми рефлексії у трансформації значень, смислів, структур, контекстів, процесів та передумов. Рефлексія щодо передумов включає критичне переосмислення індивідом власних довгочасних установок, стереотипів та упереджень.

4) Соціальні теорії навчання. Ключовими поняттями для цієї групи теорій є поняття контексту та спільноти. Е. Венгер наголошує на важливості робочих груп як різновиду спільнот для цілей залучення, фасилітації та мотивації студента. Зокрема спосіб, у який досвід студента формується соціальним і культурним контекстом та різноманітними спільнотами, є предметом глибшого аналізу у межах ситуативно-когнітивної теорії; остання базується на таких трьох припущеннях:

А) Навчання та мислення є соціальною діяльністю.

Б) Мислення та навчання структуруються за допомогою інструментарію, доступного у певних конкретних ситуаціях.

В) Середовище, у якому проходить процес навчання, впливає на мислення.

5) Мотиваційні моделі. Будь-яка теоретична модель, яка намагається пояснити та прив'язати навчання дорослих до теорії навчання, має описувати два ключові складники – мотивацію та рефлексію. Однією з таких теорій є теорія самовизначення, яка визнає важливість внутрішньої мотивації, та зважає на задоволення трьох принципових потреб індивіда: автономії, компетенції та почуття приналежності, або співвіднесеності.

Однією з відомих проблем процесу навчання є те, що низький рівень очікування та впевненості у власній успішності призводить до зниженої мотивації навчатися. Це частково може бути пояснено теорією потреб Маслоу, але не враховує змагальності та рівноваги між різними конкуруючими мотиваціями сподівання та очікування у студента на противагу часу та зусиллям, потрібним для занурення у навчальний процес. Теорія сили очікувань Вейнера розглядає поняття «успіху» та «очікуваності успіху».

Модель ланцюга відповіді аналізує участь дорослих у навчальних проектах; у межах цієї моделі три внутрішні мотиваційні фактори працюють як взаємопов'язані: самооцінка, ставлення студента до освіти та важливість власних цілей і очікувань.

6) Рефлексивні моделі. Моделі рефлексивної зміни передбачають, що рефлексія призводить до дії та залучення.

Рефлексивне навчання є високорелевантним щодо медичної освіти. Свідомі зусилля викладачів з використанням рефлексії та зворотного зв'язку як інструментів для розвитку знань та навиків студентів допомагають останнім розвивати автономне навчання.

Навіть такий побіжний огляд основних груп теорій, дотичних до навчання дорослих, мав би привести дослідників до розуміння, що кожна теорія має свої власні переваги та слабкі сторони, і кожна з них є неповною без урахування інших (хоча варто з очевидною обережністю ставитися до моделей, які прагнуть об'єднати всі чи більшість оглянутих теорій).

До кінця двадцятого століття панувало переконання, що дорослі навчаються по-іншому, як діти, і термін «андрагогіка» краще пасує до цього процесу, аніж «педагогіка». Ключовою відмінністю між дорослими та дітьми є те, що дорослі по-іншому мотивовані до навчання. Як зазначає Ноулз, дорослі студенти відрізняються від дітей у шістьох основних аспектах:

1) Потреба знати (Чому мені потрібно це знати?);

2) Власна відповідальність студента/учня (Я сам відповідаю за свої власні рішення);

3) Роль попереднього досвіду студента (У мене вже є певний набутий досвід, який я ціную, і інші мусять це поважати;)

4) Готовність до навчання (Я повинен навчатися, якщо хочу змінити своє життя);

5) Орієнтованість на навчання (Навчання допоможе мені у майбутніх складних ситуаціях);

6) Мотивація (Навчаюся, бо хочу навчатися).

Вказані спостереження, у поєднанні з моделлю експериментального навчання Д. Колба, розкривають роль та значення стратегій викладання/навчання для дорослих студентів.

У схемі Колба студенти мають підставовий, базовий досвід, над яким рефлексують. Через власні рефлексії студенти формулюють абстрактні поняття і напрацьовують коректні узагальнення. Потім вони закріплюють своє розуміння шляхом перевірки власних гіпотез як елементів набутого знання

у нових обставинах; успішна перевірка забезпечує дослідників новим підставовим досвідом, і цикл відтак триває. Студенти з різними навчальними вподобаннями показуватимуть кращі результати у різних частинах схеми описаного циклу Колба. У термінології вченого «діячі» схильні до відчуттів та швидкої дії, «рефлектори» відчувають та спостерігають, «теоретики» почуваються краще у спостереженнях та розмислах, і нарешті «прагматики» віддають перевагу мисленню та подальшим діям. З точки зору викладача важливо вибудувати схему навчання так, аби регулярно проходити всі блоки циклу, не оминаючи жодну частину.

Важливим моментом для тих, хто притримується конструктивістських позицій у широкому сенсі, є відмінність між попередньо набутим досвідом/знанням індивіда та досвідом, який випливає із навчальної ситуації. Коли ми бачимо щось нове, відвідуємо лекцію чи спостерігаємо розмову з пацієнтом, ми порівнюємо побачене з тим, що вже знаємо, і міркуємо над відмінністю порівняного (рефлексія у дії). Це дає нам можливість формулювати абстрактні поняття, які надають сенс новій інформації. Наступним кроком є перевірка понять та припущень (гіпотез) як елементів новонабутого знання, чи то шляхом прямого експерименту, чи у ході обговорень та суперечок. Це процес, звичний для кожного, хто знайомий із науковими/клінічними методами, однак бракує ще одного важливого складника, і це рефлексія над дією. Принципово важливо, що студент думає про процеси, які були використані у навчальній ситуації та про відповідність використання навчального матеріалу; такі розмисли є основоположними для навчання. Наступним питанням є спосіб, яким нове знання вбудовується у вже існуючий масив знання. Прихильники підходу трансформативного (перетворюючого) навчання вважають, що значуще навчання відбувається тоді, коли формуються зв'язки між новою та вже існуючою інформацією. Норман та Шмідт визначають три ключові елементи цього процесу: опрацювання, покращення та реструктурування. Опрацювання є прив'язкою нового знання до того, що ми вже знаємо. Важливо, однак, аби ці зв'язки були більш точними, аніж

існуючі у загальному масиві знання. Покращення – це процес відсіювання та сортування інформації для отримання значущих та важливих елементів. Реструктурування визначається як розробка нових карт (схем) знання, які даватимуть індивіду підстави показати високі чи експертні знання у певному питанні. Процеси набуття нового знання, встановлення зв'язків із уже відомим та розробка нових розумінь є доволі складним та важким заняттям, однак викладачі можуть допомогти студентам.

У структурованому навчальному середовищі нове знання є достатньо подібним до вже існуючого знання для встановлення та перевірки релевантності між новонабутим та існуючим. Більш складні виклики постають у реальному повсякденному житті, коли релевантність інформації часто далека від очевидної. Варіанти цієї ситуації описуються Вікном Джохарі, названим на честь дослідників Джозефа Лафта та Гаррі Інгрема.

Два моменти очевидно та негайно випливають з цієї теоретичної побудови, а саме, що обговорення між студентами збільшує обсяг практичного знання та що деякі речі продовжують лишатися загадкою, допоки ми не поспілкуємося з кимось іншим, у кого відрізняється знання чи розуміння ситуації. Звідси випливає, що чим більш різнорідними є учасники навчальної групи, тим імовірніше вони будуть мотивовані до навчання. Завжди існуватиме нерозкрита зона невідомого, однак викладачі можуть допомогти студентам просуватися крізь ці зони через виважений вибір завдань, ресурсів та, звісно, пацієнтів. Перед тим, як ми розглянемо способи допомоги у процесі навчання, потрібно розглянути два інші зауваження, обидва з яких стосуються того, що студент думає про знання.

Ньюбі та ін. показали існування різноманітних стилів викладання у викладачів і різноманітних навчальних уподобань у студентів. Серед дослідників ведеться активне обговорення того, до якої міри стиль викладання може бути жорстким, фіксованим чи гнучким та піддатним до змін, і наскільки зовнішній контекст здатен впливати на стиль викладання. Виглядає зрозумілим, що деякі студенти орієнтовані на мак-

симально глибоке розуміння того, що вони вивчають, інші ж віддають перевагу швидкому засвоєнню фактів – такий стиль називають «поверхневим навчанням»; обидві стратегії за певних умов можуть як демонструвати успішність, так і бути невдалими у світлі поставлених задач та цілей.

Іноді потрібне глибоке знання, а часом достатньо володіти лише епізодичними фактами. Важливо пам'ятати нормальні показники крові, дихання чи рівня електролітів – і цей поверхневий фактаж успішно запускає далі відповідні клінічні дії. Однак визначення у пацієнта ацидозу вимагає вже глибшого розуміння того, як взаємодіють різні фізіологічні системи.

Здатність підходити стратегічно до стилю навчання є важливою, однак на неї може впливати система оцінювання. Таким чином, якщо система оцінюванння налаштована на перевірку запам'ятовування фактів, то успішний студент застосує поверхневе навчання. Якщо ж система заохочує глибоке мислення, розуміння та аргументацію, то успішний студент орієнтуватиметься на такий глибокий підхід. Визнання придатності різних навчальних стилів, стратегій та підходів є важливим, оскільки більшість лекційного матеріалу буде звернено переважно до «поверхових» студентів, а поглиблена практична робота в окремих проектах більше зацікавить «глибоких». Деякі вивчені матеріали та дані справді потрібно знати та швидко згадувати (показники крові чи рівні електролітів), у той час як інші навчальні матеріали потребують глибокого розуміння для проведення відповідних інтервенцій (проблеми з кислотно-лужним балансом чи шоковий стан).

У 2020 році підвищення кваліфікації державних службовців, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників і заступників, посадових осіб місцевого самоврядування за рахунок коштів державного бюджету здійснювалось в:

- Українській школі урядування;
- інших закладах освіти, які на конкурсних засадах були визначені виконавцями державного замовлення.

В Українській школі урядування проходило навчання:

• за загальними (сертифікатними) програмами: державних службовців категорії «А», голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників і заступників; державних службовців категорії «В» центральних органів виконавчої влади та інших державних органів; фахівців з питань реформ; уповноважених осіб з питань запобігання та виявлення корупції;

• за загальними короткостроковими програмами: державних службовців категорії «А», голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників і заступників; уповноважених осіб з питань запобігання та виявлення корупції; державних службовців, які є членами конкурсних комісій для відбору осіб на зайняття посад фахівців з питань реформ; державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування за напрямом управління персоналом; державних службовців категорій «Б» та «В» і посадових осіб місцевого самоврядування 1-4 категорії посад за напрямами: європейська інтеграція; євроатлантична інтеграція; стратегічні комунікації;

• за спеціальними професійними (сертифікатними) програмами державних службовців за напрямом «Податкова політика»;

• за спеціальними короткостроковими програмами державних службовців за напрямом «Податкова політика»;

• державних службовців, посадових осіб місцевого самоврядування, працівників сфери соціального захисту населення.

Також в Українській школі урядування державні службовці центральних органів виконавчої влади та інших державних органів матимуть можливість підвищити рівень володіння: іноземною мовою за загальною професійною (сертифікатною) програмою; державною мовою за загальною короткостроковою програмою.

Також у 2020 році пройшло навчання в Академії фінансового моніторингу державних службовців за спеціальною професійною (сертифікатною) програмою за напрямом «Фінансовий моніторинг у сфері боротьби з легалізацією (від-

миванням) доходів, одержаних злочинним шляхом, і фінансування тероризму та фінансування розповсюдження зброї масового знищення».

Підвищення кваліфікації державних службовців сфери охорони здоров'я відбувалось у 2020 році на загальних засадах, а також згідно з розпорядженнями Міністерства охорони здоров'я України на базі медичних закладів освіти, що діють в Україні.

На даний момент навчання державних службовців та осіб місцевого самоврядування врегульовують: Закон України «Про державну службу», Закон України «Про службу в органах місцевого самоврядування», розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 червня 2016 року № 474 «Про схвалення Стратегії реформування державного управління на 2016-2021 рр.», розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.12.2017 р. № 974-р. «Про схвалення Концепції реформування системи професійного навчання державних службовців, голів місцевих держадміністрацій, їх перших заступників та заступників, посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад», розпорядження Кабінету Міністрів України від 10.05.2018 р. № 342-р. «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції реформування системи професійного навчання державних службовців, голів місцевих держадміністрацій, їх перших заступників та заступників, посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад», Постанова Кабінету Міністрів України від 06 лютого 2019 року № 106 «Про затвердження Положення про систему професійного навчання державних службовців, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників та заступників, посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад».

Саме ці нормативно-правові документи визначають механізми розвитку та навчання кадрів у системі державного управління, водночас у них відсутній галузевий принцип навчання та підвищення кваліфікації кадрів з урахуванням потреб відповідних органів влади та їх регіональних підрозділів.

2.2. Зарубіжний досвід навчання фахівців у системі державного управління в сфері охорони здоров'я

Підвищення кваліфікації працівників спрямоване на удосконалення та поглиблення ними своїх знань, умінь і навичок за професією чи здобутою спеціальністю відповідно до вимог виробництва або сфери послуг.

Ефективне функціонування системи підвищення кваліфікації на виробництві забезпечує: конкурентоспроможність підприємства; поліпшення показників його виробничої діяльності; високий професійно-кваліфікаційний рівень та компетентність працівників; зниження рівня виробничого травматизму.

У країнах Європейського Союзу періодичність підвищення кваліфікації працівників становить близько п'яти років, в Японії – від одного до півтора року, в Російській Федерації – 7,8 року. В Україні підвищення кваліфікації проводиться кожні 12 років.

В нашій державі упродовж останніх 10-15 років система підвищення кваліфікації, яка була сформована у радянські часи, руйнувалася. Якщо на початку 90-х рр. щороку підвищували свою кваліфікацію в середньому близько 3 млн, то в останні роки – лише близько 1 млн працюючих.

Проте на сьогодні спостерігаються позитивні зміни в динаміці обсягів підвищення кваліфікації працівників. Якщо в 1996 р. підвищило кваліфікацію 6,2 % облікової кількості штатних працівників, то в 2002 і 2004 роках цей показник становив відповідно 8 і 8,3 %. Однак періодичність підвищення кваліфікації в середньому по Україні все ще залишається в 2,5 раза нижчою від необхідної, а в окремих галузях (сільському господарстві, оптовій і роздрібній торгівлі) – у 10-20 разів. Це є свідченням того, що рівень кваліфікації значної кількості працівників не відповідає вимогам сучасного виробництва, а система підвищення кваліфікації потребує подальшого розвитку та удосконалення.

В країнах Європи система підготовки управлінських кадрів подібна до української, хоч має відмінності в тому, що керівник системи хорони здоров'я не обов'язково мусить мати медичну освіту. Так, наприклад, при призначенні керівників лікувальних закладів, у Польщі на рівні регіональної влади створюється конкурсна комісія, яка після детального вивчення і відбору представляє бургомістру чи воєводі дві кандидатури, з яких той робить вибір і призначає на посаду керівника. В Польщі керівні кадри в системі охорони здоров'я готують на рівні післядипломної підготовки у Вищих школах державного управління чи Вищих школах бізнесу.

В інших країнах світу система підготовки менеджерів здебільшого базова, і працювати вони можуть не лише в системі охорони здоров'я. Для прикладу, в США поширена триступенева система підготовки керівників чи менеджерів. Загальний термін підготовки менеджера в США 8 років, не враховуючи обов'язкової практичної діяльності після кожного ступеня.

Науковці вважають домінантними декілька моделей професійної підготовки державних службовців у зарубіжних країнах. Так, науковець Л. Титаренко визначає три основні, на її погляд, домінуючі моделі: англійську, німецьку та французьку; дослідники О. Слюсаренко, а також Ж. Таланова в своїх працях розглядають характерні ознаки добору і фахового навчання в системі кар'єрного розвитку державних службовців країн Північної Америки та Європи. В. Гриненко окреслює професійне навчання вищих керівних кадрів для державної служби в зарубіжних країнах, поділяючи моделі навчання на відкриті (Австралія, Канада, США, Великобританія) та закриті (Німеччина, Франція, Японія), окремо акцентує увагу на таких прикладах, як європейський, американський, британський досвід навчання державних службовців. В. Луговий розглядає підготовку управлінських кадрів крізь призму північноамериканської (США, Канада) та західноєвропейської континентальної моделей (типові представники – Іспанія, Італія, Франція). Особливо цікавим для України є дослідження Г. Опанасюк із професійного навчання державних

службовців у країнах Східної Європи, досвід яких може бути найефективніше адаптований до традицій державної служби України. На підвищенні кваліфікації управлінських кадрів у розвинених європейських країнах та значенні їх досвіду для України робить наголос у своїх дослідженнях М. Міненко.

За основу системи підготовки та перепідготовки державних службовців в Україні обрано європейську модель, де підготовка здебільшого ведеться в спеціалізованих навчальних закладах – інститутах, академіях, школах, які за статусом часто стоять вище від звичайних закладів вищої освіти, зокрема університетів (наприклад, Національна школа державного управління у Франції, Федеральна академія державного управління у Німеччині, Коледж державної служби у Великій Британії, Національна школа державного управління в Польщі, Академія державної служби при Президентові Російської Федерації, Вища школа державного управління в Угорщині). В. Гриненко у своїй роботі поділяє організації державної служби на відкриті і закриті системи. У відкритій системі державної служби (Австралія, Канада, США, Великобританія) характерними рисами є мобільність і конкурентоспроможність персоналу. Система кадрового добору в цих системах здійснюється на основі вільного доступу з урахуванням університетського диплома та незалежного конкурсу у вигляді співбесіди або екзамену (письмового, усного). Оплата праці визначається переважно за результатами праці чиновника. Також для цієї моделі характерний досить строгий контроль з боку громадянського суспільства. Закрита система державної служби (Німеччина, Франція, Японія) характеризується ієрархічною системою добору кадрів, елітарними рисами в системі професійної підготовки вищих керівних кадрів, високим соціальним статусом. Оплата праці встановлюється залежно від посади та стажу державної служби.

Система кадрового добору здійснюється в усіх країнах по-різному, наприклад, у Франції проводяться конкурси, в Німеччині взагалі існує специфічна система заміщення посад, яка передбачає складання екзаменів, навчання у спеціалізованих навчальних закладах, випробувальний термін.

Але існують загальні тенденції, які передбачають прийом на службу відповідно до знань на основі дипломів університету. У подальшому передбачається просування по службі або переведення на іншу роботу з урахуванням постійного підвищення кваліфікації шляхом навчання в межах державної служби. Європейський метод узагалі передбачає стрункy організовану багаторівневу систему професійної підготовки, де, як правило, функціонують спеціалізовані вищі навчальні заклади для підготовки вищих керівних кадрів.

Безперечно, важливо підкреслити, що при аналізі досвіду зарубіжних країн у галузі навчання державних службовців виникає низка труднощів, пов'язаних із тим, що система і методи підготовки можуть розглядатися тільки в контексті тієї системи державної служби, для якої вони впроваджувалися. У Німеччині та у Франції державна служба створена в загальних рисах у XVIII ст. як певне ремесло, кандидати для якого готувалися спільно з юридичними професіями в університетах або спеціалізованих школах, і тому тривала додаткова професійна освіта не вважалася потрібною.

У Великобританії, як стверджує дослідник М. Міненко, навпаки, державна служба, що веде традиції з другої половини XIX ст., вважалася роботою універсала, спеціалісти були меншістю, їх очікувала менш блискуча кар'єра, ніж універсала. Водночас жодна з означених трьох країн, як і більшість розвинених Європейських держав, не змінила свою систему початкової підготовки державних службовців, а намагалася всіляко розвивати систему підвищення кваліфікації. Отже, у Німеччині професійну юридичну освіту продовжують здобувати в університеті, у Франції професійну адміністративну освіту отримують: управлінці-універсали – в університетах, спеціальну освіту – у відомих школах державних службовців.

Великобританія зберігає свою систему університетської освіти без прямого зв'язку з ремеслом державного управління. Наведені вище приклади свідчать, що підходи професійної підготовки кадрів у різних регіонах світу не однакові і насамперед відрізняються ступенем централізації чи децентралізації. Якщо порівнювати Європу і Північну Америку, то в пер-

шому випадку вони в цілому значною мірою централізовані, у другому – навпаки, децентралізовані. Країни континентальної Європи більше тяжіють до використання закритих, або елітарних, моделей адміністративних систем, тоді як країни Північної Америки – до відкритих, або загальнодоступних.

Проте існують суттєві розбіжності і в підходах, і в межах європейського континенту. Чималий інтерес для дослідників становлять Вища школа державного управління Італії (з кампусами в Римі, Аціреалі, Болоньї, Казерті, Реджо-ді-Калабрії), яка також підпорядкована прем'єр-міністру країни, або Національний університет державного управління Іспанії, підпорядкований Міністерству державного управління.

Так, в Іспанії, Італії, Франції як унітарних державах надають перевагу централізованим методам добору та навчання, тобто із задіянням державних інститутів і закладів. Утворена в 1995 р. за зразком французької школи Національна школа державного управління в Польщі підпорядкована прем'єр-міністру і проводить дворічне професійне навчання державних службовців для роботи на керівних посадах у державі.

До речі, у східній частині Європи подібні головні загальнонаціональні навчальні заклади (переважно академії) утворено при президентах країн, як найбільш повновладних посадових особах держав. У Нідерландах, Об'єднаному Королівстві, скандинавсько-прибалтійських країнах більш популярні децентралізовані методи, навіть із залученням недержавних і приватних інституцій. О. Слюсаренко зазначає, що для європейських країн характерною є вищезазначена тенденція становлення головних загальнонаціональних закладів підготовки державних службовців, що, своєю чергою, зумовлює розмежування функцій вищих навчальних закладів загальної і спеціальної орієнтації та організацію такої системи підготовки державно-управлінських кадрів, у якій один навчальний заклад є головним поряд із кількома іншими галузевими або регіональними. Тобто, крім центрального закладу, нерідко існують відомчі й територіальні навчальні заклади, особливо в міністерствах або місцевих органах влади. При цьому умовою ефективного функціонування систе-

ми підготовки кадрів для державного управління є чіткий розподіл завдань і повноважень між навчальними закладами, що готують державних службовців.

Зважаючи на курс України на європейську та євроатлантичну інтеграції, становить науковий і практичний інтерес аналіз основних системних компонентів професійного розвитку державних службовців, що реалізуються в країнах Північної Америки та Європи. Адже одним із засобів інтеграції України у світову спільноту є вивчення та адаптація кращого зарубіжного досвіду. За твердженням В. Лугового, між різними країнами існують відмінності в організації професійного навчання кадрів для державного управління, проте чітко виокремлюються дві основні (за домінантою) моделі навчання (як, до речі, і побудови цивільної служби): північноамериканська (США, Канада) та західноєвропейська континентальна (типові представники – Іспанія, Італія, Франція). Зрозуміло, що між названими моделями існує широкий спектр проміжних, змішаних, перехідних форм. По-друге, на рубежі століть актуалізувалася тенденція потужного впливу північноамериканського підходу в підготовці кадрів на європейський регіон, що є проявом невідворотних процесів глобалізації й зближення країн, норм і стандартів суспільного життя, утворення єдиних адміністративних та фахових просторів у регіональному і планетарному масштабах.

Варто відзначити, що:

• в Україні керівників системи охорони здоров'я готують лише на рівні післядипломної освіти;

• у вимогах до претендентів на зайняття певної посади в номенклатурі МОЗ України підготовка з соціальної гігієни та організації охорони здоров'я є бажаною, але не обов'язковою;

• при призначенні особи на номенклатурну посаду система «погодження» її кандидатури є непрозорою, умовно регламентованою нормативно-правовими актами і жорстко не прив'язаною до рівня професійної підготовки;

• у випадках присвоєння кваліфікаційної категорії навчання в ординатурі та аспірантурі прирівнюється до передатестаційного циклу підвищення кваліфікації.

• питання професійного вдосконалення вирішується лише залежно від планово-нормативних потреб кваліфікаційної атестації.

Балансовий розрахунок потреби щодо професій у галузі чи організації та зв'язок із фактичною наявністю таких кадрів та структурою місцевих трудових ресурсів, а також удосконалення та розвиток всіх діючих форм професійної підготовки спеціалістів проводиться на методологічній основі наукової організації праці. Формування потреби в кадрах та джерел її забезпечення здійснюється на основі алгоритму, наведеного на рис. 2.2.1, протилежних інтересів чи поглядів; крайнє загострення суперечностей, що призводить до ускладнень чи гострої боротьби.

Підвищення кваліфікації державних службовців – це навчання з метою оновлення та розвитку умінь і знань, необхідних для ефективного вирішення завдань професійної діяльності на державній службі.

Сумісні інтереси – це такі питання, у вирішенні яких сторони зацікавлені однаковою мірою. Група – визначається як організована система з 2-х або більше осіб, які взаємодіють таким чином, що система виконує певну функцію, має стандартний набір взаємовідносин між членами відповідно до ролі, яку вони виконують, та набір норм поведінки, які регулюють діяльність групи та кожного з її членів.

Переговори – це процес співпраці багатьох сторін, спрямований на досягнення результату, часто означають певний вид прямої взаємодії між сторонами – взаємодії віч-на-віч, усної або письмової.

Таблиця 2.2.1, що подана в додатку Б, окреслює формальні вимоги (встановлені нормами на національному або регіональному рівні, або відповідними асоціаціями в рамках професійного самоуправління) до кандидатів на обіймання керівних посад у медичних закладах вторинного рівня у країнах Європейського Союзу. Аналіз зосереджений саме на управлінні медичними закладами.

Як продемонстровано зібраними даними, немає якогось одного спільного для всіх стандарту, що розповсюджувався б

на весь ЄС. Меншість країн-членів (Болгарія, Фінляндія, Угорщина, Італія, Литва, Румунія, Словаччина) дотримуються підходу, що ґрунтується на контролі за якістю кадрових ресурсів шляхом визначення обов'язкового професійного мінімуму (обов'язкової освіти за спеціальністю «Управління охороною здоров'я») як умови призначення на посаду або/та утримання цієї посади.

Рисунок 2.2.1.

Формування потреби в кадрах та джерел її забезпечення



В більшості країн-членів ЄС у Західній Європі (Австрія, Бельгія, Данія, Німеччина, Греція, Ірландія, Люксембург, Нідерланди, Португалія, Іспанія, Швеція та Великобританія) навпаки – навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» не є формальною, але фактичною вимогою: втім, кандидати на посаду керівника медичного закладу добровільно і часто за власний кошт навчаються за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» для покращення рівня професійного розвитку та, відповідно, і зростання шансів на призначення на посаду керівника медичного закладу. Така

ж ситуація у п'яти «нових» країнах-членах ЄС, а саме: на Кіпрі, у Чеській Республіці, Латвії, Мальті та Словенії. В цих країнах володіння компетенціями спеціаліста з «Управління охороною здоров'я» вважаються необхідними для обіймання та збереження посади керівника медичного закладу, а навчання за зазначеною спеціальністю сприймається насамперед як цінна особиста інвестиція.

Польща знаходиться дещо посередині – оскільки освіта за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» не є формальною вимогою, але є офіційно визнаною Міністерством охорони здоров'я Польщі та може компенсувати при призначенні на посаду недостатній практичний досвід роботи у галузі.

З переліку виокремлюється Франція, де доступ до кар'єри керівника медичного закладу починається вибором обов'язкової 27-місячної програми навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», яка може розпочатися безпосередньо після отримання кандидатом освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» без обов'язкового попереднього практичного досвіду роботу у секторі охорони здоров'я або обов'язкового навчання за медичною спеціальністю.

Треба зазначити, що різниця між країнами із встановленими обов'язковими вимогами щодо наявності освіти за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» та країнами, що покладаються на особистий вибір навчання кандидатом та економічний принцип «попиту та пропозиції» у навчанні за вказаною спеціальністю, не співпадає із розподілом країн за принципом фінансування охорони здоров'я (податки або страхування) або розподілом на «північну» та «південну» європейські субкультури, чи різницею у так званих «англосаксонській» та «рішельєвській» типах адміністрації.

У країнах, що покладаються на принцип «попиту та пропозиції» у навчанні, варто виділити тенденцію до того, що програми з управління (наприклад, магістерська програма з «Управління Бізнесом» (MBA) мають все більший попит в якості альтернативи спеціалізованому навчанню (наприклад, за спеціальністю «Управління охороною здоров'я»). Створюють-

ся спеціалізовані програми з управління охороною здоров'я у немедичних навчальних закладах, які досить успішно конкурують із аналогічними програмами, що пропонуються медичними навчальними закладами. Така тенденція вказує на зростаючу важливість для керівника медичного закладу саме «загальних» управлінських знань, умінь та навичок (управління фінансами, маркетинг, закупівлі, логістика, інвентаризація, управління матеріально-технічними ресурсами та ін.).

Ця тенденція спостерігається у багатьох країнах, де керівник медичного закладу внаслідок підпорядкування органам місцевого самоврядування, контролю з боку органів державної влади та платника відповідає саме за взаємодію із зовнішнім середовищем (власником/ами медичного закладу, відповідними органами управління охороною здоров'я та органами фінансового контролю, страхувальником/ами, ЗМІ, НДО, групами пацієнтів тощо), а головний лікар, який зазвичай є підзвітним керівнику медичного закладу, відповідає за управління та координування внутрішньої клінічної діяльності. Саме така різниця і сприяє змінам у структурі попиту на навчання.

Однак треба зазначити, що для всіх перерахованих нижче країн спільною рисою, попри наявність чи відсутність контролю за якістю та кількістю кадрових ресурсів й обов'язкових програм навчання, є перенесення акцентів на оцінку результатів діяльності, як попередніх – при призначенні на посаду, так і протягом її обіймання.

Досвід країн ЄС показує, що для підвищення результативності і рентабельності системи охорони здоров'я знадобиться вищий рівень управлінської автономії для постачальників медичних послуг, разом із більш осмисленими механізмами звітності, націленими на результат. Запровадження нових інституційних та організаційних підходів потребує не лише затвердження нових нормативно-правових документів. В організаціях з інтенсивним режимом роботи успіху можна досягти лише, якщо персонал розуміє обґрунтування та наслідки своєї діяльності й володіє компетенціями, необхідними

для взаємодії в рамках нових моделей. Це стосується як змін для інституційного становлення нових постачальників медичних послуг (наприклад, чіткий розподіл між первинною та вторинною ланками), так і змін в організаційних моделях (наприклад, запровадження розширених повноважень та вдосконалених механізмів звітності для вищого керівництва).

Іншими словами, сьогодення ставить перед сектором охорони здоров'я України вимоги про потребу в більш сучасних спеціалізованих управлінських навиках, що пов'язані з потребою збалансовувати бюджет закладу (на противагу традиційному постатейному бюджету), мотивувати персонал у системі (що дозволить додати універсальності моделям оплати праці), вести переговори по контрактах із замовниками медичних послуг, розвивати партнерство з приватними інвесторами і таке інше. Якщо в минулому досвіду роботи за медичною спеціальністю та спеціалізації з «Організації та управління охороною здоров'я» було цілком достатньо для того, щоб керувати медичним закладом, то зараз компетенція в таких сферах, як формулювання і запровадження стратегії, бухгалтерія та фінанси, лідерство, маркетинг і управління кадрами може виявитись недостатньою. Для того, щоб провести необхідні зміни, потрібно розробити план розвитку потенціалу (кадрів, організацій), особливо у випадку, коли є потреба у спеціальних знаннях та від запропонованих змін очікується результат на довгостроковий період.

В секторі охорони здоров'я України це питання набуває особливої ваги через потребу в структурних комплексних змінах, високі показники старіння персоналу (від 15 % головних лікарів сектору, що працюють у системі МОЗ України, перейшли за позначку «пенсійний»), поглиблення процесів міграції та збереження гендерного балансу.

Необхідно зазначити, що зміни не можна обмежувати виключно навчанням. Процес навчання формує у слухачів нові вміння, проте, щоб така діяльність впливала на функціонування системи охорони здоров'я, треба впровадити зміни до системи, розробити структуру та стратегію, в рамках

яких слухачі могли користуватись сформованими вміннями, а також (що більш важливо) потрібно запровадити систему мотивації для сприяння використанню подібних умінь. Несвоєчасність (наприклад, тривала затримка між підготовкою та реальним запровадженням змін) чи відсутність зв'язків у змістовній частині (наприклад, акцент на вміннях, які відрізняються від тих, що можуть знадобитись за нових умов) можуть мати негативний вплив на результативність заходів, спрямованих на розвиток потенціалу.

Процес надання медичної допомоги потребує великої кількості фахівців. Основна увага при цьому має зосереджуватися на підготовці медичного персоналу, зокрема, керівного складу, оскільки вони визначають якість і результативність надання медичної допомоги.

Світова федерація медичної освіти ще у 2003 році розробила певні стандарти для лікарів, які називаються «Безперервним професійним розвитком». В серії даних стандартів був такий девіз: «Освіту не можна вважати підготовкою до життя, адже освіта – це і є життя». Безперервний професійний розвиток (БПР) передбачає, що в ідеалі саме лікар несе професійну відповідальність за підтримку власної компетенції на належному рівні, хоча вже багато років точаться дискусії з приводу фінансування та підтримки досягнення належного рівня такої професійної компетенції. Дані дискусії можна умовно розбити на два типи, залежно від моделі надання медичних послуг.

У випадку з моделлю, за якої фахівці вважаються незалежними, підписують контракт із системою (наприклад, США), повна відповідальність покладається на самого лікаря, а це означає, що він чи вона повинні оплачувати власну підготовку і за необхідності готувати заміну. В рамках систем, де відповідальність покладається на урядові організації (Великобританія, Іспанія чи Україна), гарантування належного рівня ефективності роботи фахівців та її відповідності певним стандартам входить у сферу відповідальності самої системи, яка повинна надавати можливості підвищення та, у рамках сертифікаційних програм, утримання кваліфікації

фахівцями, оскільки вони несуть відповідальність перед громадянами.

Українська система БПР для лікарів не відповідає стандартам світової федерації медичної освіти. Базові освітні форми все ще використовують тематичні вдосконалення та передатестаційні цикли без права лікаря на вибір ефективної форми БПР. Таким чином, для підвищення рівня БПР, який би відповідав стандартам, необхідно запроваджувати нові форми БПР: підготовка та стажування на основі циклів удосконалення (від одного до чотирьох тижнів), дистанційне навчання, стажування в українських клініках та за кордоном, участь в нарадах, конгресах, робочих зустрічах та інших наукових форумах, отримуючи досвід у сучасних клініках, обмінюючись власним досвідом тощо.

Поки що в Україні єдиним механізмом оцінки компетенції є так звана «атестація», яка загалом базується на поняттях старшинства та здатності продемонструвати процес відвідування сучасних програм перепідготовки, знову ж таки з наголосом на кількості та якості ресурсного забезпечення і без жодних посилань на продемонстрований рівень здатності. Зважаючи на недоліки даного процесу, не потрібні зміни в ментальності та перехід до перспективи, орієнтованої на результат: якщо тільки безперервний професійний розвиток не пов'язаний із реальними професійними потребами, жодних покращень чи вдосконалень до системи вноситись просто не буде.

Для адаптації системи підготовки керівних кадрів сфери охорони здоров'я до сучасних потреб, відповідності до міжнародних стандартів та інтеграції до Європейського цивілізаційного простору у сфері медичної освіти та науки пропонуються такі рекомендації:

- удосконалити та оновити програму спеціалізації з «Організації та управління охороною здоров'я» з урахуванням вимог часу (екзекутивна очно-заочна програма для діючих керівників);
- адаптувати підготовку відповідно до європейських стандартів шляхом запровадження магістратури за

спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» тривалістю 1 рік (резидентська програма);
- розширити тематику курсів тематичного удосконалення, враховуючи сучасний стан та основні проблемні питання системи охорони здоров'я, появу нових напрямків та розвиток медичної науки, а також регіональні потреби;
- запровадити після проходження курсів удосконалення самооцінку керівниками своїх знань та вмінь з метою виявлення проблемних моментів у питаннях управління;
- змінити медико-організаційні підходи до атестації лікарів із запровадженням сучасних, удосконалених індикаторів, строків та рейтингових критеріїв;
- посилити роль медичних асоціацій у плануванні та розподілі затребуваних лікарських спеціальностей і покласти відповідальність за проведення атестації лікарів;
- створити умови та мотивації для безперервної самоосвіти та самовдосконалення із забезпеченням доступності до професійних інформаційних ресурсів (профільних журналів, довідників, електронних посібників, Інтернет-ресурсів тощо);
- сприяти підвищенню привабливості професії та впроваджувати матеріальні й нематеріальні стимули до підвищення професіоналізму.

2.3. Напрями реалізації комплексного інституційного механізму державного регулювання адаптивного навчання в державному управлінні

Навчання та підвищення кваліфікації державних службовців через навчання – це навчання з метою оновлення і розвитку умінь і знань, необхідних для ефективного вирі-

шення завдань професійної діяльності на державній службі. Основними видами її є: навчання за професійними програмами; систематичне самостійне навчання (самоосвіта); тематичні постійно діючі семінари; тематичні короткотермінові семінари; стажування в органах, на які поширюється чинність Закону «Про державну службу», а також за кордоном.

Державне регулювання підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади ми розглядаємо як сукупність цілеспрямованих напрямів, форм, методів та інструментів впливу, що застосовують органи державного управління для впорядкування системи підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади, її елементів, процесів та взаємозв'язків між ними з метою стабілізації, пристосування до умов, що змінюються, реагування на нові виклики. Відповідно механізми державного регулювання підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади – це відкриті системи, структуру яких становлять форми, методи, засоби (інструменти), взаємопов'язані процеси і ресурси, що забезпечують регулювання через канали прямих і зворотних зв'язків. Основними видами таких механізмів є: – *правовий механізм* – комплекс взаємопов'язаних правових актів (юридичних засобів), системоутворювальне ядро якого визначає: основні параметри і компоненти системи підвищення кваліфікації; ліцензійні умови провадження діяльності з підвищення кваліфікації закладами освіти; єдині стандарти підвищення кваліфікації; порядки акредитації програм, сертифікації викладачів та систем управління якістю; правила оподаткування у сфері підвищення кваліфікації тощо; – *фінансовий механізм* – сукупність фінансових форм, методів, важелів та інструментів, за допомогою яких розподіляють і використовують фінансові ресурси державного і місцевих бюджетів, органів влади, міжнародної технічної допомоги тощо відповідно до визначених пріоритетів та потреб підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади; – *кадровий механізм* – система заходів і стимулів, спрямованих на вирішення проблем кадрового забезпечення функціонування системи підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади шляхом професійної

підготовки викладачів, їх мотивації та сертифікації; – *організаційний механізм* – підсистема державного управління, призначена для досягнення цілей розвитку системи підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади шляхом забезпечення умов для цілеспрямованої безперервної професійної освіти та контролю її здійснення; – *інформаційний механізм* – комплекс засобів і методів інформаційно-методичного забезпечення функціонування і розвитку системи підвищення кваліфікації та підвищення професійної компетентності керівними кадрами органів влади, який передбачає створення, систематизацію, оновлення та надання користувачам методичних та інформаційних матеріалів відповідно до потреб ефективного управління на усіх організаційних рівнях – індивідуальному, організаційному, державному; – *інституційний механізм* – сукупність інституційних правил, яка забезпечує регулювальний вплив на функціонування і взаємодію суб'єктів системи підвищення кваліфікації та реалізовується в органах влади і закладах підвищення кваліфікації через визначення статусу, функцій та координацію їх діяльності.

На основі аналізу та узагальнення підходів науковців визначено, що в умовах активного використання інформаційних технологій у процесі адаптивного навчання державних службовців основними його функціями є забезпечення: психологічної мотивації адаптації; організаційно-цільової адаптації; змістової адаптації; технологічної адаптації; управлінської адаптації; контрольно-оціночної адаптації (табл. 2.3.1).

Таблиця 2.3.1

Функції адаптивного навчання державних службовців

Функція	Характеристика
Психологічна мотивація адаптації	Базується на перебудові стереотипу дій особистості, її мислення, розуміння активної ролі у виборі стратегій і методів роботи щодо досягнення прогнозованого результату навчальної діяльності.
Організаційно-цільова адаптація	Виражається у зближенні цілей учасників і системи організації навчального процесу на основі врахування їх індивідуальних особливостей.

Продовження таблиці 2.3.1.

Змістова адаптація	Передбачає відбір функціонально-орієнтованого матеріалу, варіативність навчальних планів і програм, розвиток нових моделей інтегративного навчання.
Технологічна адаптація	Включає проектування технологій, прийомів і методів різнорівневого і диференційованого навчання з альтернативним вибором форм проведення занять, засобів особистісно орієнтованого управління навчально-пізнавальною діяльністю (система самодіагностики, самоконтролю, самокорекції). Технологічна адаптація розуміється як можливість пристосування навчальної програми до особливостей конкретного процесу навчання з метою його оптимізації.
Управлінська адаптація	Характеризує зміни соціально-освітніх орієнтацій функціонування і розвитку адаптивної системи. Остання прагне не тільки пристосуватися до індивідуальних особливостей тих, хто навчається, а й гнучко реагувати на соціокультурні зміни. Це дає можливість здійснити адаптацію суб'єкта навчання до життя в суспільстві, створює умови для свідомого вибору і засвоєння навчальних програм.
Контрольно-оціночна адаптація	Пов'язана з тим, що суб'єкти навчання, які належать до однієї соціальної групи, по-різному сприймають і засвоюють однаковий за змістом навчальний матеріал. Це потребує різних форм контролю.

Для реалізації пріоритетів реформування державного управління в Україні за напрямом «Державна служба та управління людськими ресурсами» удосконалення механізмів державного регулювання підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади має забезпечувати:

- орієнтацію системи підвищення кваліфікації на стратегічний компетентнісно-орієнтований розвиток людського капіталу органів влади;
- запровадження системного і синергетичного підходів на програмно-цільовому та інструментальному рівнях її функціонування;

- посилення самоорганізаційної спроможності системи підвищення кваліфікації до інноваційного розвитку шляхом створення умов для формування конкурентного ринку освітніх послуг;
- сприяння імплементації інструментів та освітніх технологій, які довели свою ефективність у світовій практиці;
- ефективну взаємодію суб'єктів системи підвищення кваліфікації шляхом налагодження прямих і зворотних регуляторних зв'язків із використанням сучасних інформаційних технологій.

З урахуванням положень Концепції реформування системи професійного навчання ми сформували трирівневу структуру «дерева цілей» розвитку системи підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади за такими напрямами:

1) відповідність змісту підвищення кваліфікації потребам державного управління та особистості;

2) висока якість підвищення кваліфікації;

3) соціальна та економічна ефективність підвищення кваліфікації;

4) цілісність системи підвищення кваліфікації та злагоджена діяльність його суб'єктів.

Синхронізація проблемно-орієнтованого, організаційного, правового і ресурсного проектування цих механізмів забезпечила формування моделі комплексного механізму державного регулювання підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади. Основні суб'єкти державного регулювання підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади здійснюють такі функції:

– Верховна Рада України формує законодавче поле функціонування і розвитку системи підвищення кваліфікації, вносить зміни до нього, затверджує порядок формування державного замовлення та щорічний розподіл видатків Державного бюджету України, зокрема на підвищення кваліфікації працівників органів влади, підготовку науково-педагогічних і наукових кадрів у розрізі бюджетних програм;

– Кабінет Міністрів України визначає пріоритети, напрями і шляхи розвитку системи підвищення кваліфікації, схвалює відповідні стратегії, концепції, плани, положення, порядки;

– Міністерство освіти і науки України забезпечує формування та реалізацію державної політики у сферах освіти і науки, інноваційної діяльності та інформатизації, а також у сфері здійснення державного нагляду (контролю) за діяльністю закладів підвищення кваліфікації;

– Міністерство фінансів України забезпечує формування та реалізацію фінансової, бюджетної та податкової політики у сфері підвищення кваліфікації;

– Міністерство економічного розвитку і торгівлі України забезпечує формування та реалізує державну політику у сферах стандартизації, державних закупівель та державного замовлення на підвищення кваліфікації;

– Національне агентство України з питань державної служби (далі – Нацдержслужба) формує та забезпечує реалізацію державної політики у сфері професійного навчання публічних службовців (зокрема, підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади), є державним замовником на його здійснення, сприяє розвитку закладів підвищення кваліфікації, надає методичну допомогу службам управління персоналом в органах влади з питань розвитку професійної компетентності кадрів.

На основі концептуалізації цілей визначаємо структуру механізмів державного регулювання підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади.

Реформа державного управління та епідеміологічна ситуація в Україні, а також світова пандемія нового вірусу, поставили перед урядами всіх країн, окрім надважливих життєвих питань, також і питання змін у підходах до навчання та навчання державних службовців, державних управлінців (керівних кадрів) зокрема. Щоб зміни, які вносять у систему державного управління, були не лише лозунгами сучасних слів, навчання фахівців системи державного управління без-

заперечно потребує трансформації в адаптивне навчання з використанням інформаційно-психологічної складової.

Відповідно до Закону України «Про державну службу» та Постанови Кабінету Міністрів України від 06 лютого 2019 року № 106 «Про затвердження Положення про систему професійного навчання державних службовців, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників та заступників, посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад», регулярне підвищення кваліфікації для цих категорій осіб за загальними та спеціальними професійними (сертифікатними) програмами, а також за загальними та спеціальними короткостроковими програмами є обов'язковим.

Водночас всі державні службовці та посадові особи місцевого самоврядування повинні набирати не менше одного кредиту європейської кредитної трансферно-накопичувальної системи (ЄКТС) протягом календарного року. Це означає, що вони мають щорічно проходити підвищення кваліфікації загальним обсягом не менше 30 академічних годин.

З державного бюджету фінансується підвищення кваліфікації державних службовців 1-5 груп оплати праці, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників та заступників, посадових осіб місцевого самоврядування, посади яких віднесені до I-IV категорій посад в органах місцевого самоврядування, а також осіб, професійне навчання яких фінансується відповідно до інших державних контрактів. З обласного бюджету фінансується тільки підвищення кваліфікації державних службовців Дніпропетровської облдержадміністрації та райдержадміністрацій Дніпропетровської області.

Тому для забезпечення професійного навчання посадових осіб органів місцевого самоврядування Дніпропетровської області, державних службовців 6-9 груп оплати праці територіальних підрозділів центральних органів виконавчої влади, інших працівників, на яких поширюється дія законів України «Про державну службу» та «Про службу в органах місцевого самоврядування», укладаються прямі договори між ДРІДУ НАДУ та замовниками освітніх послуг – юридичними й фізичними особами. Для цього, відповідно до постанови

Кабінету Міністрів України від 06 лютого 2019 року № 106, центральні та місцеві органи державної влади передбачають, починаючи з 2020 року, кошти на підвищення кваліфікації працівників у розмірі до 2 % фонду оплати праці, органи місцевого самоврядування – не менше 2 %.

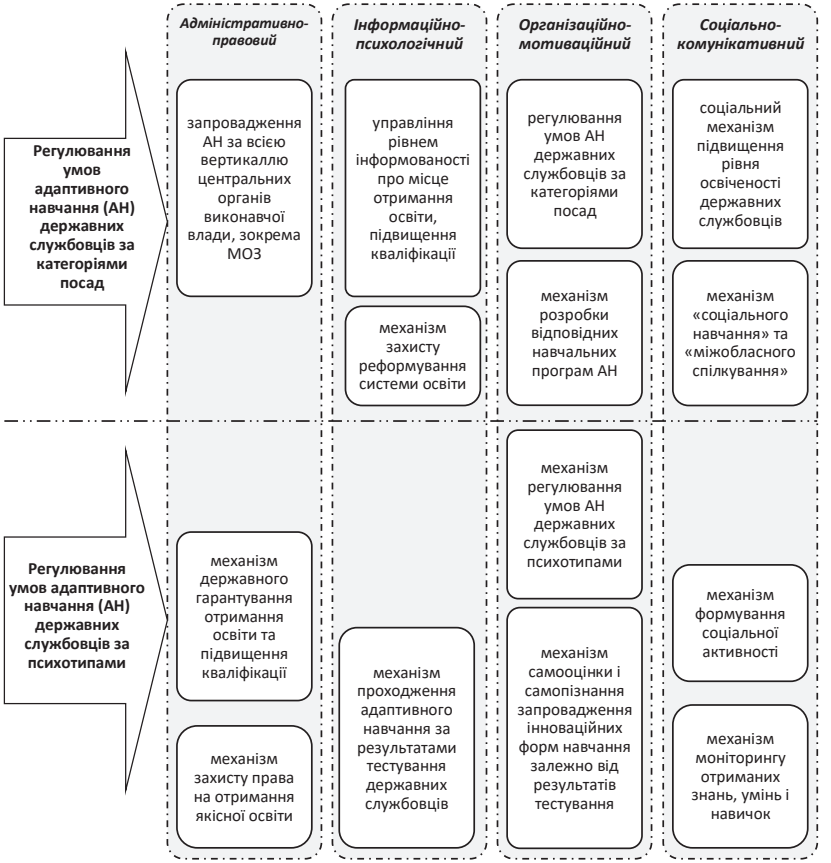
Нами відібрано кращий досвід із зарубіжного досвіду розвинених країн світу, адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я та запропоновано комплексний інституційний механізм державного регулювання адаптивного навчання в державному управлінні (рис. 2.3.2.).

Як видно з рисунку, запропонований нами комплексний інституційний механіз державного регулювання адаптивного навчання в державному управлінні (далі – комплексний механізм) передбачає два основних блоки регулювання – блок регулювання умов адаптивного навчання державних службовців за категоріями посад та блок регулювання адаптивного навчання державних службовців за психотипами. Далі за цими двома блоками визначено чотири основних механізми, які реалізують кожен блок у своїй дії. Зокрема, це адміністративно-правовий механізм, інформаційно-психологічний механізм, організаційно-мотиваційний механізм та соціально-комунікативний механізм.

Для зручності опису дії умовно визначимо: блок регулювання умов адаптивного навчання державних службовців за категоріями посад назвемо № 1, а блок регулювання умов адаптивного навчання державних службовців за психотипами – № 2.

Отже, якщо розглянути дію блоків № 1 та № 2 в межах адміністративно-правового механізму, то для блоку № 1 його дія буде виражена у запровадженні адаптивного навчання за всією вертикаллю центральних органів виконавчої влади, зокрема в нашому випадку Міністерства охорони здоров'я, а для блоку № 2 – у державному гарантуванні отримання освіти та підвищення кваліфікації й гарантія якісної освіти незалежно від психотипу.

Рисунок 2.3.2. *Напрямки реалізації комплексного інституційного механізму державного регулювання адаптивного навчання в державному управлінні*



Якщо розглянути другий механізм, інформаційно-психологічний, то в його межах для блоку № 1 передбачено управління рівнем інформованості про місце отримання освіти, підвищення кваліфікації, а для блоку № 2 – механізм проходження адаптивного навчання за результатами тестування

державних службовців. Третій механізм – організаційно-мотиваційний – теж діє на обидва блоки і виявляється у: для блоку № 1 – регулюванні умов адаптивного навчання державних службовців за категоріями посад; механізмі розробки відповідних навчальних програм адаптивного навчання; для блоку № 2 – механізмі регулювання умов АН державних службовців за психотипами; механізмі самооцінки і самопізнання; запровадженні інноваційних форм навчання залежності від результатів тестування.

Четвертий, соціально-комунікативний механізм виявляється у дії щодо двох блоків у формуванні для блоку № 1 соціального механізму підвищення рівня освіченості державних службовців, механізму «соціального навчання» та «міжобласного спілкування», а для блоку № 2 – механізму формування соціальної активності, механізму моніторингу отриманих знань, умінь і навичок.

Запропонований комплексний механізм дає можливість спланувати роботу з організації адаптивного навчання системи з орієнтацією на основні інституційні механізми, яких нами визначено чотири. Дотримання саме такого підходу автоматично систематизує роботу і дає можливість не упустити важливих соціальних та нормативно-правових елементів у забезпеченні адаптивного навчання та виокремлення її інформаційно-психологічної складової.

Соціально-демографічні показники народжуваності та смертності, рівень одужання від COVID-19, рівень захворюваності й одужання на інфекційні та складні імунні, серцево-судинні захворювання та сезонні на грип, запалення легенів, алергії (різного походження) та інші хронічні захворювання свідчать не лише про суспільний імунітет, але й про систему державного управління у сфері охорони здоров'я в Україні, що відповідно прямо залежить від навчання, яке проходять чи не проходять фахівці державного управління сфери охорони здоров'я. Діяльність та ефективність діяльності цієї системи залежить від рівня кваліфікації, досвідченості та інформованості фахівців державного управління сфери охорони здоров'я. Обґрунтовано, що сьо-

годні соціально-демографічні показники нестабільні, це є результатом довготривалої відсутності дієвої моделі управління учасниками сфери охорони здоров'я.

Керівні кадри в структурі взаємодії лікарів, медичного персоналу та пацієнтів виступають координаторами, забезпечують налагодження результативної комунікації, створюють умови для задоволення потреб кожного. Низький рівень практичних знань та навичок мінімізує управлінський потенціал фахівців і, відповідно, унеможливлює досягнення соціального ефекту. Оновлена модель підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації конкурентоспроможних керівних кадрів має бути побудована за принципом системності та передбачати наявність чотирьох блоків знань: медичні знання, знання із управління та менеджменту, економічні знання, основи юриспруденції та правового захисту.

Досягнення результативності процесів підготовки можливе за умови збереження організаційних етапів моделі, а саме: аналізу потреб навчання, розробки програм і навчально-методичних планів, проведення навчального процесу, а також моніторингу та оцінювання ефективності проведеної роботи.

Виокремлені такі кластери проблем адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління:

по-перше – відсутність практико-орієнтованого навчання фахівців, зокрема фахівців охорони здоров'я в системі державного управління;

по-друге – відсутність стандартів навчання фахівців в системі державного управління з урахуванням галузевого підходу;

по-третє – відсутність навчальних закладів, які б реалізовували саме адаптивне навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління;

по-четверте – відсутні реальні механізми залучення практичних фахівців до освітнього процесу з метою формування реальних навичок фахівців охорони здоров'я в системі державного управління;

по-п'яте – відсутність навчання з урахуванням потреби саме фахівців охорони здоров'я в системі державного управління.

Питання для самоконтролю

1) Назвіть основні механізми проведення адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління в Україні та за кордоном.

2) Якими чинними номартивно-правовими документами визначена система розвитку державних службовців та осіб місцевого самоврядування?

3) Які існують системи підготовки (навчання) фахівців державного управління за кордоном? Охарактеризуйте їх.

4) Що таке підвищення кваліфікації?

5) Якими основними навичками повинні володіти державні службовці?

6) Які існують проблеми навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління?

РОЗДІЛ 3.
АДАПТИВНЕ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ В ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНОМУ КОНТЕКСТІ

3.1. Адаптивне навчання лікарів як складова компетентнісного підходу у медичній освіті

Термін «компетентнісний підхід у медичній освіті» набув поширення приблизно на початку 2000-х років. Незважаючи на його широке використання, існують однак відмінності у використанні відповідної термінології та пов'язаних понять. У нашій роботі ми зробимо короткий історичний огляд терміна, зосереджуючись на чіткому визначенні та вимірах компетентнісного підходу, як і на самих поняттях компетенції/компетентності та інших споріднених термінологічних одиницях.

У 1949 році викладач фізіології Ральф Тайлер розробив систему, яка стала відома під назвою «обґрунтування Тайлера». Вчений сформулював чотири ключові питання, які має поставити будь-яка освітня інституція:

1) Яких цілей має прагнути досягти навчальний заклад?

2) Який навчальний досвід може бути запропонований для досягнення цих цілей?

3) Яким чином буде організовано надання цього навчального досвіду?

4) Яким чином можна визначити, чи були заявлені цілі зрештою досягнуті?

Цей підхід до освіти, орієнтований на результат, виразно відрізнявся від традиційної освітньої практики на той час. Багато фахівців із освіти розширили та доповнили ідеї Тайлера, зокрема Б.Блум, який запропонував таксономію освітніх

задач, що включала в себе когнітивний (знання), психомоторний (навички моторики) та афективний (установки) виміри. Важливість цих теорій для науки полягала в тому, що освіта ставала більш сфокусованою на конкретних очікуваних результатах, а не лише на багаторічній традиції. У 1963-му році Керолл відкрив, що за умови однакового відведеного часу студенти із різним ставленням до навчання відрізняються за академічною успішністю; багато хто з них не досягає запланованих навчальних цілей. Аби уникнути різнорідності в результатах навчання, дослідник запропонував підхід, коли кожному студенту виділяється достатня кількість часу для досягнення його конкретних навчальних цілей. Така перспектива стала справжнім переворотом у педагогічній думці, оскільки визнавала, що справжня викладацька майстерність вимагає достатньої гнучкості та індивідуалізації. Зосередженість на результатах призвела до появи таких підходів, як «персоналізовані системи навчання», що передбачали опанування максимально можливою кількістю студентів у групі/класі/курсі навчального матеріалу на певному встановленому рівні. Поширення такого підходу в освітніх системах багатьох країн призвело до тіснішого зв'язку між освітньою системою та майбутнім кар'єрним просуванням на роботі. Професійна освіта та підготовка стали більше інструментом підготовки та перепідготовки робочої сили. Широкі технологічні та наукові зміни разом із глобалізацією призвели наприкінці минулого століття до впровадження у школах фахових компетенцій, що пояснювалося бажанням підвищити рівень навиків у сучасній конкурентній економіці. На рівні університетів подібні реформи далеко не завжди зустрічали прихильну реакцію, зокрема через побоювання того, що більша питома вага реального сектору економіки може завадити розвитку загальної академічної освіти; сама сутність того, що називають «вільними науками» (liberal arts) – свобода академічного розвитку – не дуже сумісна з виразно утилітарною природою промислового сектору.

Ще у 1950-х роках Р. Тайлер встановив, що навчальний матеріал (контент) медичної підготовки доноситься більш

ефективно, якщо він зосереджений на клінічній ефективності. Ряд науковців на основі праць Р. Тайлера розробили стислий опис компетентнісного підходу у медичній освіті, відрізняючи його від предметно-орієнтованого та інтегрованого навчального плану за такими пунктами:

1) навчання організовується на основі функцій, необхідних для медичної практики у конкретній, визначеній обстановці;

2) переконання у тому, що всі студенти-медики можуть опанувати принаймні базові навчальні цілі;

3) впевненість, що навчання та навчальні процеси можуть бути емпірично дослідженими та виміряними.

За словами дослідників, очікуваним результатом компетентнісного підходу у медичній підготовці є професіонал у сфері охорони здоров'я, який може займатися медичною практикою на певному визначеному фаховому рівні відповідно до місцевих умов та потреб. Оскільки компетентнісний підхід у медичній освіті орієнтований на результат, у межах цього підходу приділяється значна увага післядипломній освіті та підготовці.

Багато авторів намагалися прояснити та уточнити нечіткі поняття «компетентності» та «компетенції». У сфері підготовки медичних спеціалістів обидва вказані поняття теж визначаються по-різному. «Повсякденне використання комунікативних навичок, знань, технічних умінь, збору анамнезу емоцій, цінностей та рефлексій у клінічній практиці для блага окремого пацієнта та громади в цілому» – таке визначення компетентності покликане охопити більшість елементів професійної медичної роботи.

Слово «компетентність», яке найбільш дослівно тлумачиться як «здатність чи спроможність виконувати щось успішно та/або ефективно», часто призводило до збентежень серед викладачів. Оскільки компетентнісний підхід в освіті не завжди вкладався у рамки цього визначення, термін «компетентність» було переосмислено. Освітня рада Нідерландів запропонувала визначення компетентності, яке включає в себе шість властивостей: компетентність є конкретною,

комплексною, стійкою, орієнтованою на ефективність, опановуваною, і компетентності є взаємно залежними. Це збігається із пізнішим визначенням Альбанес та ін., які додали, що компетентності мають відображати зовнішні очікування та призводити до таких форм поведінки, які були би вимірюваними з використанням абсолютних стандартів, тобто цілком незалежно від результатів та поведінки інших студентів. Інші автори наголошували, що здатність діяти успішно є до певної міри залежною від контексту обставин та подій. Людина може володіти компетентністю в одному контексті, наприклад, у погожий ясний день у добре обладнаній лікарні, але не мати компетентності в іншій обстановці, наприклад, під час нічної зливи у віддаленій сільській місцевості за повної відсутності медикаментів та обладнання.

Якщо здатність ефективно працювати у всій повноті медичної професії ми називаємо «медичною компетенцією», тоді *медична компетентність* може бути визначена як опановувана, стійка та вимірювана здатність виконувати конкретне комплексне завдання, яке є частиною цілої множини завдань, котрі і складають медичну професію як цілість. Це узагальнена здатність, конкретні вияви якої можуть значно різнитися залежно від ситуативного контексту. Як визначають Епштейн та Гундерт, сфери компетенції є утвореннями вищого порядку, які охоплюють у собі кілька компетентнісних одиниць. Наприклад, сфера догляду за пацієнтами включатиме такі компетентності, як «здатність збирати інформацію про пацієнта», «точно проводити медичний огляд» і «розробляти та втілювати управлінський план».

Прийменник «компетентний» позначає людину, яка має «здатність робити щось», або ж «компетентність». «Компетентний» також відсилає до юридичного права діяти або приймати рішення. Повноваження діяти чи приймати рішення можуть відповідно залежати від демонстрації достатнього рівня майстерності або компетентності. У цьому розумінні компетентна особа не просто *може* діяти, але ще й має *владу* чи *право* діяти, у тому розумінні, що некомпетентні чи недостатньо компетентні індивіди такого права не мають. Це

релевантне доповнення для фахівців із юридичною відповідальністю, до яких входять зокрема і медики.

Компетентнісний підхід у медичній освіті як окреме поняття виростає із двох ключових понять – компетенції та компетентності. З лінгвістичної точки зору вираз «компетентнісний підхід у медичній освіті» може видаватися нелогічним, оскільки наголошує на такій освіті, яка радше використовує компетенції замість того, аби їх створювати (інші дослідники також уживають варіанти «компетентнісно орієнтований підхід» чи «компетентнісно спрямований», однак ми віддаємо перевагу традиційному вжитку). Френк та ін. підкреслюють, що компетентнісний підхід у медичній освіті є «підходом, покликаним підготувати медичних спеціалістів до практики, принципово орієнтованої на вимірюваність результатів та здібностей, і до організації навколо компетентностей, визначених на основі аналізу запитів пацієнтів та соціуму». Такий підхід зменшує акценти на часоорієнтованій фаховій підготовці, уможливлюючи більшу прозорість, гнучкість та студентоцентричність. Важливо, що компетентнісний підхід у медичній освіті включає у себе новий елемент, який відрізняє навчальні програми у межах цього підходу, від інших програм, а саме часову незалежність. Якщо компетентнісно орієнтована освіта зосереджується на видачі сертифікатів чи дипломів студентам в міру того, як вони засвідчать свою компетентність, то час академічної підготовки втрачає свою принципову важливість. Теоретично, практикуючі медики, які розпочали навчання пізніше, але мають вищий рівень мотивації та релевантного досвіду, будуть досягати визначеного рівня компетентності раніше за студентів з малим або взагалі відсутнім досвідом. Освіта в обстановці робочого місця замість навчальної аудиторії вже зараз є високо індивідуалізованою; зважаючи на різницю між робочим місцем та навчальним закладом, досвід також буде очікувано відрізнятися. Все це призводить нас до двох принципових властивостей компетентнісного підходу у медичній освіті:

1) зосередження на результатах, сформульованих у вигляді конкретних компетентностей;

2) незалежність від перебігу часу у процесі навчання та фахової підготовки; компетентнісно-залежна сертифікація/видача дипломів замість залежної від часу.

Спираючись на окреслені вище визначення «компетенції», «компетентності» та «компетентного» для освітніх цілей, компетентнісний підхід у медичній освіті можна визначити так: освіта для здобуття медичної професії, орієнтована на певний визначений рівень фахової майстерності в одній чи більше сферах медичної компетенції. Високоіндивідуалізована та незалежна від часу природа компетентнісного підходу, очевидно, випливає з цього визначення, оскільки освіта є завершеною тоді, коли досягнуто певний, наперед установлений, рівень компетентності, а не тоді, коли минула певна – хай навіть і значна – кількість років. У межах цього визначення компетентнісний підхід у медичній освіті не виключає навчання на робочому місці; на практиці підхід виявляється особливо корисним якраз в обстановці, яка уможливлює індивідуалізоване навчання та гнучкість.

Разом із основним поняттям компетентнісного підходу у медичній освіті є низка інших понять, цінних для глибшого розуміння. Таке поняття, як «сфери компетенції», може бути аналітично описаним, із визначенням відповідних під-сфер, ключових компетентностей, ядерних та периферійних компетентностей, допоміжних компетентностей тощо – для операціоналізації широких сфер досвіду на обліковані одиниці, придатні для оцінки та викладання, з подальшим перетворенням у формалізовані інструкції та правила. Однак потрібно одразу ж зауважити, що подібні аналітичні описи мають тенденцію ставати дедалі більш теоретичними, не пов'язаними із контекстом, і віддаленими від практики, а надто від практичного орієнтованого визначення компетентності, на яке ми вже спиралися раніше: робити, виконувати щось успішно. На нашу думку, ці сфери та підсфери компетенції не треба називати «компетенціями», оскільки вони зазвичай не співпадають із наведеним вище визначенням компетенції, зокрема не можуть бути легко «досягнуті» чи виміряні у валідний спосіб, особливо у тих підсферах, які знаходяться

поза межами сфери медичних або технічних умінь. Наприклад, «етична поведінка щодо пацієнтів» є важливою професійною якістю, однак вона становить радше сприятливу контекстну передумову для більшості практичних завдань, аніж компетенцію саму собою У багатьох компетентнісних схемах подібні «компетенції» демонструють виразно теоретичну природу.

3.2. Загальна характеристика інформаційно-психологічних особливостей адаптивного навчання лікарів

Тривалий поступ у психолого-педагогічних науках розкриває чудовий потенціал покращення медичної освіти. Цей поступ дотичний майже до всіх сфер медицини і прямо пов'заний із потенційною максимізацією отриманих вигод від моделювання та упровадження найновіших технологій. У цій роботі ми опишемо дві ключові інновації у підготовці медичних працівників, які стосуються моделювання та інших аспектів медичного навчання: перцептивне навчання (ПН) та адаптивне навчання. Техніки перцептивного навчання сфокусовані на розпізнаванні патернів, структурній інтуїції та плинності. Технології адаптивного навчання можуть оптимізувати навчання для кожного окремого індивіда, інтегрувати об'єктивне оцінювання впродовж усього навчального процесу, імплементувати ефективні критерії опанування навчальним матеріалом.

Розуміння ролі та цінності цих новітніх технологій вимагає певного обговорення щодо традиційних концепцій навчання та їх еволюції у теперішній час, разом із напрацюванням основних елементів та вигод кожної з технологій. Насамперед ми розглянемо концепцію навчання, технологію перцептивного навчання та технологію адаптивного навчання. Потім перейдемо до застосування у медичному навчан-

ні двох останніх технологій, адаптивного та перцептивного навчання. Наостанок ми розглянемо можливість синергії між цими навчальними технологіями у медичній сфері.

У більшості психолого-педагогічних підходів навчання організоване навколо двох типів знання. Це не дивно, оскільки нерідко ці два типи вважаються вичерпними, навіть у багатьох психологічних працях. Декларативне знання включає факти та поняття, які можуть бути висловлені. Процедурне знання включає послідовність кроків, які можна (або ж потрібно) здійснити. Загальноприйнятий погляд на навчання, який часто поділяють як нефахівці, так і дослідники, полягає в тому, що сутність навчання полягає в накопиченні цих фактів, понять та процедур. Така перспектива отримала назву «контейнерної моделі» людського розуму: навчання складається із фактів, понять та процедур, які ми кладемо до контейнера, а для подальшого принагідного використання виймаємо їх звідти.

Постійні проблеми у навчанні та викладанні вказують на те, що такий погляд на навчання є недосконалим. Студенти, які наполегливо вивчають та ретельно засвоюють декларативні та процедурні елементи під час навчання, виявляються потім неспроможними розпізнати ключові структури та патерни у реальних прикладних завданнях. Студенти можуть знати певні процедури, але не розуміти умов їхнього застосування, або застосовності до нових проблем та/або ситуацій. До того ж під час навчання студенти можуть розуміти більшість матеріалу, однак загальний темп навчального процесу та високе когнітивне навантаження робить їх безпомічними у ресурсоємних, складних чи обмежених у часі завданнях.

Такі типові проблеми можна спостерігати у всіх навчальних сферах, від математики до навчання хірургії. Описаний вище загальноприйнятий погляд на навчання випускає одне принципово важливе поняття, яке зустрічається не геть у всій літературі з проблем навчання чи викладання, а конкретно у літературі з питань фахового досвіду, або ж експертності. Дослідження експертності – як люди діють, коли вони справді у чомусь майстерні – спираються на низку вмінь, які

виникають із парадигмальних змін у способах добування інформації.

Келлман припустив, що ефекти перцептивного навчання поділюються на дві широкі категорії: ефекти відкриття та ефекти плинності. Ефекти відкриття означають, що студенти знаходять саме ту інформацію, яка є найбільш придатною для виконання завдання. Одним із важливих ефектів відкриття є підвищена уважність та вибірковість при роботі з матеріалом. Працюючи над завданням, студенти швидше підбирають релевантну інформацію та правильно її класифікують, залишаючи неважливе поза увагою. Практичні заняття також допомагають студентам визначити типові чи специфічні зв'язки, не очевидні при виключно теоретичній роботі.

Ефекти плинності відносяться до змін у ефективності обробки інформації. Перцептивне навчання призводить до плинної і часом автоматичної роботи з даними, де автоматичність визначена як можливість обирати релевантну інформацію з дуже малим зростанням загального навантаження або взагалі без такого. Як наслідок, більша перцептивна майстерність призводить до кращої паралелізації робочих процесів та швидшої обробки інформації.

Останнім часом перцептивне навчання опинилося у фокусі досліджень у когнітивних дисциплінах та нейрофізіології (Келлман та ін.). Для цілей нашого огляду найбільш релевантними є три головні положення. По-перше, перцептивне навчання є повсюдно поширеним процесом навчання, спрямованим на оптимізацію обробки інформації для покращеного виконання робочих завдань. По-друге, із застосуванням відповідних процедур всі типи властивостей та патернів роботи з інформацією можуть бути покращеними через застосування перцептивного навчання. По-третє, ці покращення часто стають справді значними, принципово міняючи рівень виробничої ефективності.

Одним із прикладів складної задачі, де вивчалися ефекти перцептивного навчання, є гра в шахи. Найкращий людський гросмейстер може перемогти комп'ютер, який аналізує

мільйони можливих ходів та комбінацій за секунду; на противагу цьому, людські гравці застосовують порівняно малий горизонт планування, плануючи свою тактику максимум на кілька ходів наперед. Незважаючи на таку величезну відмінність у можливостях пошуку та перебору різноманітних комбінацій і ходів, люди можуть грати в шахи на доволі пристойному рівні. Треба зазначити, що навики досвідчених шахістів, які часом здаються неймовірними у порівнянні з новачками, залежать насамперед не від якогось надскладного мислення чи величезного накопиченого запасу практичного знання. Ці навики залежать від сприйняття структури, тобто від навченої здатності класифікації патернів, що відрізняється наздвичайною гнучкістю, складністю та різноманітністю. Важливо зауважити, що переважна більшість того, що може бути означене як релевантне сприйняття структури, не може бути описане вербально.

За умови відповідного навчального досвіду у конкретних сферах, перцептивне навчання дає можливість людині досягнути такого рівня майстерності, який раніше називали «магічним» – але цей релевантний навчальний досвід здобувається не у традиційних класних кімнатах чи підручниках. Перцептивне навчання формує ядро того, що називають «ситуаційною пильністю», яку можна визначити як уважність до того, що відбувається навколо тебе, для розуміння того, як саме інформація, події та твої власні дії вплинуть на твої цілі та задачі. Ситуаційна пильність є критично важливою у багатьох царинах військової та цивільної підготовки, на кшталт підготовки пілотів та авіадиспетчерів, та у багатьох інших складних завданнях. Існують дотичні ефекти перцептивного навчання: вибірковий та автоматичний добір інформації, релевантної до поставленої задачі; пошук важливих взаємозв'язків; можливість добувати інформацію з порівняно невеликим зростанням когнітивного навантаження, аби мати змогу впоратися зі складними та часто паралельними завданнями.

У цій та інших сферах існує поширене помилкове розуміння ефектів перцептивного навчання щодо експертності,

пов'язане із часто повторюваною максимою, ніби для здобуття експертності потрібно накопичити 10000 годин практики, та із типовим «коробковим» поглядом на навчання, як на звичайне зберігання чогось у пам'яті. Принципова хиба тут полягає у тому, що у процесі переходу від новачка до експерта пам'ять не просто складає докупи велику кількість тих чи інших прикладів, а перетворює накопичені ситуації у ментальні моделі. У шахах, наприклад, можна припустити, що досвідчені гравці перемагають, бо вони запам'ятали багато шахових партій – однак таке припущення не працює для перцептивного навчання. Хоча запам'ятовування може бути важливим, саме собою механічне накопичення фактів не створює релевантної експертності, не стає головним чинником останньої.

Виконавча ефективність принципово залежить від розпізнавання патернів. При виникненні нової ситуації головним питанням є «Які з предметів, процедур або моделей, котрі зберігаються у пам'яті, є релевантними до цієї ситуації?». Перцептивне навчання є навчальним процесом, який принципово, через зміни в установках, обсязі та плинності видобування інформації, відрізняє експерта від новачка, котрий не бачить того, що є релевантним, чи не розрізняє визначних для такої релевантності рис.

У важливих сферах експертність навряд чи може бути досягнута виключно використанням запам'ятовування фактажу. Наприклад, досвідчений лікар-рентгенолог мусить визначити патологію на новому знімку чи серії знімків, де пухлина може проявлятися в іншому місці, з іншим розміром чи просторовою орієнтацією. Експерт у розумінні перцептивного навчання у такому випадку той, хто є осердям тонко налаштованої системи видобуття релевантної інформації, а не просто величезним складом накопичених фактів.

З точки зору когнітивної психології, плинність часу не становить принципового мотиватора до навчання. Натомість виявляється, що навчання може бути системно покращене та прискорене з використанням відповідних принципів перцептивного навчання у поєднанні з комп'ютерними

технологіями; ми називаємо це *перцептивними навчальними модулями* (ПНМ).

Всеохопний опис технологій перцептивного навчання виходить за межі цієї роботи, однак треба навести принаймні кілька основних тез, аби охарактеризувати підхід. Перцептивні навчальні модулі використовують технологію інтерактивних навчальних випробувань: навчання просувається вперед через велику кількість невеликих фрагментованих випробувань, у межах яких студенти виконують певні класифікаційні вправи та отримують зворотній зв'язок як від викладачів, так і від інших членів навчальної групи. Класифікаційні вправи є тим двигуном, який рухає процеси перцептивного навчання до пошуку, розкриття та гнучкої роботи з ключовими властивостями та взаємозв'язками, релевантними до поточної навчальної задачі. Ключовим моментом для розуміння перцептивних навчальних модулів, пов'язаним із традиційними навчальними моделями, є те, що у межах перцептивних навчальних модулів людину рідко просять вирішити якусь чітку проблему чи дати промовисту відповідь; завдання всередині перцептивного навчального модуля радше спонукають студента класифікувати, розташовувати, розрізняти та структурувати навколишню множину фактів та процесів. Технології перцептивних навчальних модулів системно залучають ті аспекти експертності, які взагалі не були доступними для безпосередніх навчальних методик.

Робота з перцептивними навчальним модулями показує, що відносно короткі інтервенції можуть мотивувати до значних навчальних здобутків у багатьох сферах. Як у термінах широти застосування, так і у можливості радикальної оптимізації навчання у високоризикових сферах, жодна сфера не виглядає перспективнішою для технологій перцептивного навчання, аніж підготовка медичних спеціалістів. У межах самої лише рентгенології існує велика кількість перцептивних класифікацій, пов'язаних із класифікаціями норми та патології, які залежать не лише від різноманіття симптомів хвороби. Добре відомо, що швидкість та точність фахівця-рентгенолога у пошуку та класифікації розвивають-

ся як довготривала та несистемна форма досвіду (до того ж високомінливого від фахівця до фахівця).

У більшості навчальних моделей студент обмежений неможливістю навчального матеріалу пристосуватися до індивіда. Студенти мають різні стартові точки та відрізняються тими аспектами навчання, які кожен із них засвоює добре чи погано. Тестування (або інші форми академічного контролю) часто відбувається лише наприкінці навчання, а не впродовж усього процесу, і часто передбачає максимально узагальнене оцінювання замість детальних описів та тлумачень того, що та як саме було чи не було опановано. Більше того, тестування переважно ставлять на меті або лише точність відповідей, або швидкість проходження тесту; доволі рідко у тестовому матеріалі поєднуються точність та детальне і глибоке розкриття аспектів навчання, як і основним призначенням подібних тестів не є оптимізація навчання кожного конкретного студента.

Важливий однак не лише брак подібних зв'язків між тривалим оцінюванням та потоком навчальних подій; студенти рідко керуються критеріями професіоналізму, які включають точність та гнучкість усіх компонентів навчальних завдань. Ці обмеження потенційно можуть бути подолані, з виразним покращенням навчання, через використання технологій адаптивного навчання.

Починаючи з класичної праці Аткінсона у 1960-х, було представлено чимало схем адаптивного навчання, які поставили за мету поєднати діяльність студента з принципами навчання та запам'ятовування, аби зробити навчальний процес більш ефективним. Такі системи зазвичай перевіряли на вивченні дискретних предметів, таких як слова іноземної мови. Більшість систем адаптують представлення нових навчальних елементів на основі результатів студента у попередніх завданнях, а деякі провадять навчання за алгоритмами, які висновують імовірності доброго засвоєння навчальних елементів.

Успішність попередніх систем адаптивного навчання виступає запорукою перспективності сучасних адаптивних

підходів. Існуючі системи, однак, мають важливі обмеження. Перше – що системи, засновані на методі моделювання, потребують відповідного експерименту з залученням однорідних студентів та випадковим представленням навчальних матеріалів, аби належно оцінити параметри імплементації адаптивної схеми. Друге – що орієнтація на точність може оминати ту важливу інформацію, яка міститься у часі реакції.

Ми розробили нову систему адаптивного навчання, яка використовує водночас точність та швидкість для визначення дистанцій та послідовностей у навчанні, зокрема у виконанні низки критеріїв професійної (фахової) майстерності.

Припустимо, що потрібно вивчити певну кількість n одиниць (фактів, патернів, понять, процедур тощо). Як ми можемо оптимізувати вивчення цього масиву для окремого конкретного студента? Застосовуємо інтерактивну систему, у якій навчання складається переважно у формі ситуацій, що вимагають відповіді студента. Демонструється певний предмет, проблема чи ситуація, і користувач системи має опрацювати матеріал та дати відповідь. Ми оптимізуємо навчання, застосовуючи систему рейтингу пріоритетів, у якій всі одиниці (чи категорії) навчального матеріалу отримують певну кількість балів, яка позначає відносну важливість тієї чи іншої одиниці і відповідну ймовірність бути показаною у наступній презентації. Бали пріоритету для одиниць навчального матеріалу оновлюються після кожного виконаного завдання на основі точності та часу реакції студента, кількості пройдених завдань та виповненості критеріїв фахової майстерності. У більшості навчальних застосунків порядковий алгоритм обирає одиницю із найвищим пріоритетом для кожного завдання. Налаштовувані параметри системи дозволяють гнучко та послідовно втілити принципи навчання та запам'ятовування.

Наша система працює на основі бази даних, яка зберігає всі одиниці та категорії перцептивного навчання у фактичному навчальному контексті. Результати виконання кожного завдання зберігаються та використовуються порядковим алгоритмом системи. Варто зазначити, що навіть при простому

вивченні певних фактів у навчальних завданнях можуть використовуватися різноманітні формати представлення.

Ми опишемо аспекти навчальної системи, оминаючи математичні та технічні подробиці. Наша робоча матриця має велику гнучкість та може використовувати багато формул із урахуванням затраченого часу чи кількості завдань, точності та часу реакції. Рейтинги пріоритету оновлюються для всіх включених одиниць після проходження кожного завдання. У багатьох категоріях всім одиницям присвоюються певні стартові бали пріоритету, значення яких не змінюється, аж допоки ту чи іншу одиницю вперше не буде обрано для презентації.

Всеохопний набір навчальних принципів та задач, які можуть бути втілені у нашій системі, є занадто широким, однак до найбільш важливих належать:

Інтервал/затримка презентації – система налаштована так, аби уникати повторної демонстрації однієї і тієї ж одиниці у послідовності завдань.

Загальна оптимізація всього навчального пакету – бали та рейтинги пріоритету динамічно оновлюються після кожного завдання, і всі одиниці та категорії змагаються за вибір для презентації у наступних завданнях.

Виключення та критерій фаховості. Адаптивне навчання зосереджує зусилля студента там, де вони найбільш потрібні. Час та зусилля є обмеженими ресурсами, тому треба застосовувати систему пріоритетів. Ми використовуємо термін виключення для опису видалення навчальної одиниці чи категорії з навчального пакету на підставі досягнення певного рівня критерію фаховості. Час реакції-відповіді дає важливу інформацію про те, який саме тип роботи з інформацією використовує студент. Коли вирішення задачі відбувається через обрахунок або пояснення, результати однаково виявляються в середньому повільнішими, аніж коли студент видобуває готову відповідь із пам'яті. Ключовим ефектом перцептивного навчання є набуття здатності видобувати релевантну інформацію з низьким додатковим зростанням загального навантаження.

Динамічна розстановка на основі часу реакцій. У нашій системі пріоритет певної навчальної одиниці чи категорії для цілей репрезентації є функцією часу реакції та точності. Навіть за умови точних відповідей тривалий час реакції припускає відносно низьку навчальну ефективність. Система може застосовувати різноманітні функції часу реакції, однак зазвичай збільшує пріоритет для триваліших реакцій-відповідей. Використання часу реакцій у адаптивному навчанні пропонує простий та прозорий критерій для втілення важливих принципів ефективного навчання. Ми припускаємо, що ефективність навчання є такою змінною, на яку можна впливати правильним розташуванням послідовності навчальних подій; ця змінна зокрема відображається через точність та швидкість відповідей. Таким чином, найкращим часом для повторної презентації певної навчальної одиниці є найдовший інтервал, впродовж якого все ще можливе надання правильної відповіді.

3.3. Теоретичні аспекти навчання дорослих

Чим більше дослідники працюють із науковою літературою, тим чіткіше розуміють багатоманітність можливих пояснень того, як навчаються дорослі люди. Жодна окрема теорія не пояснює повністю, що та як саме відбувається, коли практикуючий чи майбутній фахівець у сфері охорони здоров'я поринає у процес навчання. Конструктивісти, подібно до Л. С. Виготського, вважають, що навчання є процесом конструювання нового знання на основі того, що людина вже знає. Ми розкриємо та доповнимо загальну схему конструктивістського підходу, який вважаємо за такий, що має достатню доказову базу і сам допомагає формувати теоретичні підстави для розвитку навчальних планів, стратегій навчання та викладання, оцінювання успішності студентів та ефективності навчальних програм.

Малколм Ноулз зазначає, що дорослі вчаться інакше, аніж діти. Він запропонував термін «андрагогіка» для розрізнення навчання дорослих від «педагогіки»; в наш час таке розрізнення може видаватися штучним. Багато принципів андрагогіки можуть бути застосовані так само і до навчання дітей.

Коли ми розглядаємо навчання та викладання медичних дисциплін, важливо пам'ятати, що в одних навчальних програмах учасники вже мають університетський диплом, а в інших – лише щойно закінчили старшу (або навіть середню) школу. Медична освіта також включає післядипломну підготовку та курси підвищення фахової кваліфікації. Кожен із цих студентів чи учасників навчальних програм має власні обмеження, досвід, переживання та вподобання; завданням викладача є забезпечити таке сприятливе оточення та доступність ресурсів, у якому здібності кожного студента зможуть уповні розкритися та розвинутися.

Наше завдання як дослідників ускладнене тією обставиною, що основні найвідоміші теорії навчання частково спираються на теоретичну базу психології, а частково – на прагматичні досвідні спостереження. Важливо також пам'ятати, що навчання передбачає надбання у трьох сферах: знання, вміння та установки, тому будь-які потенційні теорії мають перевірятися, зокрема за цими трьома сферами.

Теорії інструментального навчання засереджуються на індивідуальному досвіді та включають біхевіоральні (поведінкові) та когнітивні теорії навчання.

Поведінкові теорії є основою багатьох компетентнісноцентричних навчальних програм та тренінгових курсів. Застосування цих теорій зазвичай створює таке навчання, яке вирізняється стандартизацією результатів самого навчання. Відтак виникає головна заувага до поведінкових теорій у цьому контексті – хто описує та визначає результати навчання і як вони вимірюються?

Когнітивні теорії навчання зосереджуються на розумових та психологічних процесах, а не на поведінці, принципово важливими поняттями тут є сприйняття та обробка інформації.

Досвідне навчання вплинуло на освіту дорослих, зробивши викладачів відповідальними за творчість, забезпечення доступу до ресурсів та організацію релевантного досвіду у процесі навчанння. Досвідне навчання критикували за надмірне зосередження на розвитку та формуванні індивідуального знання й обмеженість соціального контексту. Застосування цієї теорії у медичній освіті видається доречним, оскільки вона аналізує розвиток компетенцій та формування навиків у специфічному контексті.

Гуманістичні теорії розглядають індивідуальний розвиток та є більш студентоцентричними. Метою є формування індивідів, котрі мають високий потенціал самоактуалізації та внутрішню мотивацію.

Ноулз підтримав цю теорію, популяризуючи поняття андрагогіки. Хоча теорія пояснює мотивацію до навчання, її головним обмеженням є виключення соціального контексту, соціальних механізмів конструювання та передачі знань і смислів – а саме це є критично важливим у фаховому навчанні.

Автодидактика передбачає, що дорослі можуть планувати, проводити та оцінювати власне навчання. Це часто описується як одна з головних цілей освіти дорослих з наголосом на автономії та індивідуальній свободі студентів. Хоча зазначене є певною мірою аксіоматичним для навчання дорослих, все ще лишаються підставні сумніви щодо того, наскільки автодидактика є насправді досяжною у порівнянні з традиційними підходами. Обмеженням автодидактики як теорії є так само неспроможність належно взяти до уваги соціальний контекст навчання; теорія також імпліцитно недооцінює важливість інших форм навчання, таких як співпрацююче навчання.

Теорії трансформативного (перетворюючого) навчання досліджують спосіб, у який критична рефлексія може бути вжита для трансформації (перетворення) базових переконань та установок студента. Процес перетворення зокрема включає:

А) Шокову дилему, покликану бути каталізатором/тригером для перегляду індивідом власних переконань, поглядів, установок.

Б) Контекст, який включає особистісні, професійні та соціальні фактори.

В) Критичну рефлексію. Мезіров визначає різні форми рефлексії у трансформації значень, смислів, структур, контекстів, процесів та передумов. Рефлексія щодо передумов включає критичне переосмислення індивідом власних довгочасних установок, стереотипів та упереджень.

Соціальні теорії навчання. Ключовими поняттями для цієї групи теорій є поняття контексту та спільноти. Е. Венгер наголошує на важливості робочих груп як різновиду спільнот для цілей залучення, фасилітації та мотивації студента. Зокрема спосіб, у який досвід студента формується соціальним і культурним контекстом та різноманітними спільнотами, є предметом глибшого аналізу у межах ситуативно-когнітивної теорії; остання базується на таких трьох припущеннях:

А) Навчання та мислення є соціальною діяльністю.

Б) Мислення та навчання структуруються за допомогою інструментарію, доступного у певних конкретних ситуаціях.

В) Середовище, у якому проходить процес навчання, впливає на мислення.

Мотиваційні моделі. Будь-яка теоретична модель, яка намагається пояснити та прив'язати навчання дорослих до теорії навчання, має описувати два ключові складники – мотивацію та рефлексію. Однією з таких теорій є теорія самовизначення, яка визнає важливість внутрішньої мотивації, та зважає на задоволення трьох принципових потреб індивіда: автономії, компетенції та почуття приналежності, або співвіднесеності.

Однією з відомих проблем процесу навчання є те, що низький рівень очікування та впевненості у власній успішності призводить до зниженої мотивації навчатися. Це частково може бути пояснено теорією потреб Маслоу, але не враховує змагальності та рівноваги між різними конкуруючими мотиваціями сподівання та очікування у студента на противагу часу та зусиллям, потрібним для занурення у навчальний процес. Теорія сили очікувань Вейнера розглядає поняття «успіху» та «очікуваності успіху».

Модель ланцюга відповіді аналізує участь дорослих у навчальних проектах; у межах цієї моделі три внутрішні мотиваційні фактори працюють як взаємопов'язані: самооцінка, ставлення студента до освіти та важливість власних цілей і очікувань.

Рефлексивні моделі. Моделі рефлексивної зміни передбачають, що рефлексія призводить до дії та залучення. Рефлексивне навчання є високорелевантним щодо медичної освіти. Свідомі зусилля викладачів з використанням рефлексії та зворотного зв'язку як інструментів для розвитку знань та навиків студентів допомагають останнім розвивати автономне навчання.

Навіть такий побіжний огляд основних груп теорій, дотичних до навчання дорослих, мав би привести дослідників до розуміння, що кожна теорія має свої власні переваги та слабкі сторони, і кожна з них є неповною без урахування інших (хоча варто з очевидною обережністю ставитися до моделей, які прагнуть об'єднати всі чи більшість оглянутих теорій).

До кінця двадцятого століття панувало переконання, що дорослі навчаються по-іншому, як діти, і термін «андрагогіка» краще пасує до цього процесу, аніж «педагогіка». Ключовою відмінністю між дорослими та дітьми є те, що дорослі по-іншому мотивовані до навчання. Як зазначає Ноулз, дорослі студенти відрізняються від дітей у шістьох основних аспектах:

1. Потреба знати (Чому мені потрібно це знати?);
2. Власна відповідальність студента/учня (Я сам відповідаю за свої власні рішення);
3. Роль попереднього досвіду студента (У мене вже є певний набутий досвід, який я ціную, і інші мусять це поважати);
4. Готовність до навчання (Я повинен навчатися, якщо хочу змінити своє життя);
5. Орієнтованість на навчання (Навчання допоможе мені у майбутніх складних ситуаціях);
6. Мотивація (Навчаюся, бо хочу навчатися).

Вказані спостереження, у поєднанні з моделлю експериментального навчання Д. Колба, розкривають роль та значення стратегій викладання/навчання для дорослих студентів.

У схемі Колба студенти мають підставовий, базовий досвід, над яким рефлексують. Через власні рефлексії студенти формулюють абстрактні поняття і напрацьовують коректні узагальнення. Потім вони закріплюють своє розуміння шляхом перевірки власних гіпотез як елементів набутого знання у нових обставинах; успішна перевірка забезпечує дослідників новим підставовим досвідом, і цикл відтак триває. Студенти з різними навчальними вподобаннями показуватимуть кращі результати у різних частинах схеми описаного циклу Колба. У термінології вченого «діячі» схильні до відчуттів та швидкої дії, «рефлектори» відчувають та спостерігають, «теоретики» почуваються краще у спостереженнях та розмислах, і нарешті «прагматики» віддають перевагу мисленню та подальшим діям. З точки зору викладача важливо вибудувати схему навчання так, аби регулярно проходити всі блоки циклу, не оминаючи жодну частину.

Важливим моментом для тих, хто притримується конструктивістських позицій у широкому сенсі, є відмінність між попередньо набутим досвідом/знанням індивіда та досвідом, який випливає із навчальної ситуації. Коли ми бачимо щось нове, відвідуємо лекцію чи спостерігаємо розмову з пацієнтом, ми порівнюємо побачене з тим, що вже знаємо, і міркуємо над відмінністю порівняного (рефлексія у дії). Це дає нам можливість формулювати абстрактні поняття, які надають сенс новій інформації. Наступним кроком є перевірка понять та припущень (гіпотез) як елементів новонабутого знання, чи то шляхом прямого експерименту, чи у ході обговорень та суперечок. Це процес, звичний для кожного, хто знайомий із науковими/клінічними методами, однак бракує ще одного важливого складника, і це рефлексія над дією. Принципово важливо, що студент думає про процеси, які були використані у навчальній ситуації та про відповідність використання навчального матеріалу; такі розмисли є основоположними для навчання. Наступним питанням є спосіб, яким нове

знання вбудовується у вже існуючий масив знання. Прихильники підходу трансформативного (перетворюючого) навчання вважають, що значуще навчання відбувається тоді, коли формуються зв'язки між новою та вже існуючою інформацією. Норман та Шмідт визначають три ключові елементи цього процесу: опрацювання, покращення та реструктурування. Опрацювання є прив'язкою нового знання до того, що ми вже знаємо. Важливо, однак, аби ці зв'язки були більш точними, аніж існуючі у загальному масиві знання. Покращення – це процес відсіювання та сортування інформації для отримання значущих та важливих елементів. Реструктурування визначається як розробка нових карт (схем) знання, які даватимуть індивіду підстави показати високі чи експертні знання у певному питанні. Процеси набуття нового знання, встановлення зв'язків із уже відомим та розробка нових розумінь є доволі складним та важким заняттям, однак викладачі можуть допомогти студентам.

У структурованому навчальному середовищі нове знання є достатньо подібним до вже існуючого знання для встановлення та перевірки релевантності між новонабутим та існуючим. Більш складні виклики постають у реальному повсякденному житті, коли релевантність інформації часто далека від очевидної. Варіанти цієї ситуації описуються Вікном Джохарі, названим на честь дослідників Джозефа Лафта та Гаррі Інгрема.

Два моменти очевидно та негайно випливають з цієї теоретичної побудови, а саме, що обговорення між студентами збільшує обсяг практичного знання та що деякі речі продовжують лишатися загадкою, допоки ми не поспілкуємося з кимось іншим, у кого відрізняється знання чи розуміння ситуації. Звідси випливає, що чим більш різнорідними є учасники навчальної групи, тим імовірніше вони будуть мотивовані до навчання. Завжди існуватиме нерозкрита зона невідомого, однак викладачі можуть допомогти студентам просуватися крізь ці зони через виважений вибір завдань, ресурсів та, звісно, пацієнтів. Перед тим, як ми розглянемо способи допомоги у процесі навчання, необхідно розглянути два інші за-

уваження, обидва з яких стосуються того, що студент думає про знання.

Ньюбі та ін. показали існування різноманітних стилів викладання у викладачів і різноманітних навчальних уподобань у студентів. Серед дослідників ведеться активне обговорення того, до якої міри стиль викладання може бути жорстким, фіксованим чи гнучким та піддатним до змін, і наскільки зовнішній контекст здатен впливати на стиль викладання. Виглядає зрозумілим, що деякі студенти орієнтовані на максимально глибоке розуміння того, що вони вивчають, інші ж віддають перевагу швидкому засвоєнню фактів – такий стиль називають «поверхневим навчанням»; обидві стратегії за певних умов можуть як демонструвати успішність, так і бути невдалими у світлі поставлених задач та цілей. Іноді потрібне глибоке знання, а часом достатньо володіти лише епізодичними фактами. Важливо пам'ятати нормальні показники крові, дихання чи рівня електролітів – і цей поверхневий фактаж успішно запускає далі відповідні клінічні дії. Однак визначення у пацієнта ацидозу вимагає вже глибшого розуміння того, як взаємодіють різні фізіологічні системи.

Здатність підходити стратегічно до стилю навчання є важливою, однак на неї може впливати система оцінювання. Таким чином, якщо система оцінюванння налаштована на перевірку запам'ятовування фактів, то успішний студент застосує поверхневе навчання. Якщо ж система заохочує глибоке мислення, розуміння та аргументацію, то успішний студент орієнтуватиметься на такий глибокий підхід. Визнання придатності різних навчальних стилів, стратегій та підходів є важливим, оскільки більшість лекційного матеріалу буде звернено переважно до «поверхових» студентів, а поглиблена практична робота в окремих проектах більше зацікавить «глибоких». Деякі вивчені матеріали та дані справді потрібно знати та швидко згадувати (показники крові чи рівні електролітів), у той час як інші навчальні матеріали потребують глибокого розуміння для проведення відповідних інтервенцій (проблеми з кислотно-лужним балансом чи шоковий стан).

Перрі дослідив, що студенти змінюють свій підхід до навчання від молодших курсів до старших. Зазвичай студентський підхід еволюціонує від «дуальності», коли очікується, що викладач сам демонструватиме студентам різницю між правильним та хибним, до «множинності», коли студенти нарешті визнають важливість контексту та що їхні власні колеги й оточення є цінними джерелами знання і досвіду. Разом із цією принциповою зміною світоглядного фокусу виникає більша впевненість та можливість долати епізоди непевності у собі.

Дослідження Модслі показує, що студенти медичних спеціальностей розвиваються у плані підходів до навчання, але не завжди у напрямку від дуальності до множинності. Існують щонайменше два пояснення цього парадоксу, одне з яких полягає в тому, що студенти схиляються до більш стратегічних навчальних підходів, аби відповідати вимогам системи оцінювання; інше пояснення складніше і стосується становлення студента у ролі нового члена обраної професійної спільноти.

Процес вивчення чогось нового є не просто набуттям певної множини розрізнених фактів (поверхневе навчання), він включає в себе здатність успішного смислоутворення на основі здобутого знання і можливість практичного використання. Однак можливість виконати певні дії чи операції ще не означає достатнього розуміння природи виконуваних дій та меж їхнього застосування. Студент-новачок часто не знає, чого очікувати далі, і часом може навіть не розуміти, що він бачить у перебігу практичного заняття. Такий стан називають межовим, або лімінальним станом, і студент має глибоко засвоїти певний перелік ключових понять просто для того, аби він міг просуватися далі у процесі навчання. Часом проблема може бути у термінології чи складній мові викладання, однак дуже часто це просто становлення індивіда як частини нової навчально-професійної групи та «вживання» у нову ідентичність. Роль викладача тут полягає у допомозі студентові, аби той міг перейти межовий стан і прямувати далі в опануванні матеріалу. Навчальна група фактично виконує

аналогічну колективну роль, допомагаючи новим майбутнім медикам знайти своє місце у робочих групах.

Як уже було окреслено вище, існують кілька різних теорій про навчання та підходів до навчання. Ми представимо модель, яка охоплює всі оглянуті теорії та підходи і може бути застосована для структурування, планування та впровадження успішного навчального досвіду. Ми пропонуємо до розгляду п'ятистадійну схему навчального досвіду, яку проходить студент. Викладач та студент, кожен зі свого боку, мають певний визначений набір відповідальностей на кожній стадії.

Будь-яке навчання починається з уже існуючого знання студента, яке може бути більш чи менш складним залежно від сфери знань.

Стадія *дисонансу* триває, допоки існуюче знання студента порівняється з новою інформацією і оцінюється як неповне. Дисонанс може бути як внутрішнім, коли студент розмірковує з використанням внутрішнього мовлення, або ж зовнішнім, організованим за допомогою викладача та/або пацієнта. Існують кілька факторів, які впливають на залучення студента впродовж стадії дисонансу: природа поставленої задачі, доступні ресурси, мотивація студента, попередній досвід та переважний стиль навчання. Стадія завершується рефлексією студента та визначенням індивідуальних навчальних досягнень.

Під час стадії *покращення* студент намагається віднайти можливі пояснення, розв'язки чи рішення існуючої проблеми (опрацювання) і через виконання завдань, дослідницьку рефлексію та групове обговорення покращує новоздобуту інформацію до рівня виокремлення нових понять.

Стадія *організації* означає, що студент розвиває чи реструктурує свої уявлення так, щоб вони враховували збільшений обсяг інформації з включенням новоздобутих даних. Така *рефлексія* в дії включає щонаменше два елементи: коли студент випробовує та повторно перевіряє сформульовані гіпотези (припущення), та коли інформація організується у схеми, покликані мати певний навчальний сенс для студента.

Ймовірно, що наступна стадія *зворотного зв'язку* є найбільш важливою, оскільки саме тут студент явно та чітко артикулює назовні своє новоздобуте знання, піддаючи його випробуванню у середовищі переконань колег-студентів і викладачів. Зворотний зв'язок у результаті або підсилює висловлені думки студента, або спонукає до виправлень з урахуванням отриманої інформації.

Впродовж стадії *консолідації* студент рефлексує над пройденим відрізком навчального процесу, подумки оглядає пророблену роботу та визначає, що нового він дізнався з цього – як у частині збільшення теоретичного знання, так і у сенсі навчального процесу як такого (*рефлексія над дією*).

Під час кожної з цих стадій ми припускаємо існування визначеної рольової матриці студента та викладача.

Таблиця 3.3.1.

Теоретична модель навчання дорослих

Стадія	Студентські ролі	Викладацькі ролі
Дисонанс	Визначення попередніх (базових) знань, навиків та установок. Визнання того, що є непізнаним. Визначення стратегії особистого розвитку та навчальних потреб. Участь у плануванні індивідуальних навчальних цілей та здобутті релевантного досвіду.	Забезпечення контексту, у якому студенти можуть навчатися. Підвищення внутрішньої мотивації студентів через постановку відповідних задач. Допомога студентам у розвитку та покращенні внутрішньої мотивації. Вивчення та аналіз попереднього досвіду і знань кожного студента. Допомога студентам у правильному визначенні індивідуальних навчальних потреб.
Покращення	Міркування про можливі пояснення та/або розв'язки задач чи проблем.	Забезпечення доступності релевантного навчального досвіду, на відповідному для кожного студента рівні.

Продовження таблиці 3.3.1.

	Визначення доступних та необхідних ресурсів для покращення наявних можливостей. Активна участь у навчальній діяльності та набутті досвіду. Покращення новонабутої інформації до рівня теорії (гіпотези).	
Організація	Випробування та повторна перевірка висунутої гіпотези. Організація здобутої інформації у послідовний наратив, наповнений сенсом для самого студента.	Забезпечення засобів розвиненого навчання – структур, які самі студенти зможуть розбудовувати далі у навчальному процесі. Заохочення до рефлексії в дії.
Зворотний зв'язок	Артикуляція набутих знань, умінь та установок. Надання зворотного зв'язку іншим студентам та викладачам. Отримання та (за потреби) опрацювання зворотного зв'язку від викладачів та інших студентів.	Рефлексія щодо навчального досвіду (рефлексія в дії та над дією). Забезпечення зворотного зв'язку для студентів, як формального, так і неформального. Отримання та (за потреби) опрацювання зворотного зв'язку від студентів.
Консолідація	Рефлексія щодо навчального процесу. Оцінка особистої відповідальності за навчання. Розвиток знань, умінь та установок.	Забезпечення студентам можливостей перевірити та застосувати на практиці новонабуте знання. Заохочення рефлексії над дією.

Описана модель може бути використана кількома способами для допомоги у розробці навчальної діяльності, зокрема при спілкуванні лицем-до-лиця, роботі у малих групах, семінарах чи лекційних заняттях. Ці самі принципи придатні до планування як річного навчального плану, так і короткого курсу, модуля чи окремого заняття. Працюючи зі студентом індивідуально чи плануючи велику масову навчальну програму, викладач має розуміти і пам'ятати, що студент повинен рухатися циклічно для набуття справжнього розуміння та навчання.

Стадія дисонансу. Ключем до викладацького успіху на цій стадії є забезпечення засобів розвиненого навчання; викладач повинен знати, що студенти хочуть вивчати та як це вкладається у ширшу схему навчального процесу. Це означає, що на кожному з рівнів схеми Блума (або однієї з її модифікованих версій, мал. 2) викладач має чітко визначити відповідні результати: наприклад, студент повинен здобути нове знання, застосувати новонабуту інформацію у певний визначений спосіб чи самостійно сформулювати нову гіпотезу. Оскільки викладачеві відомий запланований результат, він може обміркувати найкращий спосіб, як допомогти студенту досягнути цього результату, та продемонструвати таке досягнення іншим.

Коли викладач планує навчальну інтервенцію, він зазвичай починає із задуму певної задачі чи ситуації, у яку наміре-ний залучити студентів (відвідання лекції, відбір історії хвороби у пацієнта, написання письмової роботи тощо). Існують, однак, п'ять важливих пунктів, які визначають найбільш відповідні та пріоритетні задачі.

Враховуйте, яким чином студенти можуть бути залучені та мотивовані до чіткої артикуляції їхнього початкового знання. Весь навчальний процес починається з того, що студент уже знає. У будь-якій інтервенції викладач має переконатися, що студент має можливість чітко та послідовно артикулювати те, що він уже знає про певний предмет, явище чи поняття. Ця стадія допомагає студентові прив'язати нове знання на основі вже відомого та зрозумілого і також

ефективно висвітлює наявні прогалини чи місця непевності у структурі наявного індивідуального знання студента.

Враховуйте різні стилі навчання, їхні переваги, обмеження та можливості. Якщо метою викладацького втручання (інтервенції) є просто представити студентам певне нове знання, то поверхневе навчання буде найбільш відповідним навчальним стилем. Однак ця відповідність не зберігається, якщо студент має розуміти та опрацьовувати новонабуте знання. Опрацювання, як і наступні стадії схеми Блума (та її пізніших модифікацій), вимагає все більшої глибини розуміння. Фактором ускладнення тут є те, що багато студентів принципово обирають поверхневе навчання як індивідуальний навчальний стиль, притому ще задовго до вступу у вищий навчальний заклад. Навіть на старших курсах, якщо студенти знають, що їх будуть перевіряти на знання певних фактів, а не на розуміння проблеми, вони з високою ймовірністю оберуть поверхневе навчання. Якщо метою викладача є глибший рівень розуміння, тоді треба переконатися, що процес оцінювання не є тут нездоланною перешкодою.

Можливо, хоч і доволі складно та непередбачувано, використовувати лекції для чогось більшого, аніж просто поверхневе знання. Глибоке навчання відбувається через обговорення, дослідження, пошук та випробування гіпотез і аргументів. Навчальні плани, які системно використовують такі підходи, як проблемно-орієнтоване навчання, командно орієнтоване навчання або ситуаційно-орієнтоване навчання, відпочатково розроблені з урахуванням природи глибокого навчання, однак і консервативні, традиційні навчальні плани можуть запроваджувати елементи більш діалогічних стилів або спонукати студентів до виконання певних завдань, як-то самостійне практичне дослідження, робота у малих групах чи написання теоретичного огляду.

Враховуйте рівень підготовки кожного окремого студента. Так само, як поверхневе навчання є привабливим для багатьох студентів, стадія *дуальності* має позитивні аспекти як для студента, так і для викладача. Лекції можуть посилювати

стан дуальності, коли слухачі погоджуються із тим, що каже лектор. Однак студенти мають якимось чином впоратися із почуттям непевності, усвідомлюючи частковість, неповноту власних знань та потребу у здобутті нових. Майбутньому медичному працівникові не досить просто знати та вміти чітко артикулювати правильну відповідь у певній клінічній ситуації – викладач очікує розуміння того, чому саме така відповідь є правильною, і як вона випливає з існуючих обставин; досвідчений викладач-медик зазвичай має достатньо практичного досвіду, аби відслідковувати саме цю принципову різницю. Студенти також розвивають власне розуміння різноманітних клінічних ситуацій за допомогою проблемно-орієнтованого навчання чи ситуаційно-орієнтованого навчання, де викладач-фасилітатор заохочує студентів до роздумів над тим, яку цінність вони приписують певним фактам чи даним, і яким саме чином це відбувається. Допомога студентові у переході від стадії дуальності до множинності, поглянувши ширше, аніж перші очевидні враження, є важливою для навчання роботі з історіями хвороби пацієнтів.

Враховуйте мотивацію студентів. У дослідженні Собраль показано, що на мотивацію студентів сильно впливає освітнє середовище та внутрішні ментальні установки щодо навчання. Ці фактори також важливі для теорії самовизначення; таким чином, ранній клінічний контакт із пацієнтами, який заохочує та відповідає очікуваним результатам навчання, принесе користь студентам

Хоча вважається, що дорослі студенти повинні мати внутрішню самомотивацію навчатися, у них так само існує низка факторів, незбіжних чи навіть протиставних до такої мотивації. Врівноваження двох чи більше конкуруючих факторів є нормальним станом речей як для студента, так і для викладача. До сфери відповідальності останнього належить переконатися, що навчальне завдання може залучити студентів настільки довго та інтенстивно, що на це вистачить їхнього ентузіазму. Не менш важливо не марнувати студентський запал на погано продумані завдання або вправи, які є чи то геть очевидними та легкими, або ж занадто важкими.

На цій стадії треба звернути увагу також на автодидатику, яка включає мотивацію та саморегуляцію. За даними Сунгур та Теккайя, проблемно-орієнтоване навчання покращує результати студентів за параметром саморегуляції, зокрема підставове вміння конструювати смисли та значення. Кінцевою метою тут, однак, є самокероване навчання, котре є вищою стадією розвитку самоспрямованого навчання та містить стійку внутрішню мотивацію і здатність самостійно визначати, що необхідно вивчати далі.

Враховуйте ресурси. Звісно, потрібно зважати на матеріальні ресурси, такі як простір, книги, журнали, меблі, доступ до електронних ресурсів. Найбільш цінним ресурсом у процесі навчання є час. Аби навчальна діяльність була якісною, виконуваною та цілеспрямованою, необхідний час для підготовки та планування, включно з плануванням того, яким чином ця діяльність буде перевірятися й оцінюватися. Звісно, необхідно виділити викладачам достатньо часу і на саме донесення навчального матеріалу, однак процеси перевірки та оцінювання теж мають бути включені у структуру часового розподілу. Важливо, аби студенти мали достатньо часу для залучення у навчальну дільність та завершення додаткових навчальних завдань, таких як читання літератури до курсів, і звісно, часу для рефлексії над прочитаним матеріалом.

Враховуйте навчальні задачі. Поставлені перед студентами задачі мають враховувати всі попередні міркування. Результати виконання завдань мають бути пов'язані із загальним навчальним планом, достатньо чіткими та конкретними, аби бути виконуваними за відведений період часу – ніхто не може якісно вивчити весь курс анатомії та фізіології чи будову нервової системи за пару днів.

Дискусійним є питання, чи варто оцінювати кожне завдання, однак безперечно, що певна регулярність оцінювання покращує якість навчання, зокрема мотивації студентів.

Стадії опрацювання та покращення. Дисонанс, спричинений навчальним завданням, відкриває перед студентами нові можливості, факти та поняття; наступним кроком має стати вироблення сенсів та значень на основі нової інфор-

мації. Першим етапом цього процесу є врахування якомога більшої кількості різноманітних пояснень новоздобутої інформації – у проблемно-орієнтованому навчанні рівнозначним є етап мозкового штурму, який має дві головні переваги. По-перше, мозковий штурм допомагає впевнитися, що сформовано достатньо зв'язків між новонабутою інформацією та дотеперішніми знаннями студентів, і що вивчений матеріал достатньо добре узгоджується з контекстом уже відомого. По-друге, метод мозкового штурму посилює природну людську схильність до принагідної кмітливості та раціонального мислення; ці якості важливі для майбутніх фахівців медичних професій, у фаховій діяльності яких доволі часто найбільш очевидне пояснення виявляється хибним.

Опрацювання без покращення призводитиме лише до плутанини, тому щойно після визначення масиву можливих пояснень для певного випадку необхідно переробити його на кілька найбільш імовірних рішень, що матиме місце після певного дослідження, рефлексії та обговорення, або ж, якщо йдеться про клінічне середовище, після ознайомлення з історією хвороби пацієнта чи результатами відповідних аналізів. Результатом цієї стадії є вироблення достатньо узагальненої (генералізованої) робочої гіпотези.

Більшість того, що відбувається на стадіях опрацювання та покращення, є внутрішньопсихічним для студента, однак успішність виконання завдання все одно значною мірою залежить від контексту та забезпечення необхідних навчальних ресурсів. Завдання має бути таким, яке вимагає певного мислення та мотивації, і виділені ресурси також мають бути відповідними до рівня складності завдання та рівня підготовки студентів. Ці стадії є ключовими для проблемно-орієнтованого навчання, однак також становлять важливу частину практичного навчання у клінічному середовищі, коли викладач-медик уважно ставиться до принагідного покращення навиків студентів.

Стадія організації. Впродовж цієї стадії студент подумки оглядає проблему під усіма можливими кутами зору, випробовуючи та повторно перевіряючи сформульовану рані-

ше робочу гіпотезу. Частиною цієї стадії є узгодження нової інформації з тим, що студент уже знає, а частиною – конструювання на основі нової інформації цілісного наративу, котрий матиме сенс та значення для самого студента; це є доволі складною задачею, котра включає у себе студентську рефлексію в дії і спонукання до критичної рефлексії.

Викладач на цій стадії має дві ролі для допомоги студенту. У межах першої ролі він повинен забезпечити студентів основою, певним риштуванням, скелетом для підтримки та опори власних студентських ідей, задумів та осягнень, надання їм узгодженості та структурованості. Це може бути виконане у формі письмової методички з розширеним описом тем чи у вигляді лекції, або серії лекцій. Небезпека методу риштування, чи опорної фасилітації, полягає у тому, що коли подібна допомога є занадто деталізованою, то вона відбирає у студентів необхідну їм ініціативу, натхнення та відповідальність. Таким чином стає проблематичним достовірно визначити, коли студенти досягають справжнього розуміння (а не просто автоматичного заучування та переказування) викладеного матеріалу. Це також означає, що самі студенти не зможуть зрозуміти, чи вони справді розуміють предмет навчання – аж поки не стане критично пізно.

Другою викладацькою роллю є заохочення критичної рефлексії серед студентів. У найкращому варіанті викладач практикує таке заохочення під час навчальної практики або у процесі нагляду за роботою студентів з пацієнтами у клінічному середовищі, однак цілком можливо моделювати процес критичного мислення та обміркування певної проблеми у межах семінару чи лекційного заняття. Критичне мислення, ймовірно, є найважливішим умінням, яке викладачі медичних дисциплін можуть передати майбутнім спеціалістам-медикам.

Важливо, аби викладачі надавали студентам можливість випробовувати та тренувати свої рефлексивні навики. Є чимало різноманітних методів такого тренування, однак майже всі вони включають групове обговорення – у більших чи менших групах, або навіть парне, лицем до лиця, формальне

чи неформальне, з активною участю викладача або у лише колі колег-студентів. Хоча ідея колегіального обговорення може асоціюватися із роботою дослідників/викладачів, однак нема жодної причини того, чому би це не спрацювало у студентському середовищі (звісно, з урахуванням необхідної підтримки та допомоги групі з боку викладача).

Зворотний зв'язок. Зворотний зв'язок складають два основні елементи. По-перше, це артикуляція вже вивченого. Викладачі з досвідом роботи добре знають, що реальною перевіркою на розуміння певної теми, предмету чи матеріалу є пояснення цього іншим студентам. Відтак новонабутий матеріал треба пояснити іншим, або використати у якийсь подібний спосіб.

Роль викладача, разом із іншими студентами, виступає другим елементом зворотного зв'язку, покликаним вказати на сильні та слабкі сторони, переваги та недоліки озвучених тез, повідомлень та аргументів, а також ставити додаткові дотичні запитання, аж поки сам доповідач та викладач не будуть задоволені рівнем досягнутого результату. У будь-якій малій групі студентів це є частиною ролі фасилітатора як такого – цілком можливо та прийнятно конструктивно ставити навчальні задачі відповідно до рівня підготовки групи, але при цьому не підказуючи просто так правильні відповіді і не знущаючись будь-яким чином зі студентів. У добре організованій, злагодженій групі (чи то формальній, структурованій групі, чи навпаки, самоорганізованій навчальній групі), інші учасники ставитимуть релевантні питання та прагнутимуть спільно дійти до зрозумілих відповідей; така форма групової навчальної роботи фактично є поєднанням обговорення та зворотного зв'язку, здатним до спільного групового творення нового знання. Також доволі нескладно надавати зворотний зв'язок під час лекцій, зокрема за допомогою такого традиційного сигналу, як підняття руки.

Хоча зворотний зв'язок найкраще надавати часто і невеликими порціями, однак існують моменти, коли він є справді критично важливим. Найбільш очевидний приклад – коли студент готується до тесту, іспиту чи іншої форми оцінюван-

ня. Це той випадок і той момент, коли студенти ще чіткіше усвідомлюють реальний обшир власних новонабутих знань, та вміння показати ці знання іншим студентам і викладачам. Будь-яка ефективна система перевірки та оцінювання показує студентам, де вони помилилися і на які сфери знання потрібно звернути посилену увагу для кращого розуміння предмету.

На стадії зворотного зв'язку є ще два складники, котрі часто ігнорують. По-перше, це обов'язок викладача прагнути та самому рефлексувати над зворотним зв'язком, отриманим від студентів та інших викладачів; таким чином викладачі покращують та тренують власні професійні навички. Другий елемент полягає в тому, що студенти та викладачі мають розмірковувати не лише над змістом вивченого матеріалу, а над формами та способами навчання в цілому як процесу, включно з найбільш сильними та найслабшими моментами вже набутого навчального досвіду – це дає змогу наступного разу працювати краще та ефективніше (а не просто довше та більше).

Стадія консолідації. На цій стадії перед студентом постають два головні виклики: по-перше, він має рефлексувати над нововивченим матеріалом у світлі вже відомої інформації. Чи має нове знання якийсь певний смисл та значення, а чи є якісь логічні суперечності, які треба виявити та усунути? Яким чином це нове знання допомагає пояснити ширшу картину світу та покращує розуміння в цілому?

Якщо певне навчальне завдання чи виконана робота є предметом оцінювання, студенти в ідеалі мають думати про результати їхнього оцінювання та про сильні і слабкі сторони кожного студента, позначаючи таким чином більшу чи меншу впевненість у власних знаннях.

Студенти вже артикулювали (на попередній стадії), як вони оцінюють власну роботу та пройдений відрізок навчального процесу загалом. На стадії консолідації вони мають зважати на власну відповідальність за процес навчання, зокрема на динаміку, структуру та межі цієї відповідальності. Як далеко вже просунулася група студентів навчальною траєк-

торією до етапу співконструювання нового, фахово релевантного знання? До якої міри кожен із них та група загалом відповідальні за помилки чи затримки у процесі просування? Що потрібно зробити інакше наступного разу?

Роль викладача на цій стадії полягає у мотивації студентів до рефлексії над дією; це може бути у формі письмового зворотного зв'язку щодо проведених іспитів, у вигляді окремого висвітлення сильних та слабких сторін навчання групи та окремих студентів, у форматі портфоліо тощо. Ключовим є перехід від спрощено-бінарного типу зворотного зв'язку на кшталт «правильно-неправильно», «добре-погано», «якісно-неякісно» тощо до такого зв'язку, де і самому студенту, і його колегам по навчальній групі стають очевидними можливості для подальшого розвитку.

На інституційному рівні поєднання теорії навчання дорослих із практикою є доволі складним викликом. У кожному окремому контексті певні теорії чи певні аспекти окремої теорії виявляються більш релевантними та корисними, аніж інші. Точно так само, як очікується, що практикуючі лікарі будуть адаптувати свої вміння та навички відповідно до найкращих доступних клінічних можливостей, викладачі-медики мають використовувати найбільш фахово релевантний досвід як опору для прийняття викладацьких рішень та здійснення професійних виборів. Медичні заклади мають раціонально та явно сформулювати й оприлюднити власну місію, бачення, навчальні плани, навчальні стратегії, принципи оцінювання студентів на основі теорій освіти дорослих та соціокультурного контексту цих теорій.

Багато навчальних програм у сфері охорони здоров'я мають сформульовану й оприлюднену місію та/або бачення, де зокрема йдеться про випускників зі знаннями, вміннями та установками, які дозволятимуть фахівцям медичних професій відповідати на потреби охорони здоров'я населення на високому рівні моральної та суспільної відповідальності. У системі освіти, орієнтованій на результат, можна знайти розмаїття стратегій, кожна з яких базується на тій чи іншій освітній теорії. Розуміння того, як люди навчаються, є важ-

ливим, і студенти разом із викладачами мають пам'ятати, що навчання – це процес, в перебігу якого вони зважують та перевіряють власне знання шляхом критичного дослідження альтернативних можливостей. Таке розуміння є підставовим для проблемно-орієнтованого навчання та переважної частини клінічної практики.

Хоча знання саме собою є найлегшою та найбільш публічною сферою у підготовці фахівців медичних спеціальностей як певній багатоманітній цілості, переважна більшість очікуваних результатів здобуття медичної освіти мають стосунок не до знання, а до установок: пожиттєве навчання, емпатія, практичність, комунікація з пацієнтами та колегами, етика та професійність. Теорії трансформативного (перетворюючого) та досвідного навчання теж формують важливу теоретичну матрицю для розробки, випробування і впровадження навчальних стратегій, придатних для отримання таких результатів. Навчальний заклад має бути готовим розпочати реформи освітнього та культурного середовища для успішного впровадження цих навчальних теорій.

Застосування теорії навчання дорослих у медичній освіті з великою ймовірністю відкриває шлях до зміни та переосмислення викладачами і студентами їхніх ролей. Дорослі викладачі можуть розглядати себе одночасно як викладачів та як студентів, оскільки роль останніх не зводиться лише до пасивного поглинання та механічного відтворення знання, натомість передбачає самостійний пошук, прийняття і подолання певних викликів, конструювання нового знання та поступову зміну власного сприйняття, поглядів і переконань.

Впровадження цих навчальних стратегій вимагає від закладів освіти принципових інституційних і культурних змін, активного професійного розвитку викладацького складу та збільшеної автономії студентів. Для розробки таких навиків усі студенти та викладачі мають вміти формулювати й виголошувати доречні питання, критично оцінювати нову інформацію, визначати власні навчальні потреби, запити та прогалини і найважливіше – рефлексувати та артикулювати свої погляди щодо навчального процесу і його результатів.

Клінічне середовище охоплює чимало викликів як для студентів, так і для викладачів. Викладачі-медики, студенти та пацієнти взаємодіють разом у єдиному середовищі лікарні (і до ширшої міри – всієї громади населеного пункту, де розташована лікарня), а не просто в навчальній аудиторії чи лабораторії медичного навчального закладу.

Самокероване та досвідне навчання є ключовими стратегіями у клінічному середовищі, однак зворотний зв'язок так само є принципово важливим у справі допомоги студентові оптимально використати час та ресурси, доступні при роботі з пацієнтами. Збір анамнезу, формулювання та перевірка гіпотези є суттєвими навиками для високопрофесійної клінічної практики. Описана нами модель навчання дорослих показує, що сприйняття, витворення значень та смислів і встановлення смислових зв'язків пов'язані між собою та необхідні для успішної взаємодії лікаря з пацієнтом.

Викладачі-медики у клінічному середовищі мають пояснювати, яким чином вони дійшли до певного діагнозу чи прийняття управлінського рішення, детально описуючи студентам хід власних думок, аби імпліцитні (приховані) елементи ставали експліцитними (явними) та зрозумілими навчальній групі.

Самокероване навчання та постановка студентами цілей завжди повинні отримувати заохочення і підтримку з боку викладачів та навчального закладу в цілому. Важливо також приділяти належну увагу обговоренню, аудіо- та відеофіксації і подальшому аналізу цих аспектів навчання, зокрема портфоліо, журнали та щоденники спостережень є тут важливими матеріальними носіями, ефективне використання яких не повинно зводитися до рутини одноманітних записів, натомість надаючи якісну основу для подальших навчальних дискусій.

Етика та професійна поведінка медичних працівників можуть бути і часто є предметами вивчення та научіння в аудиторному просторі навчального закладу, однак їх глибинне внутрішнє розуміння формується та виражається назовні саме у клінічному середовищі, насамперед при роботі

з пацієнтами. Засадничо важливим є спонукати студентів до спостереження, фіксації та подальшого обговорення випадків, які мають етичну та професійну значущість. Теорія перспективної трансформації є однією з найбільш придатних для набуття та розвитку таких компетенцій, оскільки вона стимулює рефлексію й аналіз припущень і переконань як студента, так і викладача, розглядаючи це як шлях до індивідуальних та групових соціальних змін (зокрема змін, передусім у робочих групах медичних працівників).

Одним із відгалужень теорії навчання дорослих є теорія локалізованого пізнання, розвинута Вілсоном у теорію робочих груп. Її застосування у клінічному середовищі є релевантним, навчання та мислення розглядаються як види психічної діяльності, структуровані за допомогою інструментів та засобів, доступних у певній конкретній ситуації. Підходи навчання/викладання, орієнтовані у клінічному середовищі на роботу біля ліжка пацієнта, відрізняються від аналогічних у операційній, відділенні реанімації чи серед жителів певної місцевості, тобто місцевої громади. Кожне із вказаних середовищ має своє власне навчальне застосування, свої сильні та слабкі сторони, обмеження та можливості. Спостереження за роботою та поведінкою викладача як рольової моделі, рефлексія в дії та над дією, зворотний зв'язок – найголовніші навчальні принципи, на які треба звертати увагу у викладанні/навчанні у межах клінічного середовища.

Увага до теорій навчання дорослих допомагає в ефективному розвитку та підборі систем оцінювання й засобів вимірювання очікуваних компетенцій і результатів навчання. Що саме потрібно вимірювати, як, де, коли, кому – важливі питання, на які не завжди просто дати відповідь. Оцінювання має бути прив'язаним до конкретних навчальних результатів, і студенти мають отримувати такий зворотний зв'язок, який допомагатиме їм розвивати та консолідувати власні знання, вміння та установки. Часові обмеження процесу навчання означають, що самооцінка та оцінка інших студентів завжди певною мірою будуть компонентами зворотного зв'язку. Заохочення дискусій, рефлексії та обміну думками підвищує

мотивацію студентів як на груповому, так і на індивідуальному рівнях.

Поступово та послідовно застосовуючи теорію навчання дорослих, викладач може бути впевненим, що допоміг студентам стати повноцінними членами професійної спільноти медиків та закласти міцний фундамент успішної пожиттєвої кар'єри у сфері охорони здоров'я.

Питання для самоконтролю

1) Що таке компетентнісний підхід у медичній освіті?

2) Які технології адаптивного навчання можуть оптимізувати навчання для кожного окремого індивіда?

3) Що таке навчання дорослих?

4) В чому полягає зміст навчання дорослих?

5) Які є проблеми в системі навчання дорослих?

6) Які методи потрібно використовувати під час навчання дорослих і чому?

РОЗДІЛ 4.
ЕМПІРИЧНІ АСПЕКТИ АДАПТИВНОГО НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

4.1. Емпіричне дослідження психологічної готовності лікарів до адаптивного навчання

Для експериментального дослідження були використані такі психодіагностичні методики:

1) методика діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд;

2) методика дослідження мотивації професійної кар'єри Шейна;

3) опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки»;

4) опитувальник імпліцитних теорій та цілей навчання К. Двек.

Охарактеризуємо ці методики.

Методика діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд є особистісним опитувальником, націленим на дослідження особливостей адаптації у її соціально-психологічних вимірах, а також пов'язаних з нею рис особистості. Потрібно зазначити, що на час розробки та створення методики (1954 рік, Сполучені Штати Америки) досить популярним було саме вимірювання особистісних рис, особливо після наукових розвідок Г. Олпорта.

Методика представлена стимульним матеріалом, до якого входять 101 речення, особливістю яких є те, що в них не використовуються ніякі займенники та використовується третя особа однини. Можна припустити, що така форма конструювання тверджень була спеціально використана авторами для уникнення впливу «прямого ототожнення» або уподіб-

нення тверджень до власних характеристик респондентів. Таке психодіагностичне рішення спрямоване на нейтралізацію настановлення досліджуваних на відповіді, в яких відображалася б соціальна бажаність.

Шкала відповідей є модифікацією шкали Лайкерта та є досить диференційованою, припускаючи 7 варіантів відповіді, від «це мене зовсім не стосується» до «це точно про мене». Дискусійним залишається питання, наскільки досліджувані реально можуть точно диференціювати свої відповіді, розрізняючи, наприклад, 4 – «це схоже на мене, але немає впевненості» та 5 – «це на мене схоже».

Діагностичними є такі 6 інтегральних показників методики, як: 1) адаптація; 2) прийняття інших; 3) інтернальність; 4) самосприйняття; 5) емоційна комфортність; 6) прагнення до домінування. Кожен із показників розраховується за індивідуальною формулою. Всі формули цієї методики ми проаналізуємо детально. Треба зазначити, що інтерпретація даних методики здійснюється відповідно до нормативних даних, розрахованих окремо для осіб підліткового віку та для дорослих.

Показник адаптації розраховується за такою формулою:

$$A = \frac{a}{a+b} * 100.$$

Індивідуальна формула показника адаптації, наведена вище, наймовірніше була віднайдена авторами методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерсом та Р. Даймонд емпіричним шляхом та перевірена десятиліттями активного використання методики для досліджень на різних вибірках.

Показник прийняття інших обчислюється за такою формулою:

$$L = \frac{1.2a}{1.2a+b} * 100.$$

Показник прийняття інших також був віднайдений емпірично та відображає високі, невизначені або низькі бали стосовно того, як людину приймають, поважають та люблять

інші люди, наскільки вона користується повагою, прийняттям та авторитетом інших.

Показник інтернальності можна визначити, скориставшись такою формулою:

$$I = \frac{a}{a + 1.4b} * 100.$$

Емпіричний характер віднайдення формули інтернальності за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд дозволяє виявити деякі аспекти інтернальності (перенесення відповідальності всередину) у досліджуваних. Інтернальність проявляється в тому, що людина схильна брати відповідальність на себе, бачити причину та початок того, що з нею відбувається, у собі самій, мати внутрішній «локус контролю».

Показник самосприйняття можна розрахувати за такою виявленою емпірично в дослідженнях К. Роджерса та Р. Даймонд формулою:

$$S = \frac{a}{a + 1.6b} * 100.$$

Самосприйняття відображає те, як людина сприймає саму себе та наскільки її уявлення про себе сприяють або перешкоджають соціально-психологічній адаптації.

Показник емоційної комфортності обчислюється за встановленою емпірично формулою:

$$E = \frac{a}{a + b} * 100.$$

Співпадіння цього показника з формулою адаптації означає, що адаптованість припускає емоційну комфортність в середовищі, і навпаки – емоційна комфортність означає, що особистість адаптувалася. Показник емоційної комфортності є важливою діагностичною ознакою, оскільки в межах нашого дослідження може допомогти визначити успішність та ефективність адаптивного навчання лікарів: підвищення рівня емоційної комфортності означатиме більш ефективне

і продуктивне адаптивне навчання, зокрема в аспекті сприяння кращій соціально-психологічній адаптованості досліджуваних.

Прагнення до домінування в межах емпірично встановленої К. Роджерсом та Р. Даймонд формули для методики діагностики соціально-психологічної адаптації визначається таким чином:

$$D = \frac{2a}{2a + b} * 100.$$

Показник прагнення до домінування відображає тенденцію особистості до зверхності, лідерства, панування над іншими. Цей показник водночас показує достатній рівень соціально-психологічної адаптованості та ґрунтується на принципах, дещо відмінних від інших показників. В інформаційно-психологічному сенсі це означає, що показник прагнення до домінування потрібно інтерпретувати з обережністю, пам'ятаючи про обмеження та потенційні можливості методики.

Описані шість формул припускають, що a – це емпірично встановлена за відповідями досліджуваного сума балів, сформована з певних пунктів методики, які відповідають адаптивності, у той час як b – це емпірично встановлена сума балів за іншими пунктами методики, які відповідають дезадаптивності.

Твердження опитувальника побудовані таким чином, що в них містяться висловлювання про людину, її почуття, думки, переживання, спосіб життя та стиль поведінки. Це дозволяє співвіднести те чи інше твердження з власним життям респондента опитувальника.

Крім інтегральних показників, детально проаналізованих нами вище, обробка результатів припускає такі показники: адаптивність, дезадаптивність, брехливість, прийняття себе, прийняття інших, емоційний комфорт, внутрішній контроль, домінування, ескапізм (втеча від проблем). Кожен із показників має зону невизначеності, результати вище або нижче якої інтерпретуються відповідно як надзвичайно високі або надзвичайно низькі.

Опитувальник має дві російськомовні адаптації: Т. В. Снєгірьової (1987) та О. К. Осницького (2004). У нашому емпіричному дослідженні ми використали варіант О. К. Осницького.

Методика дослідження мотивації професійної кар'єри Шейна – це опитувальник, метою якого є з'ясування ціннісної складової активності людини в професійному плані. Методика була розроблена Е. Шейном, перекладена та адаптована В. Е. Винокуровою та В. А. Чікер. Методика також відома під назвою «Якоря кар'єри».

Одним із теоретичних підґрунть методики є те, що суб'єктивним критерієм успішної кар'єри є задоволеність життєвою ситуацією, а об'єктивним критерієм є той соціальний успіх, якого досягла людина. Важливою є також професійна «Я-концепція» особистості, яка визначається тим, як у ході кар'єрного зростання людина фактично відповідає на питання «Хто я?» серією професійно-орієнтованих рішень. Теоретичним припущенням методики є те, що професійні орієнтації є соціально обумовленими та можуть залишатися стабільними тривалий час.

Методика дослідження мотивації професійної кар'єри Шейна містить 41 твердження, з якими досліджуваний може згодитися за 10-бальною шкалою Лайкерта.

Опитувальник припускає наявність таких восьми шкал:

1. професійна компетентність;
2. менеджмент;
3. автономія;
4. стабільність (місця роботи та місця проживання);
5. служіння;
6. виклик;
7. інтеграція стилів життя;
8. підприємництво.

Опитувальник «Стиль саморегуляції поведінки» був створений у Психологічному інституті РАО в лабораторії психології саморегуляції (завідувачка – В. І. Моросанова) у 1988 році. Методика придатна як для наукових розвідок, так і як психодіагностичний інструмент для виявлення різних аспектів індивідуальної саморегуляції. Опитувальник містить 46 твер-

джень, не пов'язаних безпосередньо зі специфікою певної трудової чи навчальної діяльності; твердження опитувальника ґрунтуються на типових життєвих ситуаціях. Метою методики є дослідження розвитку індивідуальної саморегуляції та її індивідуального профілю.

Методика «Стиль саморегуляції поведінки» має загальну шкалу «Загальний рівень саморегуляції» та шість таких шкал:

1. планування (Пл);
2. моделювання (М);
3. програмування (Пр);
4. оцінка результатів (Ор);
5. гнучкість (Г);
6. самостійність (С).

Деякі твердження входять водночас у склад двох шкал. Це стосується таких тверджень, які пов'язані з саморегуляцією і як з процесом, і як з результатом, втіленим в особистісну якість.

Опитувальник імпліцитних теорій та цілей навчання К. Двек є методикою, спрямованою на виявлення імпліцитних цілей навчального процесу, зокрема уявлень про те, чи змінюється, збагачується інтелект при навчанні, чи залишається незмінним. Опитувальник розроблений у 2008 році Т. В. Корніловою та С. Д. Смірновим на основі трьох опитувальників К. Двек з додаванням власної авторської шкали.

Імпліцитні теорії складаються стихійно та є суб'єктивними категоризаціями, які відносяться суб'єктом як до інших людей, так і до самого себе та пов'язані з активною регулятивною роллю, зокрема розвитком внутрішньої (специфічної) мотивації учіння. Імпліцитні теорії розглядаються як специфічні особистісні передумови успішності навчальної діяльності. Згідно з дослідженнями К. Двек, імпліцитні теорії відіграють ключову роль в успішності навчання. Люди, які поділяють уявлення про інтелект як незмінну (кількісну) властивість, цінують легкий успіх, прагнуть бути в усьому кращими за інших, а будь-які труднощі чи перешкоди змушують їх піддавати сумніву свої інтелектуальні можливості. Люди, які притримуються іншої точки зору – уявлення про

інтелект як про змінювану властивість, яка збагачується в процесі навчання, – не бояться перешкод та труднощів, оскільки сподіваються під час їх виконання розвинути свій інтелект, що є більш цінним, ніж конкретний успіх або тимчасова невдача. Аналізуючи вплив імпліцитних теорій на постановку життєвих та навчальних цілей, К. Двек зазначає, що одні люди обирають цілі, орієнтовані передусім на результат, і для них найважливішими є позитивна оцінка та уникнення невдач, а інші – на навчання. Саме студенти, орієнтовані на оволодіння майстерністю, частіше за все обирають цілі навчатися. Імпліцитні теорії розповсюджуються також на розуміння особистості, яка може інтерпретуватися як незмінна сутність або як утворення, яке збагачується в процесі розвитку відносин з іншими людьми. При цьому імпліцитні теорії розповсюджуються також на розуміння особистості інших людей, впливаючи на вибір цілей, тип реакції на невдачі тощо.

Опитувальник має доведену конструктивну валідність. Виявлені гендерні та професійні відмінності за методикою. Досліджена факторна структура опитувальника.

Методика складається з 28 пунктів, відповіді на які даються за 6-бальною шкалою Лайкерта. Опитувальник припускає діагностування таких чотирьох показників:

1. прийняття імпліцитної теорії «нарощуваного» інтелекту;
2. прийняття імпліцитної теорії «збагачуваної» особистості;
3. прийняття цілей навчання;
4. самооцінка навчання.

Деякі шкали мають спільні пункти.

Використання опитувальника імпліцитних теорій та цілей навчання К. Двек дозволяє діагностувати змінні імпліцитних теорій інтелекту та особистості, які знаходяться в різній мірі близькості з факторами усвідомленої цільової регуляції навчальної діяльності студентів, з'ясовувати зв'язки в динамічних смислових системах саморегуляції, а також включати імпліцитну самооцінку навчання в контекст аналізу особистісних предикаторів академічних досягнень.

Для того, щоб виявити інформаційно-психологічні особливості адаптивного навчання лікарів, ми провели психодіагностичний експеримент. Під час експерименту застосували чотири психодіагностичні методики, результати яких викладемо нижче.

За методикою діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд ми опитали досліджувану нами вибірку зі 148 лікарів, які починали вивчення дисципліни «Психологія конфлікту», що була спеціально розроблена нами за принципами адаптивного навчання. Серед лікарів були три групи за професійною належністю: хірурги (n=47), терапевти (n=53) та педіатри (n=48). Результати за методикою наведені в табл. 4.1.1. та табл. 4.1.2.

Таблиця 4.1.1.

Середньоарифметичні значення за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд

№	Показники	Хірурги (n=47)	Терапевти (n=53)	Педіатри (n=48)	Загалом (n=148)
1.	Адаптивність	108	121	115	115
2.	Дезадаптивність	45	34	39	39
3.	Брехливість	3	4	2	3
4.	Прийняття себе	43	28	37	36
5.	Неприйняття себе	9	15	12	12
6.	Прийняття інших	14	20	25	20
7.	Неприйняття інших	26	15	7	16
8.	Емоційний комфорт	17	29	23	23
9.	Емоційний дискомфорт	22	15	18	18
10.	Внутрішній контроль	48	39	37	41
11.	Зовнішній контроль	16	20	22	19
12.	Домінування	14	10	8	11
13.	Підкорення	9	12	15	12
14.	Ескапізм (втеча від проблем)	8	16	11	12

Таблиця 4.1.2.

Процентні значення інтегральних показників за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації Роджерса – Даймонд

	Інтегральні показники	**Хірурги (n=47)**	**Терапевти (n=53)**	**Педіатри (n=48)**	**Загалом (n=148)**
1.	Адаптація	71	78	75	75
2.	Прийняття інших	74	81	78	78
3.	Інтернальність	63	72	68	68
4.	Самосприйняття	60	69	65	65
5.	Емоційна комфортність	71	78	75	75
6.	Прагнення до домінування	83	88	85	85

Отримані результати можна проінтерпретувати таким чином. Загалом по вибірці діагностовано низьку брехливість, це означає, що досліджувані були щирі у своїх відповідях (середньоарифметичне 3 при нормах від 18 до 36). Лише за двома шкалами – «Дезадаптивність» та «Неприйняття себе» – середньоарифметичні значення виходили за межі нормативних значень, зокрема у цих випадках були нижчими. Це свідчить про загальну досить високу адаптивність досліджуваної вибірки, а також про тенденцію приймати себе такими, як є.

Якщо аналізувати результати за групами лікарів (хірурги, терапевти, педіатри), то бачимо таку картину. Найменш адаптовані хірурги (108), найбільш – терапевти (121). Значення адаптивності педіатрів співпадає із загальним, середнім значенням по вибірці (115).

Хірурги більшою мірою схильні приймати себе (43), у той час як терапевти найменше приймають себе такими, як є (28). Педіатри мають найвищі бали з прийняття інших (25), у той час як хірурги мають тут найнижчі показники (14). Терапевти мають найвищі показники емоційного комфорту (29), у той час як хірурги мають за цією шкалою найнижчі показники (17). Хірурги найбільшою мірою схильні до внутрішнього контролю (48), у той час як для педіатрів найваж-

ливіший зовнішній контроль (22). Хірурги найбільшою мірою схильні до домінування (14), у той час як педіатри найменше схильні до цього (8). Терапевти більше за представників інших медичних спеціальностей схильні до есканізму (втечі від проблем) (16), у той час як для хірургів есканізм є найменш характерним (8).

Якщо характеризувати виявлені та обчислені інтегральні показники, то найбільш вираженим для всієї досліджуваної вибірки є показник прагнення до домінування (85 %), адаптація та емоційна комфортність на рівні 75 %, найнижчий процент самосприйняття – 65 %, дещо вищі показники інтернальності (68 %). Прийняття інших на рівні 78 %.

Інтерпретуючи дані загалом, треба зауважити, що в цілому три досліджувані групи є адаптованими і готовими до адаптивного навчання в системі післядипломної медичної освіти. Втім, виявлені деякі психологічні особливості адаптації досліджуваних груп свідчать про необхідність індивідуального підходу та розробки інформаційно-психологічних рекомендацій адаптивного навчання лікарів, які базувалися б на даних психодіагностичного обстеження.

Результати психодіагностичного експерименту за методикою дослідження мотивації професійної кар'єри Шейна наведені у табл. 4.1.3.

Таблиця 4.1.3.

Середньоарифметичні значення за методикою дослідження мотивації професійної кар'єри Шейна

№	Шкали	Хірурги (n=47)	Терапевти (n=53)	Педіатри (n=48)	Загалом (n=148)
1.	Професійна компетентність	42,1	34,6	36,3	37,7
2.	Менеджмент	33,4	36,5	28,2	32,7
3.	Автономія	29,3	28,3	24,5	27,4
4.	Стабільність (місця роботи та місця проживання)	19,4	32,7	34,6	28,9

Закінчення таблиці 4.1.3.

5.	Служіння	34,3	41,9	38,7	38,3
6.	Виклик	43,7	32,5	34,4	36,9
7.	Інтеграція стилів життя	28,6	39,7	41,6	36,6
8.	Підприємництво	21,7	28,4	25,8	25,3

Інтерпретуючи результати психодіагностичного дослідження за методикою дослідження мотивації професійної кар'єри Шейна, варто зазначити наступне. Для хірургів, терапевтів та педіатрів були виділені різні профілі професійних мотивів та цінностей.

Хірурги (n=47) найбільше орієнтовані на виклик (43,7) та професійну компетентність (42,1). Це означає, що їх основними цінностями є конкуренція, подолання перешкод та вирішення складних задач. Соціальна ситуація може сприйматися такими професіоналами з дихотомії «виграшу – програшу». У професійній діяльності важливими для цих людей є новизна, різноманітність та виклик. Водночас цінність професійної компетентності вказує на те, що у досліджуваних хірургів наявні здібності та таланти в їх професійній сфері. Вони хочуть бути майстрами своєї справи. Особливу радість їм приносить успіх у роботі. Такі люди можуть швидко втратити інтерес до роботи, яка не дозволяє розвивати власні здібності та таланти. Водночас важливим є визнання та певний соціальний статус.

Терапевти (n=53) найбільше орієнтовані на служіння (41,9). Це означає, що головними цінностями для них є «служіння людству», «бажання зробити світ кращим», «допомога іншим» тощо. Ця орієнтація є дуже сприятливою в ергатичній системі «людина – людина», адже досліджувані нами лікарі-терапевти орієнтовані передусім на благо інших людей.

Педіатри (n=48) мають найбільш виражену професійну мотивацію «Інтеграція стилів життя» (41,6). Це означає, що ці професіонали орієнтовані на єднання і баланс різних сторін власного життя. Вони не хочуть, щоб домінувала сім'я, кар'є-

ра або особистий саморозвиток – головне, щоб все це було в гармонії. Такі професіонали більше цінують своє життя загалом, ніж конкретну роботу чи кар'єру.

Загалом по досліджуваній вибірці лікарів (n=148) домінує мотив служіння, що вказує на те, що ця група є справді орієнтованою на благо своїх пацієнтів та інших людей в цілому. Наші досліджувані сприймають свою роботу як служіння, як засіб бути корисними людям, суспільству, людству загалом. Це є показником високої готовності до адаптивного навчання в системі післядипломної медичної освіти.

Результати психодіагностичного експерименту за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» наведені у табл. 4.1.4.

Таблиця 4.1.4.

Середньоарифметичні значення за опитувальником «Стиль саморегуляції поведінки»

№	Регуляторні шкали	Хірурги (n=47)	Терапевти (n=53)	Педіатри (n=48)	Загалом (n=148)
1.	Загальний рівень саморегуляції	33,8	32,9	30,1	32,3
2.	Планування (Пл)	5,3	7,1	6,2	6,2
3.	Моделювання (М)	7,1	5,3	4,8	5,7
4.	Програмування (Пр)	6,2	4,8	3,6	4,9
5.	Оцінка результатів (Ор)	5,7	6,5	6,7	6,3
6.	Гнучкість (Г)	4,3	6,3	5,2	5,3
7.	Самостійність (С)	7,2	5,6	6,1	6,3

Найвищий загальний рівень саморегуляції мають хірурги (33,8), за нормативними даними такі показники відносяться до високого рівня саморегуляції. Найнижчий загальний рівень саморегуляції у вибірці мають досліджувані нами педіатри (30,1), за нормативними даними такі показники відносяться до середнього рівня саморегуляції. Терапевти мають показник 32,9, що за нормативними даними відноситься до до середнього рівня саморегуляції.

За шкалою «Планування (Пл)» найвищі показники у терапевтів. Ця шкала стосується індивідуально-саморегулятивних характеристик висунення цілей та здатність йти до мети, а також сформованість усвідомленого планування діяльності. У досліджуваних нами лікарів-терапевтів високі показники за цією шкалою, що свідчить про реалістичність, деталізованість, ієрархічність та константність планів, а також самостійність у висуненні цілей діяльності. Найнижчі середньоарифметичні бали за цією шкалою у хірургів (5,3), які, втім, лежать у просторі середніх значень та можуть охарактеризувати і досліджуваних нами лікарів-хірургів, і педіатрів (6,2) як досить схильних до планування.

За шкалою «Моделювання (М)» найвищі показники у хірургів (7,1), причому за нормативними значеннями ці показники можна охарактеризувати як високі. Це свідчить про те, що у досліджуваних нами хірургів наявна індивідуальна розвиненість уявлень про внутрішні та зовнішні значущі умови, міру їх усвідомленості, адекватності та деталізованості. Досліджувані нами лікарі-хірурги здатні виділяти значущі умови досягнення мети як у теперішньому, так і в майбутньому, що проявляється у відповідності професійних дій до планів діяльності та відповідності отриманих результатів заявленим цілям. Найнижчі середньоарифметичні бали за шкалою «Моделювання (М)» у педіатрів (4,8), які, втім, лежать у просторі середніх значень та можуть охарактеризувати і досліджуваних нами лікарів-педіатрів, і терапевтів (5,3) як досить схильних до моделювання власної діяльності і деталізацію умов та обставин, які можуть призвести до значущих цілей.

За шкалою «Програмування (Пр)» найвищі показники у лікарів-хірургів (6,2). Втім, ці показники лежать у межах нормативних значень середнього рівня розвиненості здатності до програмування. У досліджуваних нами терапевтів також середні показники за цією шкалою (4,8). А лікарі-педіатри мають низькі показники (3,6). Це свідчить про загальну тенденцію невміння і небажання продумувати послідовність своїх дій. Низькі бали за шкалою «Програмування (Пр)» також є свідченням нездатності самостійно сформувати програму

дій, схильності діяти шляхом спроб та помилок. Лікарі-хірурги та терапевти, з іншого боку, більше схильні до усвідомленого програмування власних дій.

За шкалою «Оцінка результатів (Ор)» найвищі показники у лікарів-педіатрів (6,7). Втім, ці показники, як і показники лікарів-терапевтів (6,5) та лікарів-хірургів (5,7), належать до середнього рівня розвиненості адекватності оцінки досліджуваними себе та результатів власної поведінки й професійної діяльності.

За шкалою «Гнучкість (Г)» найвищі показники у лікарів-терапевтів (6,3), найнижчі – у хірургів (4,3), у педіатрів середньоарифметичне значення дорівнює 5,2. За нормативними значеннями всі ці показники належать до середнього рівня розвиненості регулятивної гнучкості, тобто здатності перебудовуватися та вносити корективи до системи саморегуляції відповідно до зміни зовнішніх або внутрішніх умов. Це означає, що всім досліджуваним нами лікарям характерний середній рівень пластичності регуляторних процесів.

За шкалою «Самостійність (С)» найвищі показники у лікарів-хірургів (7,2), найнижчі – у терапевтів (5,6), а у педіатрів середньоарифметичне значення дорівнює 6,1. За цією шкалою результати всіх трьох груп належать до середнього рівня розвиненості регуляторної автономності. Це характеризує помірний рівень розвитку здатності самостійно планувати діяльність та поведінку, організовувати роботу з досягнення поставленої мети, контролювати хід виконання роботи, оцінювати проміжні та кінцеві результати діяльності, зокрема професійної (в медичній сфері).

Результати за методикою «Стиль саморегуляції поведінки» досліджуваних нами лікарів трьох медичних спеціальностей свідчать про їх готовність до активного включення в систему адаптивного навчання в післядипломній медичній освіті.

Результати психодіагностичного експерименту за опитувальником імпліцитних теорій та цілей навчання К. Двек наведені у табл. 4.1.5.

Таблиця 4.1.5.

Середньоарифметичні значення за опитувальником імпліцитних теорій та цілей навчання К. Двек

№	Шкали	Хірурги (n=47)	Терапевти (n=53)	Педіатри (n=48)	Загалом (n=148)
1.	Прийняття імпліцитної теорії «нарощуваного» інтелекту	7,1	6,5	8,1	7,2
2.	Прийняття імпліцитної теорії «збагачуваної» особистості	4,5	5,2	4,3	4,7
3.	Прийняття цілей навчання	5,3	4,8	5,2	5,1
4.	Самооцінка навчання	4,2	3,9	4,8	4,3

Інтерпретуючи результати методики, треба зазначити, що за шкалою «Прийняття імпліцитної теорії «нарощуваного» інтелекту» найвищі результати у педіатрів (8,1), середні за досліджуваною вибіркою у хірургів (7,1), найнижчі – у терапевтів (6,5). Це означає, що педіатри дещо більшою мірою схильні мати імпліцитні уявлення про те, що інтелектуальні здібності розвиваються і зростають, особливо, якщо людина перебуває у збагаченому середовищі. Потрібно зауважити також, що педіатри мають справу з дітьми і наочно можуть бачити результати інтелектуального розвитку, іноді досить значного, з часом.

Представники всіх трьох досліджуваних груп лікарів дещо меншою мірою схильні вірити в те, що особистість змінюється під впливом обставин та взаємодії з іншими людьми. Найвищі показники за шкалою «Прийняття імпліцитної теорії «збагачуваної» особистості» у терапевтів (5,2), найнижчі у педіатрів (4,3), середні – у хірургів (4,5). Втім, різниця між середньоарифметичними відповідями не є значною. Загалом досліджувані нами лікарі схильні вірити, що особистість збагачується і розвивається у відносинах з іншими, але це помірні переконання, які дещо меншою мірою стосуються ідей

про розвиток особистості, ніж про розвиток інтелекту протягом життя. Втім, показники за обома шкалами свідчать на користь наявності імпліцитних уявлень про «збагачувану» особистість та «нарощуваний» інтелект, що є гарним позитивним предиктором успішності і наполегливості в навчанні. Як і за попередніми методиками, результати за опитувальником імпліцитних теорій та цілей навчання К. Двек свідчать на користь готовності досліджуваних нами лікарів до адаптивного навчання в системі післядипломної медичної освіти.

Середньоарифметичний показник по всій вибірці лікарів за шкалою «Прийняття цілей навчання» дорівнює 5,1, причому хірурги мають найвищі бали за цією шкалою (5,3), у той час як педіатри – середні (5,2), а терапевти – найнижчі (4,8). За шкалою «Самооцінка навчання» найвищі значення у педіатрів (4,8), найнижчі – у терапевтів (3,9), а поміж ними знаходяться значення, отримані на вибірці хірургів (4,2). Це означає, що досліджувана нами вибірка достатньою мірою приймає цілі навчання, достатньою мірою позитивно оцінює власне навчання та готова до експериментальної освітньої системи у вигляді адаптивного навчання лікарів.

4.2. Професійна ідентичність у процесі адаптивного навчання лікарів

До останнього часу вважалося, що професіоналізм як предмет засадничої важливості для медицини та суспільства має засвоюватися безпосередньо впродовж усього періоду медичної освіти. Виходячи з цього, більшість викладачів медичних дисциплін були активно залучені до створення та реалізації структурованих програм (зокрема програм післядипломної підготовки) навчання та оцінки професіоналізму, поєднаних із програмами фахової перепідготовки і розвитку самого викладацького корпусу. Викладання та навчання професіоналізму позиціонувалися як одна з пріоритетних цілей у вищих навчальних закладах медичної освіти. На підставі досвіду та розвитку нашого розуміння формування

ідентичності ми вважаємо, що така освітня ціль є занадто вузькою і має бути розширена й переформульована на основі поняття формування професійної ідентичності.

Ярвіс-Селінгер та ін. зазначають, що медична освіта має бути облаштована не лише для того, аби «студенти-медики вправлялися у зростанні загальної компетентності, але й пильнували, як розвивається їхня професійна ідентичність як лікарів». Метою цієї роботи є представити розуміння того, що розвиток професійної ідентичності у кожного студента-медика має бути першочерговою ціллю та задачею медичної освіти, і що поточні освітні стратегії треба переформатувати для підтримки такої мети.

Кількадесят років тому видавалося доречним наголошувати на активному навчанні професіоналізму як важливого компоненту навчальної програми студентів медичних ВНЗ; існувала певна фахова згода стосовно того, що професіоналізм має включатися у безпосередній процес викладання медичних дисциплін. Загальноприйнятою та широко проголошуваною задачею було забезпечити, аби студенти на всіх рівнях розуміли теоретичні підстави професіоналізму, інтерналізували систему фахових цінностей медичної професії та послідовно демонстрували поведінку, очікувану від професіонала. Хоча словосполучення «професійна ідентичність» все ще вживалася рідко, сприяння студентам у розвитку професійної ідентичності було однією з неформальних задач багатьох навчальних програм.

Лікарі, медсестри та люди інших пов'язаних із медициною професій набували та демонстрували свою професійну ідентичність ще з часів Гіппократа. Таким чином, формування ідентичності не є абсолютно новим для медицини поняттям. Одне з перших у сучасній західній науці досліджень медичної освіти підкреслює важливість формування професійної ідентичності. Так, Р. Мертон наголошував, що завданням медичної освіти є «перетворити початківця на дієвого практика медичної галузі, забезпечити найліпші можливі знання та вміння, дати йому професійну ідентичність, аби він *думав, діяв та почувався як медик*».

Необхідно зауважити, що сучасний наголос на формуванні ідентичності не створює принципового нового явища в освіті, так само і не заперечує попередніх зусиль навчання професіоналізмові та акцентування на професійній поведінці. Ми намагаємося аналізувати процеси, коли звичайні люди перетворюються, або ж їх перетворюють на вмілих фахівців медичної справи, які, зокрема, мають та демонструють професійну ідентичність. Більше того, важливо розуміти, що розвиток професійної ідентичності проходить у ширшому контексті формування ідентичності людини – процесу, який починається від народження та складається у комплексне поєднання різноманітних ідентичностей (національна, релігійна, культурна, гендерна, класова, вікова тощо).

Для розуміння ключових принципів формування професійної ідентичності варто зупинитися на таких трьох аспектах. По-перше, разом із тим, як студенти-медики проходять різні стадії свого професйного життя (вступ до медичного навчального закладу, вступ до інтернатури, початок медичної практики), змінюється і їхня ідентичність, яка розвивалася протягом усього попереднього життя. Ця ідентичність людини є основою, на якій формується професійна ідентичність фахівця-медика, і значущі риси цієї базової ідентичності будуть проявлятися у медичній практиці в майбутньому.

По-друге, незважаючи на певну фізичну ізоляцію студентів-медиків під час навчання, їхні друзі та родина, культурне та соціальне оточення нікуди не зникають, а продовжують впливати на перебіг розвитку ідентичності кожного чи кожної з них. Фактично, ці фактори системно впливають на конструювання значущого відчуття власної самості, навіть якби ці студенти раптом обрали іншу навчальну спеціальність та майбутню професію.

По-третє, майже очевидним є те, що ідентичності студентів-медиків все ще перебувають на стадії формування і відтак можуть бути більш піддатливими до впливів культурного та навчального середовища, куди молода людина обирає вступати. Ярвіс-Селінгер та ін. розглянули формування професійної ідентичності у медицині через теорію конструктивного

розвитку, запропоновану Кеганом. Дослідники зазначають, що не варто очікувати повного розвитку професійної ідентичності, допоки не буде досягнута остання стадія за схемою Кегана, що відбувається зазвичай у середині четвертої декади людського життя. У цьому віці професійний лікар має показувати «повністю розвинуті морально-етичні компоненти особистості – професійні та особисті цінності, які є невід'ємною частиною власного «Я» людини».

Професіоналізм та професійна ідентичність не є синонімами. Формування професійної ідентичності є процесом. Якщо розглядати й аналізувати професійну ідентичність та її формування як освітні задачі, то важливо, аби вони були належним чином чітко визначені та усвідомлені, і щоби їхній зв'язок із професіоналізмом був явно окреслений.

Існує багато визначень професіоналізму, більшість із яких наголошують на демонструванні поведінки, яка розцінюється іншими людьми як професійна. Зважаючи на певну розмитість в оцінюванні характеристик, цінностей та переконань, такий підхід було підкріплено системами оцінювання, принципово орієнтованими більше на інструментарій, аніж на вимірювання спостережуваних форм та проявів поведінки. Ключова складність полягає не у формуванні визначення професіоналізму, а у наступній операціоналізації цього визначення.

Професіоналізм рідко працює в однозначних ситуаціях; професійна поведінка радше постає в результаті інтраперсональних процесів змагальності та узгодження між різними аспектами професіоналізму, дотичними до контексту кожної конкретної ситуації.

Оксфордський словник визначає ідентичність як «набір характеристик чи рис, який вирізняє людину або річ з-поміж інших». Намагаючись виробити визначення, ближче до специфіки роботи лікарів-терапевтів, ми запропонували таке: «Ідентичність терапевта є репрезентацією його професійної самості, досягнутої впродовж кількох стадій із плином часу, коли характеристики, цінності та норми медичної професії глибоко інтерналізуються, виражаючись у мисленні, діянні та відчуттях індивіда як фахівця-терапевта».

Коли освітня мета стає формуванням професійної ідентичності, природа цієї ідентичності має бути чітко окресленою. Деніелс припускає, що існує соціально формований та схвалюваний ідеал «доброго терапевта», і що у будь-який окремо взятий момент часу поведінка лікаря водночас спрямовується та обмежується цим ідеалом. Хоча існують певні розбіжності в очікуваннях самих терапевтів та ширшого суспільства з причини індивідуальних, національних та культурних відмінностей і фахових виборів, певні ядерні, ключові цінності є повсюдно прийнятними. Обираючи медичну професію, індивід має прийняти ці цінності і не може довільно обирати серед зобов'язань, які випливають із цих цінностей. Окреслення природи «доброго» чи «ідеального» терапевта часто включає в себе створення певного списку атрибутів чи характеристик.

Ярвіс-Селінгер та ін. подають чітке визначення процесу формування ідентичності як «адаптивного розвиткового процесу, котрий відбувається одночасно на двох рівнях:

1) на рівні індивіда, що включає психологічний розвиток особистості;

2) на рівні колективу, що включає соціалізацію особистості у відповідних ролях та формах участі через спільну суспільну працю».

Бажаною освітньою метою тут є розвиток системи цінностей та унікального сприйняття самості, включаючи особисті атрибути і ролі, кульмінацією яких є вираження специфічної поведінки чи діяльності у межах соціальної групи. Специфічна поведінка та/або формулювання соціальних норм та мотивуючих цілей служать для спрямування та підсилення індивідуальних поведінкових патернів лікаря-професіонала, показуючи конгруентність його/її дій, мотивів і почуттів з образом «доброго терапевта».

Соціалізація, тобто процес, впродовж якого особистість навчається функціонувати у певному суспільстві чи соціальній групі, інтерналізуючи цінності та норми, є ключовим процесом, навколо якого формуються та розвиваються ідентичності. За визначенням Гефертi, соціалізація є відмінною

від навчання: хоча будь-яке професійне навчання охоплює опанування нових знань та вмінь, однак саме поєднання набутих знань/умінь зі зміною сприйняття власного «Я» і є тим, що принципово розрізняє соціалізацію та навчання. Якщо освітні програми мають на меті допомогти індивіду на шляху від новачка до професіонала у певній сфері, то і процес соціалізації при цьому має бути якомога більш підтримуючим та ефективним.

Соціалізація формується із складної мережі особистих досвідів, рефлексій щодо цих досвідів та соціальних інтеракцій, які відбуваються у навчальному середовищі. Наявність множинних локацій, кожна з яких становить навчальне міні-середовище, має глибокий вплив на процеси соціалізації. Навчальні середовища, які заторкують формування професійної ідентичності медичного працівника, включають як традиційні класні кімнати, так і стаціонарні та амбулаторні відділення, неформальні простори, де відбуваються інтенсивні соціальні взаємодії, та систему охорони здоров'я в цілому. Сума впливів – часто конфліктних один до одного – цих середовищ може підтримувати індивіда на його шляху досягнення статусу лікаря-терапевта або ж системно сповільнювати цей процес.

Професійна соціалізація включає індивідів з уже сформованим комплексом ідентичностей і відтак відноситься до вторинної соціалізації. За потреби професійна соціалізація не зможе обійтися без певної міри того, що Еріксон називав «пригніченням ідентичності» по відношенню до вже існуючих ідентичностей. Студенти медичних спеціальностей спершу соціалізуються, розвиваючи ідентичність студента-медика; потім вони переходять до інтернатури, де сприймають самих себе і сприймаються як інтерни; і нарешті доходять до повноцінної клінічної практики, де їхні множинні ідентичності включають багато аспектів їхнього відпочаткового «Я», поєднаних із сумішшю ідентичнісних аспектів «лікаря взагалі» та тих, які відображають специфіку обраної професійної та/або рольової спеціалізації. Під час цієї тривалої зміни студенти переживають позитивний та негативний досвід із менторами

та рольовими моделями, їхнім клінічним досвідом, навчальним планом, включаючи його формальні, неформальні та приховані елементи; дистанціюванням від їхніх попередніх життєвих середовищ, та тим, як до них ставляться пацієнти, колеги, фахівці у сфері охорони здоров'я, звичайні громадяни, родина та близькі. Студенти та інтерни реагують на ці переживання як на свідомому, так і на несвідомому рівнях, навчаючись багато чому негласно, неформально. Вони мусять навчитися грати роль терапевта, опанувати професійну мову медицини, зрозуміти внутрішню ієрархію та владні структури обраної професії, навчитися, як жити із невизначеністю різного роду. Соціалізація включає вчинки та компроміси із власним «Я»; види діяльності, які можуть призвести до «дисонансу ідентичностей» в міру того, як існуючі дотепер елементи ідентичності індивіда вступають у конфлікт з тими, які потрібні для майбутньої професії. Роздратування та стрес є частими наслідками того, коли людина приймає або відкидає такі конфліктні зміни. Цей процес не є лінійним, більшість принципових змін відбувається після конкретних подій, таких як перший контакт із трупом чи перша смерть пацієнта. Зі зростанням компетентності процес стає циклічним і самопідкріплення як елемент компетентності зазвичай призводить до більшої впевненості у собі. В міру того, як студент, інтерн чи практикуючий медик повторювано відіграє визначену роль, роль стає все більше інтерналізованою, перетворюючись на частину «Я» людини.

4.3. Інформаційно-психологічні особливості е-навчання в медичній освіті

Протягом століть різноманітні технології (книги, ручки, папір, кіно, радіо чи телебачення) використовувалися для доповнення та покращення процесу навчання. Здебільшого ці технології не створювалися відпочатково як освітні, однак із часом були успішно запозичені вчителями та викладачами,

які не цуралися доброї нагоди покращити своє викладання. Комп'ютери та інтернет є однією з найновіших технологій, використаних в освіті, і саме завдяки цій новизні технологію стали називати електронним навчанням, чи стисліше е-навчанням.

Впровадження нових технологій зазвичай породжує й нові соціальні напруження, і е-навчання не стало тут винятком. Дехто хоче використовувати нову технологію просто для того, аби займатися дотеперішньою діяльністю ефективніше чи швидше, інші ж намагаються освоїти нові способи мислення та нові практики, доступні з появою е-навчання. Водночас оскільки освіта, а не технологія сама собою, є головною метою освітнього процесу серед медичних працівників (і як наслідок у галузі охорони здоров'я – кращі результати для пацієнтів), варто мати на увазі, що не завжди можна точно передбачити результати застосування нових технологій у навчальному процесі.

Інтуїція часто додає потенціалу обом сторонам навчального процесу – як викладачеві навчати, так і студентові навчатися. Використання технологій для підтримки навчання не є, однак, випадковим чи, навпаки, раз і назавжди усталеним набором практик; тут радше доречні креативність та адаптивність у відповідь на специфіку того високомінливого контексту, яким є підготовка і перепідготовка фахівця у медичній галузі.

У найширшому сенсі е-навчання – це використання інтернету для навчання. Однак таке лаконічне визначення оминає чимало тонкощів та важливих аспектів е-навчання. Хоча зміст та метод донесення матеріалу теж важливі, е-навчання (яке також часто називають онлайн-навчанням) не є простим розсиланням документів у електронному форматі групі студентів через інтернет. Е-навчання неодмінно містить у собі педагогічний підхід з боку викладача, що передбачає його гнучкість, активність і студентоцентричність; заохочується спілкування і особливо співпраця між викладачами та студентами через засоби асинхронної комп'ютерно-опосередкованої комунікації.

Будь-яка навчальна дисципліна, де є е-навчання, може бути проведена чи то виключно онлайн, чи поєднувати онлайн-комунікацію з комунікацією «лицем до лиця» (поєднання цих двох типів зазвичай іменують змішаним е-навчанням). Чиста онлайн-дисципліна може бути організована таким чином, аби повністю виключити взаємодію студента з іншою людиною (крім хіба що екзаменатора). Курс може бути персоналізованим, де матеріали та методики викладання спеціально підбираються під потреби, запити та ритм навчання малої групи студентів (аж до одного-єдиного студента). Слухачі курсів можуть знаходитися на значній відстані від викладача чи використовувати комп'ютерні класи свого університету, працювати з навчальними матеріалами з дому чи відкритого громадського простору.

Таким чином очевидно, що наше початкове визначення проливає певне світло на явище е-навчання, однак бракує охоплення всієї ширини та глибини останнього, зокрема усієї складної множини шляхів та способів взаємодії нової технології зі старими, більш традиційними підходами.

Треба зауважити, що саме поняття е-навчання нерідко вживається людьми, які прямо не залучені до онлайн-опосередкованого навчання та/або викладання, у тому хибному розумінні, яке може зводити докупи низку різноманітних підходів, практик та методик, багато з яких взагалі не стосуються комп'ютерно опосередкованого навчання. Відтак є критично важливим чітко окреслити поняття е-навчання та розмежувати його від багатьох інших, часом суміжних, ролей, ідентичностей, цілей та діяльностей.

Почнемо з е-учня – головної постаті усього процесу е-навчання. Е-учнем є будь-яка особа, яка упосереднює певну навчальну діяльність онлайн, засобами інтернету. Те, що часто об'єднують у поняття е-навчання, не завжди цілком та повністю охоплює усю множину навчальних виборів учня, а радше стосується певної сукупності навчального матеріалу та запланованої навчальної діяльності, попередньо підготовленої викладачем чи навчальним закладом. Справжнє е-навчання – це те, чим учень насправді зайнятий, і воно ча-

сто відбувається поза межами поля зору викладача і навіть поза його досяжністю взагалі. Якщо ми справді зацікавлені у тому, аби осягнути поняття е-навчання, тоді треба враховувати, що саме учень у навчальному процесі є тим, хто справді хоче і робить, і лише невелика частка цих бажань та занять будуть співпадати з матеріалами та діяльністю, попередньо підібраними у якості навчальних. За потреби це включатиме використання Гугл, Вікіпедії чи Гугл-Академії для пошуку матеріалів, дослідження чи просто загальних запитів широкого профілю; месенджери та/або Скайп для спілкування з колегами по навчанню чи іншими студентами, блоги чи соціальні мережі на кшталт Фейсбуку для створення та наповнення неформальних збірок матеріалів, знайдених чи створених у процесі навчання або підготовки (щось ніби е-портфоліо).

Е-учень, хоча і є більш незалежним порівняно із традиційним учнем, однаково використовує матеріали та методики, створені та підібрані викладачами або також (незалежно від викладачів) окремими учнями чи групами учнів.

Існування е-навчання як поняття взагалі, однак, критично залежить від окремого, хоч і пов'язаного між собою, набору діяльностей та практик, які утворюють «е-викладання». Структура та зміст е-викладання має принциповий вплив на те, що може чи не може відбуватися у межах навчального процесу і навіть на те, як викладачі та слухачі конструюють у межах курсів власне знання – тобто вибудовують і те, що вони (не) знають, і як саме це відбувається. До певної міри цей зв'язок між е-навчанням та е-викладанням був описаний ще у снайдерівському понятті «прихованого навчального плану». Безпосередньо розглядаючи е-викладання, можна чіткіше бачити його залежність від ролі викладача та навчального плану в цілому, оскільки е-викладання вимагає фахово компетентних та мотивованих викладачів.

Ролі студента (учня, слухача), викладача та навчального закладу у процесі е-навчання відрізняються як між собою, так і від однойменних ролей у традиційній парадигмі співприсутності «лицем до лиця». Розуміння цих оновлених

ролей є критично важливим для успішного впровадження е-навчання у будь-якому закладі.

Додаткова складність із е-викладанням у тому, що новизна цієї методики не дає закладам освіти певності у тому, як підтримувати та мотивувати е-викладачів на рівні з традиційним викладацьким персоналом. Наприклад, фактори ефективності, такі як робочі години, академічні регалії і звання, чи займана посада у межах навчального закладу виступають єдиним фронтом традиційного викладання проти е-викладання, оцінюючи видимі формальні заслуги першого і відповідно навпаки, знецінюючи та залишаючи невидимими більшість досягнень останнього.

Можна не лише вирізнити е-навчання та е-викладання як пару відмінних (хоч і досить близьких між собою) понять, а й виокремити такі відносно автономні частини освітньої онлайн-матриці:

1) Е-логістика та е-управління. Багато заявок на е-навчання насправді зміцнюють радше управлінський та логістичний напрямки навчального середовища, аніж покращують когнітивний розвиток слухача навчального матеріалу. Це особливо помітно у медицині, де управління розміщенням та переміщенням студентів, складання та уточнення розкладів, підготовка та обробка результатів іспитів, запис у навчальні групи, відслідковування навчального матеріалу та наповнюваності навчальних груп, як і багато інших аспектів планування та неакадемічного спілкування зі студентами за межами навчального процесу та навчального закладу як такого – виступають однак суттєвими передумовами для студентської підготовки. Ширше кажучи, є чимало закладів, де освітня система може та має бути підключена до незалежних центрів управління людськими, часовими та матеріальними ресурсами.

2) Е-спільнота як втілена форма глибоко вкоріненого людського бажання співпрацювати, ділитися та надихати у різноманітній спільно розподіленій діяльності. Так звана «революція Веб 2.0» захопила багатьох зненацька тим, наскільки масово інші беруть участь у створенні контенту (Вікіпе-

дія, особисті чи групові блоги), обміні файлами (відеосервіси на кшталт Ютьюб) та спілкуванні через інтернет (Фейсбук та асинхронні миттєві месенджери). Хоча участь у медичній спільності є важливою частиною процесу соціалізації будь-якого студента, доволі дискусійним може бути питання про те, наскільки така онлайн-залученість є навчанням сама собою. Однак треба зважати на те, що повноту осягнутого студентами у процесі навчання складає не лише формально завчений матеріал до іспитів, але й те, що було інтерналізоване та надалі розвинуте у рольові моделі цих студентів у суспільстві. Безсумнівно, що широке різнобічне обговорення цього питання буде тривати в міру розвитку розуміння е-спільноти як одного з ключових, ядерних понять е-навчання та е-викладання.

Нове мультимедійне середовище охоплює не лише е-учнів та е-викладачів, але й також багатьох е-управлінців та персонал е-підтримки. Окремо треба відзначити також ролі освітнього технолога та е-бібліотекаря.

Освітній технолог – це фахівець, чия присутність у медичній освіті є прямим наслідком переходу до комп'ютерно опосередкованого навчання та викладання. Технологи зазвичай працюють як медіатори, фасилітатори, розробники та налагоджувачі усіх технічних засобів у навчальному середовищі, зокрема їх професійна відповідальність та компетенції поєднують як чисто технічні сфери (програмування), так і креативні (анімація) та навчально-розвивальні (написання навчальних посібників чи інструкцій). Однією з найважливіших виконуваних ними ролей є згладжування гостроти суперечностей між тим, що викладачі хочуть, та тим, що є технічно досяжним, включаючи принципову можливість впровадження чи невпровадження певної конкретної технології.

Нещодавнє відродження е-бібліотекаря як оновленої форми давньої традиційної професії вповні відображає численні зміни ролей та навіть ідентичностей інформаційних спеціалістів у сучасному світі, які своєю чергою призвели до переосмислення традиційної ролі та місця бібліотекаря у вищому

навчальному закладі. Зазвичай ці е-бібліотекарі розширюють традиційні форми залученості до ключових тем навчального процесу через доказову практику, роботу з літературою, перевірку та підбір інформації, що у комплексі ефективно допомагає як студентам, так і викладачам у роботі з онлайн-ресурсами, зокрема з електронними версіями журналів та базами даних. Е-бібліотекар підтримує баланс між традиційною фізичною бібліотекою та її онлайн-відповідником.

Значення та важливість поняття е-навчання можна глибше осягнути через розгляд бінарного протиставлення «процес чи явище», а саме того, чи головну увагу треба зосереджувати на цифровому контенті чи на комп'ютерно-опосередкованому процесі навчання. Важливість цих відмінних точок зору є зрозумілою: у межах певного навчального курсу чи програми насамперед йдеться про доступ до навчальних матеріалів (контенту), тоді навіть сама структура навчального плану може відбивати такий принциповий задум через зосередженість на доступі до тих чи інших матеріалів, приписуваних чи доступних певному викладачеві (групі викладачів). Створення та обмін контентом стають домінуючими аспектами такої системи, у той час як управління навчальними процесами (обговорення на форумах чи у групових чатах) виступає як компонент неспівмірно меншої значущості. З іншого боку, якщо навчальний курс чи програма – насамперед про залучення до різноманітної діяльності, тоді фокус очевидно зміщується на планування, обговорення та моніторинг діяльності учасників як окремо, так і у межах навчальних підгруп; саме собою створення контенту займає у такій системі не найважливіше місце. Хоча більшість віртуальних навчальних середовищ (ВНС, Virtual Learning Environment) можна ефективно використовувати для кожного з описаних підходів, програмні комплекси локальної розробки (наприклад, у межах одного університету чи групи університетів) показують кращу залученість у місцеву академічну культуру та світогляд.

Для більшої чіткості та зрозумілості ми означаємо «контент» як матеріали, які студенти (учні, слухачі) використовують додатково до того, що вказано у навчальній програмі чи

навчальному плані тієї чи іншої дисципліни; це можуть бути сайти, форуми, електронні книгосховища тощо.

Роль контенту у середовищі е-навчання може набувати різноманітних форм, включаючи навчальні матеріали, довідкові матеріали та будь-які матеріали зі сфери практики, на кшталт наукових статей чи клінічних протоколів та інструкцій.

Матеріали курсу становлять, імовірно, найпопулярніший вид контенту, який пов'язують із е-навчанням; сформовані переважно на основі навчальних посібників та лекційних слайдів, такі матеріали мають відносно невисоку настановчу цінність (перегляд слайдів студентами без можливості доступу до обговорюваного предмету часто перетворює дискусію на цілком беззмістовну), забезпечуючи натомість структурування та сталий доступ до інформації у перебігу курсу чи навчальної дисципліни.

Іншим ключовим джерелом освітнього контенту у навчальному закладі є його бібліотека. Швидко змінюючись для гнучких викликів інформаційної доби, сучасна медична е-бібліотека зазвичай забезпечує доступ до контенту у формі електронних версій книг (таких, як довідники, хрестоматії та підручники), журналів, збірників бібліографічних даних (наприклад, ПабМед) та наукометричних баз даних (Web of Science). Цікаво, що навіть традиційні видання на паперових носіях (наприклад, підручники) зараз видаються разом із електронними версіями чи додатками мультимедіа-контенту (зображення, анімації).

Зрештою, Інтернет як єдине ціле є величезним потенційним джерелом контенту для е-навчання. Всесвітня мережа нараховує багато сайтів, прямо чи опосередковано корисних та придатних для цілей е-навчання, хоча там не завжди і не всюди з належною увагою ставляться до дотримання прав інтелектуальної власності (ПІВ) та достовірності оприлюднюваних матеріалів. Потужність пошукових машин на кшталт Гугл чи Гугл-Академія робить пошук такого контенту відносно простим та зрозумілим. Важливо однак пам'ятати, що пошукові алгоритми зазвичай орієнтовані на контент із найбіль-

шою кількістю переглядів чи вподобальних реакцій, аніж на якісний, проте малопопулярний – що надзвичайно впливає на пошукові стратегії студентів. Останніми роками сплеск популярності онлайн-енциклопедій, і Вікіпедії зокрема, перетворив відкрито доступні бази знань із спільно-розподіленим авторством на ключовий елемент видноколу е-навчання.

Ідея освітнього контенту у формі навчальних об'єктів, зокрема багаторазових навчальних об'єктів (БНО), стала предметом обговорень та розвитку ще наприкінці минулого століття. Засновком ідеї було дроблення освітнього контенту на окремі фрагменти, кожен із яких комплексно розкриє окрему тему, і таким чином цей фрагмент можна використовувати будь-коли у подальшому навчанні, незалежно від контексту його початкового виникнення. Наприклад, малюнок-схема, яка пояснює перенесення кисню по кровоносній системі, може бути використана для навчання студентів загальномедичної підготовки, сестринського персоналу, фармакології, фізіології або й взагалі немедичних спеціальностей. Втілюючи властиво редукціоністський та механістичний підхід, ідея дроблення та повторного множинного використання контенту є економічно ефективною, однак складною та суперечливою у сенсі культури, мови та фахової специфіки, часто призводячи до втрати важливих і корисних елементів із навчального матеріалу.

Для початківців у е-викладанні хорошим способом початку роботи з аудіо- та відеоконтентом може бути створення звукових чи відеофайлів, які потім розміщуються на веб-сайті чи у віртуальному навчальному середовищі (ВНС) для використання студентами. Це можуть бути записи лекцій, озвучені тексти навчальних посібників чи клінічних протоколів, чи записи клінічних подій, такі як удари серця або кашель. Досвідченіші е-викладачі можуть робити подкасти, коли аудіо- та відеофайли програються в потоковому режимі просто на пристрої студента без завантажування; такий функціонал дає можливість інтегрувати подкасти до локальної чи національної ВНС, а не використовувати якісь зовнішні платформи розміщення.

У порівнянні з е-навчальним контентом процеси е-навчання з часом розвиваються і відпочатково облаштовані так, аби структурувати людську діяльність за допомогою розкладів, правил та протоколів. Поширені форми е-навчальної діяльності охоплюють участь в онлайн-обговореннях, чатах та інших видах як синхронної, так і асинхронної комп'ютерно опосередкованої комунікації (КОК), доступ до спеціального е-навчального контенту, проходження тестів та інших заходів контролю, роботу з короткими вправами для стимуляції мислення чи заповнення онлайн-форм на кшталт підсумкових опитувань після проходження курсу. Хоча чимало форм е-навчальної діяльності є прямими відповідниками традиційних навчальних форм, більшість із них, однак (як-то асинхронна комунікація), принципово відрізняються з переходом у онлайн-простір, а для деяких (на кшталт інтерактивних симуляторів) взагалі важко змоделювати інший контекст, окрім віртуального середовища.

Не всі віртуальні навчальні середовища (ВНС), однак, є достатньо добре пристосованими до динаміки навчальних планів та розкладів навчального закладу у сфері охорони здоров'я, оскільки більшість систем е-навчання розроблені для абстрактних навчальних курсів і часто в принципі не підтримують, скажімо, такі критерії зовнішнього оцінювання, як професійні компетенції чи довготривалі результати навчання.

Ідея схематизації навчального плану є геть не новою, однак в онлайн-середовищі використання баз даних для накреслення зв'язків між різноманітними елементами навчального плану розкриває потенціал технології. Наприклад, онлайн-схема навчального плану може бути інтерактивно пов'язана з е-навчальним контентом, профілями інших студентів та викладачів у ВНС чи зовнішніх ресурсах, навчальними завданнями тощо, відображаючи також багато інших тонких і не одразу помітних зв'язків між елементами системи. Після впровадження такий вид інтегрованої схеми забезпечує набагато кращий моніторинг навчальної діяльності як окремих студентів, так і цілих груп.

Два виміри, контенту та процесів, працюють із освітніми технологіями, і різні навчальні заклади, чи навіть цілі культури, можуть більше схилятися до одного чи іншого з цих двох вимірів.

Хоча в організації е-навчання використовується велика кількість різноманітних засобів, найбільш поширеним підходом є використання інтегрованих комплексів засобів та сервісів, відомих під назвами «віртуальне навчальне середовище» (ВНС), «система управління навчанням» (СУН) та «система управління курсами» (СУК). Відмінності між конкретними втіленнями цих трьох понять є доволі незначними, що дає можливість вживати їх як синоніми.

На початку впровадження технологій е-навчання такі інтегровані системи вимагали фізичної присутності студента за спеціальним виділеним робочим місцем (комп'ютерний клас університету), однак зараз переважна більшість із них використовує стандартні веб-переглядачі як на стаціонарних, так і на мобільних пристроях будь-де поза межами навчального закладу. Хоча основне призначення інтегрованих е-навчальних плафтформ є спільним, є й низка відмінностей. Деякі, як-от Blackboard чи WebCT, доступні на комерційній основі, деякі, як Moodle чи Sakai, належать до вільного програмного забезпечення чи ПЗ з відкритим кодом; а багато інших платформ розробляються спеціально під особливості місцевих потреб, умов та запитів.

Більшість інтегрованих платформ забезпечує роботу з окремим навчальним курсом чи модулем, вимагаючи від студентів та викладачів так само окремої реєстрації для доступу до модуля/курсу. Учасники отримують доступ до різного набору інструментів, контенту та функціоналу відповідно до своєї ролі (викладач чи студент). Зазвичай система може контролювати доступність навчальних матеріалів на основі різноманітних критеріїв, як-то дата/час, членство у групах, рівень активності, виконання завдань, результативність тощо.

Нижче описані деякі найбільш типові функції, інструменти та сервіси, зазвичай доступні у ВНС. Потрібно зазначити, однак, що не все перераховане буде обов'язково доступне у

кожному конкретному ВНС, можливості яких можуть значно мінятися від системи до системи, а деякі з цих функцій можуть мати інші назви чи поєднуватися між собою.

1) Основні ресурси, тобто навчальна програма чи методичний комплекс, містять загальну довідкову інформацію на кшталт контактів викладачів, опис навчальної дисципліни, вимоги для вибору цієї дисципліни, задачі курсу, основні часові рамки та базовий список літератури до курсу, куди входить зокрема коротка (навчальний посібник) чи розширена версія (підручник) навчального змісту дисципліни. Може працювати також функція розміщення викладачами коротких важливих повідомлень, притому у деяких системах такі оголошення чи попередження можуть також невідкладно надсилатися і на вказані у профілі студента е-пошту та/або номер мобільного.

2) Зони для розміщення навчального контенту містять посилання на матеріали та презентації до курсу, посилання на інші ресурси (зокрема зовнішні, тобто за межами цього ВНС), аудіо- та відеозаписи тощо – те, що у просторі традиційної паперової бібліотеки займало би чимало місця. Даючи викладачам можливість завантажувати контент та управляти доступом до нього, контент-зона може бути поділена на підсекції та підрозділи, кожен для окремої частини чи теми курсу, для різних викладачів чи груп, або ж для будь-якого іншого можливого поділу учасників е-навчального процесу. Сюди також включаються зони для розмішення контенту студентами та електронні версії виконуваних письмових завдань для перевірки та/або оцінки викладачами, зокрема з функцією відслідковування пропущеного терміну здачі письмової роботи. Іншою популярною функцією є можливість студентських коментарів чи нотаток на сторінках із начальними матеріалами.

3) Більшість систем дають користувачам можливість пошуку по матеріалах на основі ключових слів; деякі системи при вході автоматично повертають студента до того місця у навчальному процесі, яке було під час останнього сеансу роботи з ВНС. Часто доступна функція глосарію, або

онлайн-словника з розширеними поясненнями. Такий допоміжний функціонал може бути особливо корисним для студентів перших років навчання, на яких може гнітюче впливати надмір заплутаних підручникових термінів та понять.

4) Дошки е-оголошень, також відомі як дошки е-повідомлень, борди (boards) чи попросту форуми, є ключовим засобом асинхронної комп'ютерно-опосередкованої комунікації між учасниками е-навчального процесу. Асинхронна комунікація у цьому випадку означає розміщення одним із учасників повідомлення, на яке інші учасники через певний час пишуть відповіді, формуючи таким чином асинхронно протяглі теми комунікації як структурні елементи самого форуму. Зазвичай у кожній темі та/або повідомленні вказано час розміщення, що дає можливість читачам при потребі відслідковувати хронологію як основного напрямку обговорення, так і побічних гілок. Форуми можуть бути як публічними, тобто доступними будь-кому у межах навчального закладу чи й навіть Інтернету в цілому, або ж приватними, з доступом лише для певних груп учасників. Часто буває корисним виділяти окремий підрозділ чи тему для обговорення питань, які хвилюють учасників спільноти, однак безпосередньо не пов'язані з навчальним процесом, аби студенти не засмічували інші форуми нерелевантною інформацією чи банальними дописами. Багато студентів віддають перевагу форумам, функціонал яких уможливлює пересилання нових відповідей на форумі на особисту е-пошту, що дає можливість читати, не відповідаючи на повідомлення, та взагалі не заходячи до ВНС; водночас цікава дискусія є тією принадою, яка й спонукає студентів обрати той чи інший онлайн-курс, або навіть е-навчання як форму отримання освіти в цілому, і підтримувати активну участь протягом курсу.

5) Чат-канали використовуються для синхронної комунікації, коли студенти віддалені між собою фізично, однак бажають одночасної дискусії. Чат-каналами може бути складно управляти, однак при розумному використанні та гнучкій модераторській політиці вони здатні стати ефективним засобом академічних дискусій. Зазвичай розмови у чат-каналі

записуються (зберігаються) у текстовий файл, про що треба нагадувати студентам, аби вони пам'ятали, що їхні розмови не губляться назавжди наприкінці чат-сесії. Деякі чат-канали надають можливість приватних розмов між окремими учасниками; інші ж обладнані віртуальною дошкою для малюнків та написів.

6) Блоги зазвичай існують у формі особистого онлайн-щоденника, керованого однією людиною, але доступного для загального прочитання. Кожен новий допис додається згори попередніх дописів, і читачі можуть додавати до записів власні коментарі.

7) Онлайн-енциклопедії, зокрема на рушії відомої Вікіпедії, складаються із множини веб-сторінок, створюваних та наповнюваних просто у веб-переглядачі спільно розподіленою діяльністю учасників спільноти. Форматування тексту – швидке та просте, і від учасників не вимагається спеціальних знань, зокрема HTML-розмітки. Учасники можуть правити та переписувати написане іншими з одночасним збереженням історії правок та відповідно можливістю скасування внесених змін. В освітній сфері онлайн-енциклопедії широко використовуються для навчання та розвитку навиків групового написання текстів, зокрема студентських курсових проектів, баз даних чи проектної документації. Хоча деякі вікіпедії (зокрема, власне Вікіпедія) є відкритими до редагування будь-якими учасниками, більшість спеціалізованих освітніх вікіпедій, зокрема у галузі медичної освіти, надають обмежені можливості щодо редагування, особливо для учасників-новачків.

8) Деякі системи підтримують онлайн-тестування та/або проведення іспитів із використанням питань різного типу, як-то питання множинного вибору, порівняння та ранжування, з відповіддю у формі одного слова чи цілого речення тощо. Більшість відповідей на питання (крім повністю відкритих відповідей) можуть бути автоматично оціненими онлайн; цей самий інструментарій забезпечує проведення опитувань та голосувань. Після виконання навчальних завдань у більшості ВНС є відповідний розділ, куди викладачі заносять оцінки

та результати студентських робіт (включно з перенесенням результатів із неелектронних носіїв).

9) Онлайн-портфоліо дозволяє студентам створювати онлайн-сховища для своїх робочих/навчальних матеріалів та записів (включно з посиланнями на зовнішні ресурси), документів та аудіофайлів на кшталт подкастів.

10) Існує чимало інших додаткових інструментів, як-то подкасти, стрічки новин (RSS), особистий робочий кабінет студента, бази даних зображень тощо.

11) Останнє, і для багатьох найважливіше: такі системи забезпечують низку логістичних інструментів, зокрема складання розкладу (календаря навчання, навчального плану), розміщення та пересування навчальних груп і класів та інші форми управління активністю користувачів.

Принциповим питанням для багатьох освітніх закладів є те, чи мають вони купувати ВНС (як платне, пропрієтарне програмне забезпечення), чи пристосувати для власних потреб уже наявне та вільно доступне програмне забезпечення (зокрема ПЗ із відкритим вихідним кодом), чи розробляти власний програмний комплекс.

Пропрієтарні ВНС імовірно є найширше використовуваним та найбільш упізнаваним видом подібних інтегрованих систем. Серед них значною популярністю користуються ВНС Blackboard та WebCT. Переваги такого підходу включають легкість та простоту встановлення і налаштування, наперед відомі вимоги до бюджету, технічну підтримку кваліфікованих фахівців. Серед недоліків зазначають меншу гнучкість та менший користувацький контроль за налаштуваннями системи.

Системи на основі відкритого вихідного коду надають доступ до власного програмного коду, дозволяючи користувачам пристосовувати роботу системи до власних запитів та вимог. Відомими ВНС такого роду є Sakai та Moodle. До переваг зараховують відсутність оплати програмістів, більша гнучкість, особливо у роботі з нестандартними задачами та запитами, та більший користувацький контроль над фукціоналом системи. Недоліками вважають відсутність

фахової підтримки чи гарантії, залежність від роботи програмістів для зміни системи та високу мінливість нестандарних правок коду у нових версіях програмового продукту.

Системи власної (локальної) розробки зазвичай створюються силами фахівців окремого навчального закладу та призначені для використання у його межах, хоча не виключено і часткове застосування ПЗ на основі відкритого вихідного коду. Переваги та недоліки переважно співпадають із списком переваг та недоліків у ПЗ із відкритим кодом, однак у значно більшому масштабі, зокрема у вигляді постійної потреби тримати напоготові штат програмістів для подальшої розробки та підтримки функціоналу системи. Очевидно, що така система власної розробки не буде мати жодної сертифікованої підтримки чи формальної гарантії. Однією з ключових проблем використання систем на основі відкритого ПЗ чи систем власної розробки є те, який сукупний обсяг знань, умінь та навичок поводження із системою залишається у навчального закладу в цілому, коли програмісти-розробники з тих чи інших причин полишають роботу над цією системою. Крім загальних міркувань безпеки, природне небажання та нелюбов програмістів до ретельного документування власного коду створює загальновідомі проблеми ефективної кадрової заміни для навчального закладу.

Системи керованого навчання (СКН) пропонують ширшу перспективу електронних інтегрованих систем навчання та викладання. Зокрема, система керованого навчання може включати одне чи кілька ВНС разом із е-бібліотекою, фінансовою частиною, системою управління доступу до приміщень і матеріальних ресурсів, записами студентського та викладацького відвідування й іншими компонентами системи. Важливість усього переліченого для викладача медичних дисциплін обумовлюється зокрема інтеграцією е-навчання у традиційний навчальний процес у просторі навчального закладу.

ВНС пропонують інтегроване навчальне середовище для е-навчання і зазвичай включають широкий набір різноманітних інструментів для ефективного донесення коненту до

аудиторії, налагодження взаємодії та управління. Хоча дехто вважає саму концепцію ВНС обмеженою, вона однак здебільшого задовольняє потреби як е-студентів, так і е-викладачів. У тих галузях, де ВНС не можуть ефективно задовольнити певні навчальні потреби (зокрема у викладанні медичних дисциплін), це може бути досягнуто шляхом впровадження додаткових програм та сервісів.

Е-навчання зараз широко застосовують у різних формах кейсового та проблемного навчання. Оскільки проблемне навчання є більш популярним у медичній освіті, ми зосередимося на проблемному навчанні як для чистого онлайн-навчання, так і для різноманітних змішаних сценаріїв (тобто поєднання онлайн та традиційного навчання).

Для цілей нашої роботи треба зазначити, що проблемне навчання є студентоцентричним та конструктивним підходом, який залучає студентів до групової роботи з розгортанням перед ними реальних практичних проблем чи випадків, визначенням ключових питань та задач, дослідженням проблем та представленням результатів своєї роботи.

Онлайн-середовище може бути використане для того, аби зробити ситуації «лицем до лиця» більш реалістичними під час представлення студентам. Хоча випадки з підручників виконують важливу і цінну функцію, у них є принаймні одне очевидне обмеження: у намаганні не надто заплутати студентів виявляється так, що ці випадки дуже типові і описані шаблонною, канцелярською мовою; у подібних ситуаціях навіть ключові слова не надто допомагають розумінню студентів. Як варіант, можна давати відео пацієнта (реальне чи постановочне) з історією хвороби та збором аналізів як невід'ємними частинами роботи медиків. Студенти потім мають опрацювати почуту інформацію та вирішити, як би вони діяли у реальній ситуації.

Навіть, якщо той чи інший випадок базується виключно на описі з підручника, онлайн-середовище може бути використане як розширення процесу проблемного навчання. Онлайн-середовище містить електронну копію опису проблемної ситуації та всіх додаткових матеріалів, як-то доку-

ментів, статей, конспектів лекцій та презентацій. Контент можна робити доступним для студентів поступово, в міру проходження курсу.

Координація онлайн-середовища для підтримки проблемного навчання також порушує низку серйозних викликів. Наприклад, недостатньо впорядковані права доступу до навчальних матеріалів можуть призводити до того, що одні викладачі зможуть легко правити навчальні матеріали інших викладачів. Варіантом вирішення такої проблеми є створення єдиної навчальної зони для отримання навчальних матеріалів від викладачів і доставки їх студентам. Такий підхід має низку переваг, а саме: стандартизація, перенесення вже опрацьованого матеріалу з одного розділу до інших, незалежність навчального процесу від тимчасової чи навіть повної відсутності когось із допоміжного персоналу. Однак є й недоліки, як-от: висока вартість впровадження та підтримки такої системи і те, що викладачі при цьому самі не навчаються працювати із системою. Альтернативним підходом є призначення допоміжного працівника (фасилітатора, куратора), який би забезпечував своєчасне надходження навчальних матеріалів та ефективну презентацію студентам; це позбавляє від потреби мати якийсь центральний банк даних, однак, з іншого боку, це часто означає додаткове робоче навантаження і може втілитися у недбале забезпечення студентів навчальними матеріалами.

Важливо також додатково до загальнодоступних е-дошок оголошень (форумів) організувати роботу приватних форумів чи закритих розділів на уже існуючих форумах, куди матимуть доступ лише студенти та викладачі певної конкретної групи.

Проблемне е-навчання передбачає проведення проблемного навчання повністю в онлайн-середовищі з мінімальними або взагалі відсутніми контактами наживо, «лицем до лиця» між студентами та викладацьким складом; це може відбуватися або через великі фізичні відстані між учасниками е-освітнього процесу, або через те, що організоване у традиційний спосіб проблемне навчання не може забезпечи-

ти стабільний та ефективний розклад занять, зручний як для усіх сторін.

З одного боку, проблемне е-навчання може виглядати дуже схожим на свій традиційний еквівалент: береться певна навчальна ситуація, яка потім поширюється чи то через е-пошту, чи через допис у системі ВНС, або у системі, спеціально створеній для проблемного е-навчання. Студенти взаємодіють один із одним через чат-канали, дошки оголошень (форуми), е-пошту чи клієнти для миттєвого обміну повідомленнями (месенджери). Питання до куратора чи фасилітатора групи (якщо така посада наявна) можуть ставитися як у синхронному чат-каналі, так і через асинхронні форуми чи е-пошту; до того ж викладач-фасилітатор може як дублювати функцію традиційного фасилітатора, так і відігравати роль когось із персонажів в аналізованій ситуації.

В іншому форматі студенти працюють індивідуально, отримуючи матеріали ситуації на свої особисті е-скриньки та взаємодіючи лише з комп'ютером, відповідаючи на питання та отримуючи нову інформацію в міру просування в аналізі проблемної ситуації. Навіть, якщо на перше місце у навчальному процесі ставити цінності групової взаємодії з колегами та допомоги викладача-фасилітатора, як це видно у попередньому сценарії навчання, індивідуальна робота без взаємодії з іншими людьми теж може бути ефективно використана, принаймні у ролі допоміжної навчальної активності.

Незалежно від використаного методу проблемне е-навчання вимагає від фасилітатора високого рівня педагогічної майстерності та практичних навичок користування різними формами як синхронного, так і асинхронного комп'ютерно-опосередкованого спілкування. Хоча е-навчання має значний освітній потенціал, не варто забувати, що технологія все ще є досить новою і не дуже підходить для викладачів із невисокою стресостійкістю.

Спираючись на конструктивну основу традиційного проблемного навчання, е-навчання може бути використане для багатогранного розкриття перед студентами всіх аспектів певної проблемної ситуації. Викладачі та фасилітатори по-

винні ретельно продумувати міру інтеграції онлайн-технологій у навчальний процес та відмінності між змішаним підходом і чистим онлайн-навчанням.

Хоча сучасна медична освіта все ще залишається зосередженою на здобутті знань, фокус уваги поступово зміщується на застосування вищих когнітивних умінь та набутих знань на практиці. Схеми ефективного е-навчання медичних дисциплін, однак, мають відображати динаміку та подробиці реальної клінічної практики, як і доступ до ефективних навчальних технологій. Ці принципи закріплені у концепції практикуму як оточення, спеціально сконструйованого для навчання на практичних задачах. У контексті практикуму, наближеного до реального світу, студенти навчаються на простіших задачах, схожих на реальні практичні ситуації. У термінах е-навчання практикум відтворює ситуації реального світу у формі симуляторів, ігрових ситуацій чи доповненої віртуальної реальності. Дедалі більшої популярності набуває думка, що успіх складнорганізованих відеоігор демонструє їхню придатність до навчання вищим когнітивним навичкам, як-то стратегічне мислення, інтерпретативний аналіз, постановка та вирішення проблем, складання та виконання плану і пристосування до швидких змін обстановки.

Існує, однак, важлива відмінність між використанням відеоігор як таких та впровадженням принципів гейміфікованого навчання, зокрема під час підготовки студентів медичних спеціальностей. Ключовим моментом є те, що ефективна освітня діяльність не має включати надмірні та потенційно відволікаючі аспекти відеоігор, аби належним чином використати позитивний потенціал цього виду програм. Натомість доречне використання факторів гейміфікації, таких як наративний контекст та зворотній зв'язок, ідентичність та суб'єктність користувача (гравця), наслідки дій та можливості дослідження і випробування різних тактик і стратегій для вирішення тих чи інших ситуацій – може бути пристосоване для створення високоінклюзивного, інтерактивного та ефективного навчального середовища.

Віртуальні пацієнти є одним із ключових прикладів гейміфікованого навчання у медичній освіті у різноманіт-

них формах, як-то штучні пацієнти (зазвичай комп'ютерні симулятори людської фізіології), набори даних реальних пацієнтів, фізичні симуляції (моделі та манекени), симульовані пацієнти (професійні актори чи любительська рольова гра) та повністю комп'ютерні випадки і сценарії. Саме остання форма має найбільший стосунок до е-навчання у медицині як інтерактивна комп'ютерна симуляція клінічних сценаріїв реального життя для цілей медичної підготовки, навчання чи оцінки ризиків.

Зазвичай віртуальні пацієнти постають у формі відкритого клінічного наративу або структурованого контакту з пацієнтом (останнє дещо більш поширене). У кожному зі сценаріїв студенти повинні віднайти та/або витлумачити важливі для ситуації дані, винести відповідні клінічні рішення або вирішити конкретні проблеми, такі як постановка діагнозу чи режиму лікування. Більше того, роль студента (слухача) може бути різною: терапевт чи інший медик профільного відділення, пацієнт чи сторонній спостерігач. Студенти можуть змоделювати профіль віртуального пацієнта самостійно чи працювати з уже існуючими профілями, можуть працювати у групах чи індивідуально, зі зразковим випадком чи розбирати недоліки невдалого сценарію. Не варто забувати, що відповідно до поставлених навчальних задач, робота студентів може відрізнятися у випадках прийняття рішень, набуття знань чи оцінки ризиків. Деякі віртуальні пацієнти більше орієнтовані на вирішення готового набору дидактичних задач, у той час як інші заохочують відкрите самостійне дослідження та розвиток практичних навичок.

Хоча віртуальні світи на кшталт Second Life чи The Sims не орієнтовані передусім на освітні задачі, вони все ж привертають чимало уваги. Такі відкриті середовища важко прив'язати до конкретних навчальних результатів, за винятком симуляцій, які дозволять користувачам покращити навички гнучкості та точності, – наприклад, лабораторні симуляції, на яких можна випробувати низку операційних технік без необхідності обладнання реального операційного середовища (зокрема тварин для проведення експериментів),

віртуальні мікроскопи та/або гістологія, численні хірургічні симуляції.

Віртуальні е-навчальні технології, такі як симулятори та віртуальні пацієнти, можуть запропонувати студентам навчальні середовища, наближені до реальних умов; ситуації у цих навчальних середовищах можуть бути масштабовані та відтворені повторно, у будь-який потрібний момент. Окремо треба зазначити, що при правильному застосуванні віртуальне навчальне середовище може дуже глибоко занурювати в себе слухачів, створюючи високодостовірний ефект присутності. Більше того, віртуальні навчальні середовища корисні для управління навчальним навантаженням та допомагають слухачам (студентам) регулювати індивідуальний ритм навчання. Ймовірно, що ці освітні техніки можна використовувати як частину освіти пацієнтів у роботі фахівців з охорони громадського здоров'я.

Замість сприйняття відеоігор виключно як платформи, призначеної тільки для доставки навчального контенту до споживача, потрібно більший наголос зробити на власному студентському контенті та розвитку внутрішньоігрової діяльності всередині активних предметних зон, що здатні забезпечити ефективний, всеохоплюючий навчальний досвід на всіх рівнях освітнього процесу.

Онлайн-симуляції та віртуальні пацієнти являють собою потужний та інтерактивний інструмент для розширення сфери застосування традиційного («лицем до лиця») навчання та викладання.

Онлайн-фасилітація зазвичай використовує форуми чи чат-канали як точку контакту між студентами та фасилітаторами. Багато принципів традиційного, «лицем до лиця» навчання та викладання так само придатні до онлайн-фасилітації. Наприклад, аналогічно працює принцип, за яким фасилітатор має бути радше безстороннім провідником для всіх учасників комунікації, аніж монологічним лектором; замість одностороннього надання інформації фасилітатор має забезпечити максимально можливе самостійне опрацювання студентами навчальних проблем та ситуацій. Крім того, по-

винні бути використані знайомі студентам модальності конкуренції, конфлікту та відповідальності. Онлайн-середовища також дають можливість студентам спробувати себе у ролі модератора чи фасилітатора та набути нового досвіду внутрішньогрупової відповідальності й повноважень.

Всі форми групової роботи вимагають правил участі, у онлайн-середовищі ці правила формують «мережевий етикет», або так званий нетикет. Якщо навчальна дисципліна поєднує онлайн-навчання та традиційне навчання «лицем до лиця», то варто наголошувати для студентів, що онлайн-середовище є розширенням традиційного середовища «лицем до лиця». Це зокрема означає, що ключові етичні засади групової роботи, як-то конфіденційність та повага до інших, теж мають застосовуватися онлайн. Якщо курс відбувається цілком онлайн, тоді правила комунікації мають бути обов'язково встановлені, опубліковані та погоджені до початку занять. Випадково чи ненавмисно студенти можуть порушувати правила коректного спілкування, наприклад, розміщуючи уїдливі коментарі на адресу інших учасників або розголошуючи чиюсь приватну інформацію.

Успіх групової роботи ґрунтується на активній участі всіх учасників групи. В онлайн-навчанні низькі рівні залученості, як і низьке відвідування занять у традиційному навчанні, може становити принципову проблему. Більшість факторів, які знижують відвідуваність та/або рівень активності у традиційних навчальних групах, також стосуються і е-навчання.

Дослідники пропонують різноманітні стратегії для підвищення активності е-навчання, включаючи мінімальну кількість дописів для доступу до окремих розділів форуму, систему відзнак для активних дописувачів та ретельний добір тем і питань, цікавих для студентів. Хоча відзнаки і справді збільшують кількість дописів, вони можуть ставати своєрідною «ціллю в собі», мотивуючи студентів до розміщення більшої кількості коментарів та дописів за рахунок якості змістового наповнення. Форумні можуть також суперечити педагогічним підходам на інших курсах, як онлайн, так і традиційних. Ретельна підготовка та розміщення цікавих та інтригуючих

питань для студентів таким чином постають справою виключної е-викладацької важливості. У крайньому разі фасилітатор може написати студентам у приватні повідомлення щодо групової е-навчальної роботи, подібно до того, як у традиційному навчанні можуть телефонувати студентові з питань відвідування занять. Оскільки фасилітатор зазвичай не в курсі всіх родинних та особистих обставин студентів, такі розмови потрібно провадити особливо делікатно.

Моделі синхронної онлайн-активності зокрема включають:

1) Сесії формальних синхронних питань та відповідей у чат-каналі: це онлайн-зустріч викладачів та студентів точно так само, як би вони зібралися в аудиторії. Після того, як вся група зібралася, фасилітатор оголошує перше питання порядку денного. Обговорення відбувається схожим чином, як і у реальних навчальних групах: фасилітатор допомагає та скеровує обговорення у певному загальному напрямку, зокрема навідними питаннями та коментарями, однак головна відповідальність за змістове наповнення дискусії покладається на студентів. У цьому типі групової роботи краще мати якомога менші групи (5-6 студентів), однак за умови доброї дисципліни розмір групи можна збільшувати без шкоди для продуктивності. Студентам не треба робити записи, бо вся їхня діяльність записується засобами ВНС. Після групової сесії файл запису може поширюватися серед е-викладачів чи студентів інших груп, які додаватимуть принагідну інформацію, уточнюватимуть питання чи вноситимуть доповнення.

2) Формальні заняття у форумному середовищі: е-викладач розміщує питання з певним інтервалом (наприклад, щопівгодини), а студенти їх обговорюють. Питання мають спонукати аудиторію до активного мислення, бути відкритими і, звісно, стосуватися тематики навчальної дисципліни.

Неформальна асинхронна комунікація щодо е-навчання (наприклад, плітки у соціальних мережах щодо змісту та викладацького складу нових е-курсів у прийдешньому навчальному році) теж може бути важливим складником освітнього

процесу. У багатьох випадках саме неформальне обговорення серед студентської спільноти становить переважну більшість повідомлень і тем, створюваних та активно підтримуваних у ВНС, зокрема на дошках оголошень (форумах).

Хоча більшість онлайн-комунікацій відбувається із використанням тексту, інші форми комп'ютерно-опосередкованої комунікації набувають все більшої популярності. Деякі ВНС дають студентам можливість контактувати з е-викладачами засобами конференц-зв'язку через Інтернет. Конференц-зв'язок залишається найбільш популярним застосуванням трансляції аудіо мережевими засобами, незважаючи на свої обмежені можливості порівняно із відеоконференціями.

Відеоконференції зазвичай використовуються там, де групи фізично віддалених між собою людей (таких, як група е-студентів) мають працювати один із одним. Освітнє застосування відеоконференцій вимагає ретельного планування та впровадження, зокрема перевірки на синхронність звуку та зображення.

Формат веб-конференцій схожий на відеоконфереції, однак за замовчуванням припускає участь не великої групи людей, а одного учасника (або дуже малої групи). Хоча функціонал веб-конференцій зараз доступний у великій кількості додатків, більшу освітню користь можна отримати застосуванням багатоканальних мультимедійних інструментів, які дозволяють поєднати аудіо, відео, чат-канали, форуми та обмін зображеннями у єдину систему.

Онлайн-фасилітація значною мірою ґрунтується на принципах традиційної моделі «лицем до лиця»; постають однак і нові проблеми, і нові можливості е-навчання. Хоча питання фізичної співприсутності та управління часом можуть спочатку здаватися непереборною перешкодою, згодом вони здатні надати груповому обговоренню позитивної динаміки та гнучкості.

Віддалене, або дистанційне навчання існує вже протягом багатьох десятиліть. Розвиток ефективних мереж комунікації уможливив навчання поштою ще у дев'ятнадцятому столітті, а нові медіа – радіо та телебачення – значно розширили засяг

та можливості масових повідомлень аж до нової революції, тобто виникнення Інтернету.

З певної точки зору всі студенти медичних спеціальностей так чи інакше є дистанційними студентами тією мірою, до якої вони навчаються вдома чи поки доїздять до університету; крім того, часто їм доводиться відвідувати заняття (зокрема практичні) подалі від основного місця навчання. Більше того, багато колишніх студентів-випускників медичних навчальних закладів теж продовжують освіту дистанційно, через родинні обставини чи трудову зайнятість. Такий підхід породжує чимало проблем, серед яких соціальна ізоляція, відволікання на домашню репродуктивну працю (особливо серед жінок), важкість виділення певного фіксованого часу для самопідготовки, брак спільного знання та практики (відсутність доступу до внутрішньогрупових напрацювань, які є у традиційному навчальному середовищі «лицем до лиця»), проблеми з технічним обладнанням та мережами зв'язку, контраст між очікуваннями від навчання та досягнутими результатами тощо.

Ще донедавна дистанційне навчання означало лише можливість мовлення наперед готової, капсульованої інформації на масову аудиторію – не було великої різниці між 200 слухачів чи 20 200, хіба що за винятком доходів при платному навчанні. Сила онлайн-навчання, однак, походить із здатності налагоджувати взаємодію, і хоча роль е-викладачів стає дедалі важливішою, вони не повинні перетворюватися на таку собі подобу середньовічних поміщиків, статусно і просторово відділених від посполитого люду. Ізоляція слухачів є однією з найпопулярніших причин відмови від участі та зниження активності у різноманітних онлайн-курсах.

Доступність інформації у всесвітній мережі не означає цілковиту непридатність добре скомпонованих добірок традиційних навчальних матеріалів – навпаки, при правильному застовуванні комп'ютерно-опосередкованої комунікації такі перевірені часом та викладацькою практикою добірки згодяться як самостійно, так і в оцифрованому вигляді у складі мультимедійних програм на кшталт Anatomedia чи

складніших систем типу Світового віртуального університету (World Virtual University), які зокрема пропонують детальні коментовані відео хірургічних процедур.

Хоча навчання студентів медичних спеціальностей історично базувалося навколо лікарні чи медичного навчального закладу, деяким студентам також доводиться відвідувати віддалені, зокрема сільські, поселення у якості навчальної та практичної підготовки. За останні десятиліття було розроблено декілька програм для роботи із соціально незахищеними прошарками населення, і е-навчання стало суттєвим компонентом та засобом координації у межах такої розподіленої моделі.

Великі медичні центри зазвичай знаходяться у містах, де існує відносно добрий (порівняно із сільською місцевістю) рівень доступності послуг, зокрема транспортної досяжності. У сільських, особливо віддалених, районах така доступність набагато менша, тому програми е-підготовки майбутніх медичних працівників мають розроблятися із урахуванням цих принципових відмінностей у розвитку інфраструктури. Наприклад, технології, вимогливі до ширини та якості каналу, як-от відеоконференції, треба застосовувати помірно, у той час як низьковимогливі канали комунікації: клієнти обміну миттєвими повідомленнями (месенджери), інтерактивні текстові проблемно-орієнтовані середовища та віртуальні пацієнти – є більш придатними для надійної роботи в умовах нестійкого зв'язку. Дуже схожі проблеми, треба зауважити, виникають у персоналу медичних та соціально-освітніх програм у країнах, що розвиваються.

Продовжувана медична освіта (ПМО) є однією з відповідей на потребу у підтриманні професійної післядипломної кваліфікації, зокрема у сучасному соціальному середовищі зі швидкими революційними змінами у галузі технологій та терапевтичних підходів. До ПМО так чи інакше відносяться будь-які способи та форми навчання медичних працівників після отримання ними формального документа про освіту. Традиційна ПМО набуває форми післядипломних курсів, семінарів, конференцій або навіть спільного читання фахо-

вих журналів чи книг. Перешкодами до здобуття та/або покращення формальної традиційної ПМО вважають родинні обов'язки, неможливість виділити окреме місце та час для навчання, необхідність додаткових транспортних витрат, потребу платити за додаткові курси/сертифікати, зростання навантаження за місцем основної трудової зайнятості тощо. Отриманню повноцінної неформальної ПМО заважає ще ширший набір чинників, куди також зараховують брак часу, соціальну та професійну ізоляцію (зокрема неможливість доступу до групової роботи з колегами), відсутність бібліотек та/або бібліотечних послуг, повільну обробку документів у традиційних бюрократичних інституціях, нестачу комунікаційного обладнання та коштів.

У середовищі, яке пропонує онлайн-ПМО, критично важливою для лікарів є швидкість та простота доступу. Онлайн-ПМО достатньо добре виконує критерії зручності, релевантності, індивідуальності, автономності, послідовної постановки завдань та системності у підході до навчання. Багато з означених критеріїв, однак, піддатні до негативного впливу обставин переважно технологічного характеру, і просте дублювання традиційної освітньої роботи е-технологіями принесе мало користі; і викладачам, і студентам, і по змозі навіть майбутнім отримувачам медичних послуг треба добре розуміти, що однією з принципових задач онлайн-ПМО є подолання системного впливу вказаних вище соціальних та економічних перешкод.

Потрібно опиратися спокусі розглядати дистанційне навчання лише як однобічне поширення вже готового матеріалу до великих груп слухачів чи студентів. Якщо викладачі зможуть зрозуміти сутність дистанційного онлайн-навчання та потреби аудиторії, то дистанційне навчання як метод підготовки цілком спроможне забезпечити насичений та різноманітний навчальний досвід, який не поступатиметься традиційному навчанню «лицем до лиця», зокрема у підготовці фахівців медичних спеціальностей.

На додаток до розвитку викладання та навчання: освітні технології відіграють все важливішу роль у підтримці як

формуючого, так і підсумкового оцінювання. Е-оцінювання (також відоме як комп'ютерно опосередковане оцінювання або як комп'ютерне тестування) може бути підтримуючим засобом для оцінювання знань (наприклад, використання множинного вибору чи підбір правильних парних сполучень), оцінювання ефективності роботи (віртуальні пацієнти чи текстові картотеки-симулятори), практичне оцінювання (наприклад, на основі аналізу портфоліо чи реєстраційних журналів) чи оцінювання на основі поведінки/установок (активність у дискусіях на форумі чи перехресне оцінювання одногрупників).

Підготовка до е-оцінювання, як і у будь-якому іншому процесі оцінювання, має включати ретельний підбір необхідних форм оцінювання, їхньої дотичності як до поточних задач/результатів навчання, так і до решти навчального плану; та яким чином (і чи взагалі) вони можуть бути виконані в електронній формі. Перегляд і принагідне доопрацювання правил та принципів оцінювання теж може бути корисним, оскільки формальні інструкції подібного роду зазвичай пишуться з орієнтацією на більш традиційні підходи. Інші принципові моменти включають вибір того, чи всі учасники проходять оцінювання разом у межах єдиної сесії – як це відбувається при традиційному іспиті, а чи перевага віддається більш асинхронним підходам, на кшталт продовжуваного оцінювання чи багатоетапного тестування.

Наступним кроком після затвердження вибраної форми е-оцінювання має бути вибір інструментів та систем е-оцінювання. Багато ВНС пропонують власні вбудовані інструменти оцінювання, хоча функціональність останніх зазвичай поступається системам, розробленим спеціально для цілей оцінювання. Остаточний вибір конкретного інструменту чи набору інструментів, як і в інших випадках застосування освітніх технологій, залежатиме від доступності, вартості системи (придбання, налаштування, супутні та майбутні витрати), легкості чи складності використання, сумісності з іншими, уже встановленими/використовуваними інструментами та системами, і зрештою від того, чи інструмент або система

оцінювання підтримує необхідний(-і) е-викладачеві тип(и) оцінювання та засоби обробки отриманих даних (включно з автоматизованою розсилкою результатів е-студентам). Оскільки дані, необхідні та створювані за допомогою оцінювання, мають справді критичну важливість для розвитку навчальних компетенцій студента, особливу увагу необхідно звернути на безпеку, конфіденційність даних та відмовостійкість системи в цілому.

Перевагами е-оцінювання зокрема є можливість практично безперервного і дуже швидкого зворотнього зв'язку, точніше відслідковування та прозорість навчальної поведінки е-студентів і більша придатність отриманих даних для повторного використання. Більше того, середовища чи інструменти е-оцінювання зазвичай мають кращий рівень використання групових тестів та формальних іспитів, розширену підтримку опцій зовнішнього аудиту та/або перевірки якості, й загалом більш гнучкі та ефективні налаштування усіх процесів. З когнітивної точки зору, е-оцінювання може використовувати ширший спектр питань та взаємодій, аніж традиційне, «паперове» оцінювання, а також може бути використане у змішаних формах навчання та/або оцінювання, з інтеграцією традиційних форм і методів у е-навчальний процес. Перевагою е-оцінювання також є швидший та більш детальний доступ студентів до власних оцінок з одночасним збереженням конфіденційності таких чутливих особистих даних; унаочнення навчальної динаміки студентів як у короткочасній, так і у довгочасній перспективі. До інших переваг зараховують потенційно більшу формалізованість і структурованість е-оцінювання та можливість використання різних видів навчального матеріалу (аудіо, відео, текст).

Недоліки е-оцінювання включають насамперед:

1) потребу у технічній підтримці системи чи окремого інструменту оцінювання;

2) практичні проблеми опрацювання будь-якого оцінювання, яке має важливу роль у навчальному процесі;

3) обмеження форми питань до можливостей системи/інструменту оцінювання;

4) ризики технічного характеру, насамперед збій системи (і ключову потребу в архівуванні інформації на випадок такого збою);

5) потребу у забезпеченні працездатності технічного обладнання, нагляд та контроль за технічною частиною;

6) безпомилкову ідентифікацію учасників оцінювання та безпеку отриманих даних, зокрема у частині конфіденційності.

Формуюче самооцінювання є досить популярним серед студентів, оскільки воно ефективно допомагає оцінити поточний рівень знань/компетенцій та визначити проблемні зони у навчанні. Хоча такий спосіб у загальних рисах є відповідником тестів на перевірку знань із використанням питань множинного вибору, більш розвинені різновиди формуючого е-оцінювання можуть включати самокеровані вправи на віртуальних пацієнтах, симуляцію практичних навичок чи запис відео для оцінки та подальшого покращення фахової вправності.

Зворотній зв'язок є ключовим елементом у формуючому оцінюванні будь-якого виду, і якраз е-оцінювання має очевидну перевагу практично безперервного зворотнього зв'язку як у процесі самого оцінювання (підказки, допоміжні матеріали), так і після (пояснення (не)правильних відповідей). Більше того, формуюче е-оцінювання є набагато гнучкішим для цілей повторного оцінювання.

Іншою важливою перевагою є те, що простий аналіз складових (наприклад, перегляд результатів відповідей цілої групи чи окремих студентів) може бути використано у цілях ефективного зворотнього зв'язку для е-викладачів, дозволяючи швидко та ефективно усувати недоліки чи помилки у навчанні на щораніших етапах.

Підсумкове оцінювання теж має низку переваг, викликів та можливостей.

1) Логістика е-оцінювання зазвичай відкриває нові навчальні виклики. Наприклад, хто забезпечує комп'ютери та іншу техніку – навчальний заклад чи студенти використовують свої власні? Якщо власні, то як убезпечити процес перевірки

від шахрайства та академічної недоброчесності і гарантувати рівність можливостей? Чи є достатньо вільного та належно облаштованого фізичного простору, аби вмістити усіх студентів, разом із комп'ютерами, живленням, засобами зв'язку тощо? Хоча для цієї мети можна використовувати звичайні студентські комп'ютерні класи, це не вирішує таких проблем, як підглядання чужих відповідей та/або результатів оцінювання, відстані між студентами, недоступності комп'ютерного класу в цілому та обмеженого ресурсу робочих терміналів.

2) Як у ситуації будь-якого іспиту в принципі, забезпечення безпеки, ідентифікація учасників та конфіденційність даних є життєво важливими. При проведенні оцінювання в аудиторії треба використовувати стандартні процедури, тобто перевірку у кожного студента документа, який підтверджує особу (паспорт чи студентський квиток), плюс вимкнення чи навіть фізичне тимчасове вилучення мобільних телефонів й інших персональних електронних пристроїв. Додатково варто генерувати кожному студенту надійний особистий пароль для входу в систему оцінювання та налаштувати обмеження на доступ до зовнішніх інтернет-ресурсів. Наглядач за процесом оцінювання має додаткову перевагу того, що у великому і правильно розташованому комп'ютерному класі досить легко візуально контролювати, якщо на якомусь із моніторів раптом відобразиться картинка, явно невідповідна ситуації оцінювання; у такому випадку більшість систем та інструментів е-оцінювання мають функціонал блокування всього комп'ютера, так що конкретний студент-порушник не зможе далі продовжити е-оцінювання. Якщо е-студенти проходять іспит дистанційно, тоді варто із самого початку планувати е-оцінювання у режимі «відкритої книги» – коли студентам дозволено користуватися будь-якими джерелами. Хоча потрібно зважати на ширину інтернет-каналу студентів при використанні зображень та відео, використання візуальних засобів може бути надзвичайно ефективним для цілей тестування – скажімо, навіть прості кольорові зображення у тестових завданнях нерідко дають принципову перевагу над традиційними паперовими тестами. Крім того, якщо хтось

переживає, що картинка на його комп'ютері відображається зменшеною, то відкриття картинки у новому вікні чи вкладці переглядача є простою та надзвичайно корисною функцією.

3) Необхідно також враховувати, де та як студенти будуть перебувати під час тесту. Скажімо, чи всі вони будуть працювати тільки онлайн, чи хтось із них проходитиме завдання офлайн із наступною синхронізацією даних у системі; чи процес е-оцінювання буде виключно електронний, а чи доповнений якимись традиційними елементами «лицем до лиця»; чи все тестування буде обмежене однією сесією, а чи передбачається більш відкритий варіант – з повторними сесіями (перескладаннями)?

Після стадії планування реальне проведення е-оцінювання може принести нові виклики, зокрема:

1) Необхідно впевнитися, що є достатня кількість кваліфікованих наглядачів для спостереження за студентами, і що викладацький склад отримав належні інструкції про те, які типи поведінки та порушення вони мають відслідковувати та припиняти.

2) Швидкий та тісний контакт із службою технічної підтримки на випадок, якщо система не працюватиме. Більше того, враховуючи високу значущість події е-оцінювання, відмовостійкість системи та швидке відновлення працездатності мають бути ключовими пріоритетами. Наприклад, регулярно мають зніматися резервні копії даних (навіть, якщо це й так є частиною звичайної безпекової практики резервного копіювання у цій системі/організації), і у випадку загального технічного збою повинні бути готові резервні варіанти оцінювання, як-то повторне тестування чи проведення традиційного паперового тестування.

Після закінчення основної стадії е-оцінювання є кілька кроків, які потребують особливої уважності:

1) Обробка результатів е-оцінювання може бути набагато швидшою для тих питань, де відповіді є чіткими та наперед визначеними, однак інші питання можуть потребувати не менше людської роботи, аніж їхні паперові відповідники (відкриті питання). Тому хоча у деяких ситуаціях і можливо

повідомляти студентам результати е-оцінювання практично одразу після завершення тестування, у більшості випадків процес оцінювання займає певний час та зусилля. Хоча комп'ютерна обробка текстів, написаних людиною, дедалі покращується, однак машини все ще не можуть замінити людей у ретельності та інтерпретаційних здібностях останніх.

2) Повідомлення результатів та організація зворотнього зв'язку від студентів є важливими складовими будь-якого процесу оцінювання. Наприклад, інформація щодо результатів може бути оприлюднена онлайн, і організатори е-оцінювання мають вирішити, наскільки детально будуть відображатися результати та хто зможе мати доступ до цієї персональної інформації.

3) Треба також зважати на такі довгострокові стратегічні питання, як агрегація та обробка великих масивів іспитових даних для формування інформаційного зрізу по окремій навчальній дисципліні, всіх студентах певних років навчання чи взагалі по всіх студентах навчального закладу. Хоча це можна здійснити і з використанням традиційних електронних таблиць, однак така обробка значної кількості даних зазвичай виявляється ризикованим та помилковим способом. Кращим варіантом буде створення централізованої бази даних, хоча з цим може бути пов'язано багато формально-процедурних питань, включаючи сумісність між різними типами оцінювань, процедурами обробки неповних, неточних чи відсутніх даних, і забезпечення стабільності та безпеки такої системи.

Крім факторів локального впровадження методик е-оцінювання, електронне середовище пропонує низку переваг перед традиційними паперовими формами оцінювання, зокрема у частині повторного використання та обміну тестовими матеріалами й широкими аналітичними можливостями щодо збору та обробки тестових результатів.

Банки питань – це спеціальні репозиторії, де питання зберігаються в електронній формі разом із відповідними метаданими, такими як параметри ефективності та статис-

тика відповідей. Це дозволяє робити пошук по репозиторію за будь-якими заданими критеріями, як-то навчальна дисципліна, освітній рівень, рік навчання, спеціальність тощо, і результати повторного чи уточненого використання такого питання у новому е-оцінюванні автоматично долучаються до масиву даних репозиторію, покращуючи роботу останнього. Для ефективного обміну матеріалами е-оцінювань між різними системами тестові матеріали мають бути написані у сумісному форматі; одним із найчастіше вживаних міжсистемних форматів є QTI (Question and Test Interoperability), який використовує стандартний XML-формат для спільного кодування та запису тестових питань.

Багато ВНС підтримують функціонал е-оцінювання, зазвичай у формі опитувань, хоча існують й окремі мультимедійні застосунки, які дозволяють працювати із тестами та тестовими питаннями.

Нові медіа уможливлюють нові способи концептуалізації та розвитку оцінювання для медичної освіти. Наприклад, співпрацююча поведінка студентів може бути вивчена шляхом аналізу їхнього внеску у спілкування на тематичних фахових форумах або чат-каналах; симуляції та моделі використовуються для оцінки вмінь; а віртуальні ігрові світи, на кшталт Second Life, чи віртуальні пацієнти можуть відкрити чимало ефективних способів оцінки фахових навичок студента.

Потрібно із великою уважністю підходити до вибору відповідних інструментів та методів е-оцінювання. При правильному розумінні та використанні інструментарію й методології, е-оцінювання (як формуюче, так і підсумкове) може значно покращити та розширити можливості традиційного оцінювання.

Ініціатива впровадження портфоліо у вищу освіту, зокрема у підготовку студентів медичних спеціальностей, відображає зростання персоналізованих та холістичних підходів у освіті, коли портфоліо постає як збірник інформації, ресурсів та/або інших свідчень індивідуальної академічної активності студента. Персональний навчальний профіль (ПНП) є більш

формалізованим різновидом портфоліо, зазвичай на основі певного набору фахових компетенцій.

Багато портфоліо зараз організовані в онлайн-форматі як спосіб забезпечення легкого доступу до контенту та послуг як для студентів, так і для викладачів, і для інтеграції портфоліо з рештою елементів навчального процесу. Е-портфоліо можуть включати такі інструменти, як журнали подій, аналізатори критично важливої активності, письмові звіти, проміжні тести, форми складання професійного резюме, встановлення та відслідковування особистих навчальних цілей (наприклад, закінчити навчальний рік лише з відмінними оцінками) тощо. Е-портфоліо здатні як зосереджуватися на зберіганні та відображенні контенту (зокрема як доказу академічної активності студента), так і відслідковувати індивідуальний навчальний розвиток.

Портфоліо та е-портфоліо у медичній освіті мають тенденцію до центрованості більше на інституціях, аніж на студентах, зокрема у тій області, де вони використовуються для оцінювання ключових результатів навчання, таких як готовність до реальної медичної практики. Така модель зазвичай передбачає більшу роль і вищі рівні доступу для педагогічного та технічного персоналу, вищі рівні інституційної власності, більшу формалізованість та більший рівень супутнього моніторингу і звітності у порівнянні з іншими дисциплінами. Принципи портфоліо-підходу продовжуються у ПМО для відслідковування та засвідчення того, що практикуючі фахівці слідкують за досягненнями сучасної медичної науки. Цей післядипломний підхід впливає і на раніші стадії підготовки студентів медичних спеціальностей, спонукаючи включати портфоліо до навчального середовища студентів.

Хоча портфоліо фахівців у галузі охорони громадського здоров'я вимагають доволі високого рівня моніторингу та звітності порівняно з більш традиційними навчальними областями, вміщена там інформація все ж залишається особистою. Безпека та контроль доступу є надзвичайно важливими, тому варто приділяти велику увагу розмежуванню прав доступу і розумінню всіма учасниками навчального процесу

(зокрема студентами) принципів та правил такого розмежування, приватності, конфіденційності та безпеки особистих даних.

Оскільки поняття е-портфоліо може охоплювати багато різноманітних практик та систем, можуть виникати ускладнення щодо взаємозамінності та сумісності між різними системами е-портфоліо. Хоча й існують формалізовані стандарти сумісності для систем портфоліо, вони все ще залишаються обмеженими та недопрацьованими. Треба зауважити, що блоги все частіше використовуються як ефективний засіб е-портфоліо, оскільки сучасні блог-платформи забезпечують регулярну публікацію щоденникових записів з можливістю долучення файлів чи інших соціальних доказів, включаючи коментарі та відгуки від інших користувачів (зокрема викладачів чи інших студентів).

Е-портфоліо поєднують збірну потужність традиційного портфоліо з гнучкістю та досяжністю онлайн-середовища, створюючи таким чином потужний інструмент оцінювання, перевірки та відслідковування навчальних досягнень.

Просто кажучи, мобільне навчання (м-навчання) – це використання мобільних, портативних пристроїв в освітньому процесі, і як таке, м-навчання є чимось значно більшим, аніж просто ще одним способом доступу до спеціалізованого навчального онлайн-контенту через ВНС. Ефективне використання м-навчання може покращити та розвинути нові підходи до навчання.

Перевагами м-навчання у підготовці студентів медичних спеціальностей є такі:

1) Мобільність, портативність і мала вага терміналу: доктори чи студенти можуть вводити дані пацієнтів, передавати інформацію та доступатися до онлайн-матеріалів без фізичної прив'язки до певного місця (наприклад, комп'ютерного класу університету), і мобільний пристрій (смартфон, планшет тощо) можна легко помістити у кишеню чи на підставку, звільнивши обидві руки.

2) Ціна: мобільні пристрої зазвичай помітно дешевші, аніж стаціонарні комп'ютери або ноутбуки. Однак, як і біль-

шість обчислювальної техніки, вони доволі швидко піддаються «моральному старінню», тому кожні три-чотири роки мобільний пристрій все ж доведеться оновлювати.

3) Координація: студенти медичних спеціальностей високомобільні, проводять чимало своєї навчальної підготовки за межами університетського містечка, узгоджуючи самостійну діяльність та навчання за розкладом (лекції, семінари, практичні заняття). У традиційному навчальному процесі з використанням в основному паперових носіїв доволі проблематично вчасно повідомити студентів про зміни у розкладі чи навчальному плані; м-навчання відпочатково включає систему сповіщень через SMS чи чат-канали у системах миттєвих повідомлень (месенджери). Таким чином можна вибрати потрібну групу студентів для розсилання необхідної навчальної інформації і доставити повідомлення буквально за кілька секунд. Такі системи сповіщення широко використовуються у медичній та немедичній підготовці як у розвинутих країнах «першого світу», так і у бідних країнах, які розвиваються.

4) Хоча майже всі мобільні телефони можуть приймати SMS-повідомлення, наступним кроком в управлінні навчальною групою є використання портативних комп'ютерів (смартфонів). Більш подібні до комп'ютерів, аніж до традиціних телефонів, смартфони мають багато інструментів управління часом та продуктивністю, як-то календар, записки-нагадування, списки адрес та телефонів тощо, покращуючи навчальну готовність як студентів, так і викладачів.

5) Мультимедіа: смартфони (як і інші портативні пристрої, наприклад, планшети) зазвичай можуть відтворювати аудіо- та відеофайли, що робить їх прекрасним знаряддям для аудіо- чи відеоподкастів або навіть для записування аудіо- чи відеотрансляцій лекцій/практичних занять.

6) Бази даних: смартфон фактично є кишеньковим міні-комп'ютером, тому може виконувати багато завдань, які традиційно покладаються на стаціонарний комп'ютер. Як у медичній освіті, так і у практиці, смартфони та інші портативні пристрої використовуються для різних типів діяльності, як-то доступ до електронних текстів, пошук інформації

щодо дозування ліків, догляд за пацієнтом, симптоматика хвороб тощо.

З іншого боку, використання портативних пристроїв у навчанні студентів-медиків має й певні недоліки:

1) Малі пристрої мають малі екрани: це обмеження особливо помітне при використанні графічних застосунків, перегляді великих обсягів даних чи коли пристроєм користується одночасно більше однієї людини.

2) Хоча виробники смартфонів закладають достатню міцність продуктів, портативність цих пристроїв сама собою виступає значним ризиком пошкодження, втрати або крадіжки. Безпека та конфіденційність отриманих даних також є питаннями значної важливості, тому обов'язково потрібно використовувати складні паролі та шифрування даних.

3) Wi-Fi, мобільні мережі та інші форми зв'язку роблять легшим обмін даними; важливим навчальним моментом є донесення до студентів важливості принципів конфіденційності та інших аспектів професійної медичної діяльності й відповідальності. Наприклад, знімки тіла (частин тіла, окремих органів чи біоматеріалів) пацієнтів не можуть бути отримані, передані чи поширені інакше як у суворо контрольованих умовах.

4) Хоча є доволі багато застосунків для практикуючих медиків, існує не так багато програмових продуктів власне для студентів, і тому мобільні пристрої можуть не приносити великої користі, принаймні поки студент не досягне певного рівня фахової підготовки.

5) Використання мобільних пристроїв перериває інші форми діяльності. Хоча таке переривання є природною частиною освітнього процесу, при роботі у реальних польових умовах студентам треба зважати на основи етичного використання мобільних/стільникових пристроїв.

РОЗДІЛ 5.
ІНФОРМАЦІЙНО-ПСИХОЛОГІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ АДАПТИВНОГО НАВЧАННЯ В МЕДИЧНІЙ ОСВІТІ

5.1. Рекомендації з впровадження інформаційних аспектів адаптивного навчання

Фахівці з медичної освіти у процесі навчання сучасних медиків стикаються із викликами, докорінно відмінними від тих, що стояли перед вчителями попередніх поколінь. За кілька останніх десятиліть зміни у сфері охорони здоров'я та розвиток медицини призвели до збільшення вимог щодо кількості навчального матеріалу, залишаючи таким чином менше часу на викладання. Зміни місць надання медичної допомоги, від відділень інтенсивної терапії до установ підтримки людей із хронічними розладами, вимагають відповідного пристосування в освітній сфері. Знайти час для вивчення таких «нових» галузей, як геноміка, паліативна допомога, геріатрія чи допоміжна медицина, може бути важкою задачею, особливо, коли навчальні плани медичного закладу й так вже перевантажені «традиційними» предметами. Звичне викладання, центроване на постаті викладача, поступається місцем студентоцентричній моделі, яка передає студентам контроль над їхнім навчанням.

Е-навчання охоплює використання інтернет-технологій для покращення знань та вмінь студентів. Е-навчання може бути використане викладачами-медиками для поліпшення ефективності освітніх інтервенцій у світлі соціальних, наукових та педагогічних викликів останніх десятиліть.

Е-навчання також називають веб-навчанням, онлайн-навчанням, розподіленим навчанням, комп'ютерно-опосередкованим навчанням чи інтернет-навчанням. Історично існують дві основні форми е-навчання: дистанційне навчання та комп'ютерно-опосередковане навчання. Дистанційне навчання використовує інформаційні технології для поширення матеріалів серед студентів, які фізично знаходяться на значних відстанях від осередку навчання. Комп'ютерно опосередковане навчання використовує комп'ютери для демонстрації навчальних мультимедійних програм. Ці дві модальності поєднуються у понятті е-навчання в мірі того, як Інтернет стає інтегруючою технологією.

Мультимедійне навчання – це поняття, яке тісно пов'язане із е-навчанням та виникає ще до масового поширення інтернет-технологій. Мультимедіа-навчання використовує два чи більше середовища, такі як текст, графіка, анімація, аудіо чи відео, для створення матеріалу (контенту), доступного студентам на комп'ютері. Змішане навчання являє собою такий підхід, який поєднує технології е-навчання із традиційним викладацькоцентрованим навчанням – наприклад, лекція чи презентація доповнюється онлайн-матеріалами.

Викладачі, управлінці та студенти погоджуються, що мультимедійне е-навчання покращує як навчання, так і викладання, оптимізуючи відповідно успішність засвоєння навчальних матеріалів студентами чи ефективність їхнього донесення викладачами. Донесення навчального матеріалу часто називають головною перевагою е-навчання; це включає зокрема збільшену доступність інформації, легкість в оновленні контенту, персоналізовані навчальні інструкції, легкість поширення навчальних матеріалів, стандартизацію контенту. Доступність означає можливість користувачів знаходити потрібний їм матеріал у потрібний час. Покращений доступ до навчальних матеріалів є ключовим моментом е-навчання, оскільки навчання часто виступає тут як незапланований, спонтанний досвід студента. Оновлення електронного контенту легше, ніж оновлення друкованих матеріалів: технології е-навчання дозволяють викладачам модифікувати

навчальні матеріали швидко та просто. Студенти отримують важелі контролю над навальним матеріалом, послідовністю навчання, темпом навчального процесу, обсягом часу, що в комплексі дозволяє пристосувати навчальний досвід до індивідуально поставлених задач. Інтернет-технології уможливлюють масове поширення цифрового контенту багатьом користувачам незалежно від місця та часу.

Додатковою сильною стороною е-навчання є те, що воно стандартизує зміст та донесення навчальних матеріалів у межах академічних дисциплін, на противагу, наприклад, традиційній лекції, прочитаній різним групам одного навчального курсу. Автоматизоване відстежування та облік студентської діяльності зменшує адміністративне навантаження на персонал навчального закладу. Більше того, система е-навчання може бути налагодженою так, аби включати оцінювання проміжних та підсумкових результатів навчального процесу.

Переваги щодо покращення навчання є менш широко впізнаваним, але потенційно більш революційним аспектом е-навчання у порівнянні з донесенням контенту. Технології е-навчання пропонують викладачам нову парадигму, засновану на теорії дорослого навчання, яка стверджує, що дорослі навчаються через співвіднесення нового з попереднім досвідом, через прив'язку навчання до конкретних потреб та через практично орієнтоване навчання, спрямоване на більш ефективний та результативний навчальний процес. Покращення навчання уможливлює більшу інтерактивність студентів та підвищує студентську ефективність, мотивацію, когнітивні здібності та гнучкість мислення. Навчання є глибоко особистим досвідом: ми навчаємося, бо ми хочемо навчатися. Через залучення студентів до більш активної участі, добре налаштований процес е-навчання може мотивувати їх до кращого засвоєння навчального матеріалу. Інтерактивне навчання зсуває фокус із пасивної, викладацькоцентрованої моделі до активної та студентоцентрованої. Інтерактивність допомагає підтримувати студентську зацікавленість та надає засоби індивідуальної практики й відновлення сил. Е-навчання ефективніше, бо порівняно з традиційним навчанням

студенти швидше здобувають необхідні знання, вміння та установки; така ефективність спричиняє до покращеної мотивації та наполегливості. Е-студенти показали кращий рівень запам'ятовування та засвоєння навчального матеріалу і загалом кращі досягнення у знаннях, вміннях та установках.

Створення е-навчального матеріалу (контенту) включає в себе кілька складників: після створення матеріалу ним ще треба управляти, доставляти до споживачів та стандартизувати. Е-контент містить всі види навчального матеріалу, які можуть відрізнятися за складністю від окремих занять до великих навчальних модулів. Цифровий навчальний об'єкт можна визначити як групу цифрових матеріалів, структуровану у певний осмислений спосіб та прив'язану до визначеної навчальної задачі. Навчальні об'єкти являють собою окремі, самодостатні одиниці навчального матеріалу, які можуть збиратися та розбиратися навколо конкретних навчальних задач, що використовується викладачами для побудови більших освітніх одиниць, таких як уроки, модулі або цілі академічні дисципліни для виконання вимог навчального плану. Творці контенту використовують основи дизайну та педагогічні принципи для створення навчальних об'єктів і навчальних матеріалів.

Управління контентом охоплює всі адміністративні функції (наприклад, зберігання, індексування, каталогізація тощо), необхідні для забезпечення доступності е-контенту для користувачів. До прикладів можна віднести інтернет-портали, цифрові сховища (репозиторії), цифрові бібліотеки, системи управління навчанням, пошукові рушії та електронні портфоліо. Наприклад, система управління навчанням – це інтернет-орієнтоване програмне забезпечення, яке управляє доставкою навчального матеріалу по всьому навчальному закладу, включаючи розвинуті можливості моніторингу. Система управління навчанням також може виконувати низку функцій поза власне доставкою та відслідковуванням навчального матеріалу: вона може спрощувати та автоматизувати виконання управлінських і наглядових задач, відзначати студентські досягнення чи компетенції та працювати

як сховище необхідних навчальних інструкцій. Основними системами управління навчанням, широко відомими серед медиків, є WebCT та Blackboard, однак існує понад 200 подібних систем, від повністю платних до цілком безоплатних для кінцевого користувача.

Доставка контенту може бути синхронною чи асинхронною. Синхронна доставка відноситься до е-навчання у режимі реального часу, яке проводиться викладачем, причому студенти отримують інформацію одночасно та спілкуються безпосередньо з іншими студентами. Прикладами такого навчання є телеконференції (аудіо-, відео- чи комбіновані), чат-канали та сервіси миттєвого обміну повідомленнями (месенджери). У випадку асинхронної доставки передача та приймання інформації не відбуваються одночасно; студенти відповідають за темпи свого власного навчання. Викладачі та студенти спілкуються через е-пошту або форуми, але не у режимі реального часу. Для асинхронної доставки інформації використовують е-пошту, дошки онлайн-оголошень (форуми), новинні конференції та блоги (веб-журнали).

На додаток до створення, управління та доставки контенту, четвертий складник є необхідною частиною е-навчання. Все більше зростає розуміння необхідності стандартів у створенні нового е-навчального матеріалу. Подібні стандарти покращують взаємну сумісність та ефективність використання продуктів між багатьма комп'ютерними системами, допомагаючи поширенню е-навчальних матеріалів.

Впровадження технологій е-навчання вимагає значних інвестицій у викладачів, часу, фінансів та простору, які треба виділити для викладацького та адміністративного персоналу. Як і з іншими типами навчальних матеріалів, існують два головні підходи до оцінювання е-навчання: оцінювання процесу та результатів.

Оцінювання процесу вивчає сильні та слабкі сторони програми е-навчання і шляхи досягнення запланованих результатів; такий підхід нерідко дає змогу відтворення позитивних навчальних практик у інших програмах. Однією з форм оцінювання процесу є колегіальний відгук, який у тра-

диційних статтях до наукових журналів покликаний верифікувати якість поданого матеріалу.

Е-навчання вимагає врахування додаткових аспектів порівняно з традиційним навчальним процесом. Наприклад, чи достатньо зручно облаштована навігація по сукупності доступних онлайн-матеріалів? Чи структура сховища навчальних матеріалів сприяє процесу навчання? Чи використовуються ефективно мультимедійні компоненти? Чи є навчальний матеріал достатньо інтерактивним відповідно до рівня студента? Чи обов'язково мати спеціальні комп'ютерні навички, обладнання чи програмове забезпечення? Ці та інші питання окреслюють нові вимоги до колегіального відгуку як до одного із ключових інструментів оцінювання процесу е-навчання.

Оцінювання результатів змін студентських знань, умінь та установок дає змогу виміряти ефективність програми. Методика оцінювання, розроблена Кіркпатріком та ін. ще у 1950-х та пізніше адаптована до викладання медичних дисциплін, може бути використана для оцінки е-навчальних інтервенцій. Модель Кіркпатріка визначає чотири рівні оцінювання, заснованого на результатах: задоволення, навчання, зміни у поведінці студента та організаційні зміни на рівні навчального закладу. Задоволення визначається через реакції студента на матеріал: чи був він легким або важким для засвоєння, цікавим або нудним тощо. Але рівень задоволення сам собою не визначає рівень усього процесу навчання. Наприклад, відмінний навчальний матеріал, який студенти визначають як дуже важкий для опанування, може бути оцінено як низькоякісний; а навчальний модуль з великою кількістю розважального мультимедійного контенту може отримати найвищі оцінки безвідносно до якості матеріалу.

Відстеження знань, умінь та установок студентів через систему управління навчанням може значно спростити процес оцінювання результатів е-навчання. Підхід, який поєднує оцінювання вмінь та установок (використовуючи е-навчальні технології) із спостереженням та медіацією викладача-фасилітатора, уможливить більш поглиблене оціню-

вання навичок та поведінки студентів. З іншого боку, оцінювання безпосередніх результатів освітньої програми через вимірювання змін у поведінці студентів, інституційних змін та кращого догляду за пацієнтами часто виявляється складним і ресурсозатратним – як у плані фінансових ресурсів, так і в плані часу, простору та залученого персоналу.

Е-навчання вимагає таких компетенцій викладацького персоналу, які сягають далеко за межі традиційної навчальної діяльності. Більше того, за своєю природою е-навчання пропонує студентам та викладачам можливість широкомасштабного використання, доступу та поширення матеріалів, непорівняного з іншими типами викладання. Дані оцінювання з колегіальних відгуків разом із наглядом та відслідковуванням через систему управління е-навчанням здатні підтвердити його якість та ефективність. Яким чином викладачів відзначають та нагороджують за їхню посвяту цій справі? Такі види діяльності можна розглядати як підставу для відзначення того чи іншого е-викладача:

1) публікація матеріалів про е-навчання у національному рецензованому онлайн-журналі;

2) оцінювання е-навчальних матеріалів викладача іншими викладачами та студентами;

3) фахові публікації, які описують процес, вплив та науковий внесок е-навчання у медичну освіту;

4) успішне здобуття грантів у е-навчанні/е-викладанні;

5) участь у національних та міжнародних товариствах, які займаються розвитком, пристосуванням та використанням е-навчання у медичній освіті.

У відносно новій галузі е-навчання існують численні дослідницькі можливості. Викладацький та адміністративний персонал разом із громадськістю буде вимагати оцінки впливу е-навчання на якість та ефективність медичної освіти. Екстраполяція методів з інших областей клінічних та освітніх досліджень, включаючи порівняльні дослідження, не є достатньою, оскільки такі дослідження часто ігнорують складність е-навчального процесу. Потенційні області дослідження включають оцінювальні контексти для ефективного

використання е-навчання у медичній освіті, диференційоване використання е-навчання у доклінічній та клінічній підготовці медичних спеціалістів, адаптацію е-навчання до широкого спектру медичних спеціальностей та клінічних умов, напрацювання методів спрощення е-навчання з метою ширшого застосування та ефективнішого сприйняття, включення е-навчання як частини змішаної навчальної стратегії та принципове використання мультимедійних навчальних засобів у процесі викладання медичних дисциплін.

Інтеграція е-навчання до існуючого медичного навчального плану має бути результатом добре зваженої стратегії, яка починається з ретельної оцінки потреб, а закривається принциповим рішенням про використання е-навчання. Хоча деякі навчальні заклади пробували використовувати е-навчання як самостійне вирішення питання оновлення чи розширення навчальних планів, видається оптимальною стратегія поступового інтегрування, яка би враховувала вигоди та обтяження змішаного навчання перед початком масової перебудови навчальних планів.

Складність та масштабність медичних навчальних матеріалів, разом із нестачею кваліфікованих експертів та ресурсів у галузі е-навчання, підштовує до створення центрів підвищення якості е-навчання. Такі центри могли би пропонувати широкий спектр послуг, включаючи розробку та адміністрування систем управління е-навчанням, підготовку та перепідготовку викладацького та адміністративного персоналу, сприяння у розробці контенту, оптимізацію навчальних програм та методик, маркетинг та просування у соціальних мережах, загальний нагляд, підтримку та консультування.

Розвиток е-навчання та комунікативних технологій створюють основу для революційних змін в освіті, дозволяючи навчанню бути індивідуалізованим (адаптивне навчання), покращуючи взаємодію студентів один із одним (кооперативне навчання) та трансформуючи роль викладача від безумовного керівника навчальної групи до порадника-фасилітатора.

Адаптивне навчання використовує технології для оцінки студентських знань, умінь та установок на початку онлайн-під-

готовки, аби забезпечувати надходження навчального матеріалу на рівні, найбільш пристосованому до кожного студента. В е-навчальному онлайн-середовищі адаптивне навчання є можливим через ідентифікацію студента, персоналізацію контенту (навчального матеріалу) та індивідуалізацію відслідковування, моніторингу підтримки та оцінювання. Адаптивне навчання є виразно студентоцентричним, оскільки воно індивідуалізує навчальну траєкторію для кожного студента, аби той міг успішно досягнути визначених особистих цілей у навчанні.

Потенціал кооперативного навчання щодо зменшення соціальної ізоляції студентів може бути ефективно реалізований через е-навчальні технології. Переваги синхронної дистанційної освіти та кооперативні технології, такі як блоги, дошки оголошень (форуми), чати, е-пошта та клієнти обміну миттєвими повідомленнями (месенджери), роблять таке навчання більш доступним та легким. Якісні та кількісні дослідження кооперативного навчання у медицині показали вищі рівні задоволення студентів, покращення знань, самосвідомості, розуміння ключових понять, досягнення завдань навчального курсу та змін у практичній професійній діяльності.

Поступовий акцент на постійне навчання та компетентнісно-орієнтовану освіту у медичній галузі спонукав викладачів переоцінити та переглянути свої традиційні ролі. У цій мінливій парадигмі е-викладачі більше не виступають як єдине джерело навчального матеріалу, а стають фасилітаторами навчання та вчителями компетенцій. Е-навчання відкриває перед викладачами можливість розвитку та переходу до цієї нової ролі, забезпечуючи їх достатніми онлайн-ресурсами для фасилітації навчального процесу.

Е-навчання охоплює використання інтернет-технологій для організації різноманітних режимів навчання, які покращують знання та ефективність студентів. Існують підтвердження ефективності е-навчання при викладанні медичних дисциплін, особливо при поєднанні із традиційними викладацько-орієнтованими видами навчальної діяльності. Існують цифрові сховища (репозиторії) е-навчальних матеріалів

(деякі з них передбачають можливість колегіального відгуку), де викладачі чи розробники системи можуть подавати матеріали для подальшого поширення або знайомитися із матеріалами інших учасників для розробки власного контенту. Інтеграція е-навчання у додипломну, післядипломну та тривалу підготовку медичних фахівців сприятиме зміщенню акцентів щодо навчання дорослих у цій галузі.

5.2. Рекомендації щодо включення рефлексії та рефлексивних практик у процес адаптивного навчання лікарів

Слово «рефлексія» широко використовується у різноманітних контекстах та галузях, від фізики до психології, зберігаючи однак своє первісне значення латиною: «перегинатися» або «перевертатися». Рефлексія в освітньому контексті може розглядатися як процес, у якому думки є «перевернутими» так, що їх можна витлумачити та/або проаналізувати. Тригером цього смислотвірного процесу зазвичай є певна подія чи ситуація, а результатом – більш глибоке розуміння чи сприйняття певних контекстів чи явищ. Такі осягнення можуть бути використані надалі при роботі зі схожою подією чи ситуацією. Існують кілька визначень рефлексії, які містять у собі ці суттєві виміри.

Рефлексія є метакогнітивним процесом, який формує краще розуміння індивідом власної самості та ситуацій, які впливають на майбутні дії.

Рефлексія має низку передбачуваних та очікуваних наслідків. Самокероване та пожиттєве навчання базується на рефлексії як на одному із ключових аспектів; також рефлексія необхідна для розвитку терапевтичних стосунків та професійної майстерності.

Існує широкий спектр педагогічних підходів у дипломній, післядипломній та пожиттєвій медичній освіті, які можуть бути застосовані для допомоги з рефлексією.

Керована та спрямовувана рефлексія і зворотний зв'язок є принципово важливими для ефективної рефлексії.

Хоча немає абсолютних доказів того, що рефлексія безпосередньо покращує догляд за пацієнтами, ця гіпотеза видається достатньо логічною та правдоподібною.

Дьюї вважав, що рефлексія – це активний, послідовний та делікатний розгляд будь-якого наявного переконання чи очікуваної форми знання у світлі основоположних принципів, на яких воно засноване, та подальших висновків, до яких прямує таке знання.

Буд стверджував, що рефлексія – це узагальнене поняття для таких розумових та афективних діяльностей, у перебігу яких індивід включається у дослідження власного досвіду так, що це призводить до нового, глибшого розуміння та поцінування.

Згідно з Муном, рефлексія – це форма розумової діяльності з певною метою та/або очікуваним результатом над певними відносно складними або неструктурованими ідеями чи проблемами, для яких немає очевидного вирішення.

Процес рефлексії може бути описаний у вигляді простої тристадійної моделі, котра включає три компоненти: планування, виконання та перегляд. Поняття рефлексії широко вживається у медичній літературі, однак на позначення одного процесу часто застосовують різні терміни. Рефлексія є ключовим складником рефлексивного навчання та рефлексивної практики. Рефлексивне навчання має на меті покращення процесу навчання, і коли це відбувається у контексті роботи з невизначеними проблемами професійної діяльності, це часто називають рефлексивною практикою.

Ми пропонуємо таке розширене робоче визначення рефлексії, яке включає цілий спектр можливих застосувань, спектрів, підходів та очікуваних результатів:

Рефлексія – це метакогнітивний процес, який має місце перед, під час та після життєвих ситуацій індивіда та розвиває глибше розуміння як власного «Я» людини, так і конкретної ситуації, відтак це впливає на майбутні входження у ситуацію.

Це визначення має кілька важливих аспектів:

1) Метакогнітивний процес передбачає, що метапізнання, або *мислення про мислення*, є суттєвим для ефективної рефлексії. Метапізнання є самокерованим процесом, який підбирає, відслідковує та оцінює пізнавальні процеси. Таке окреслення є важливим, оскільки позиціонує рефлексію як контрольований процес, який також може бути додатково оптимізований через застосування різноманітних стратегій навчання та підготовки.

2) Рефлексія може відбуватися на будь-якій стадії певної ситуації: до, під час та після. Часто рефлексія чиниться лише після події чи ситуації, однак рефлексія перед дією має перевагу підходу до цієї дії з наперед виокремленою навчальною метою, таким чином розкриваючи потенціал особистісного зростання індивіда.

3) Розуміння як самості індивіда (його «Я»), так і ситуаційного контексту має ширший вплив на пожиттєве навчання, аніж просто визначення та опис новонабутих знань та вмінь, наприклад, як виконувати певну клінічну процедуру. Суттєвим компонентом професійної медичної практики є терапевтична самість, яка підтримує основоположні особисті цінності та переконання, представлені назовні інтрапсихічного як фахові установки, такі як емпатія та турбота про інших. Розуміння самості також необхідне для розвитку важливого компоненту самоефективності, потрібного для становлення процесу самокерованого пожиттєвого навчання.

4) Висвітлення та перспективне формування майбутніх дій/ситуацій передбачає, що рефлексія є процесом з визначеною метою. Надання значень чи смислів певній ситуації не покращуватимуть реальний стан речей, аж поки не буде змінено майбутні реакції-відповіді на подібні ситуації.

Поняття рефлексії міцно закріпилося у розмаїтті описів бажаних та очікуваних результатів дипломної, післядипломної та пожиттєво тривалої медичної освіти. Більшість визначень того, що значить бути професіоналом, включають поміж іншим рефлексію чи пожиттєве навчання.

Використання рефлексії у медичній освіті розвивалося кількома різними шляхами, під впливом різних педагогічних інтенцій та очікуваних результатів. Багато в чому ці шляхи перетиналися, однак можна виокремити три основні підходи до поняття рефлексії.

1) *Рефлексія для навчання.* Досвідне навчання є процесом, в перебігу якого навчання базується на отриманні досвіду. Однак сам собою досвід не є достатнім для того, аби мало місце навчання; досвід потрібно інтерпретувати та вбудувати в існуючі когнітивні структури як нове або доповнене знання, і рефлексія є засадничо важливою для такого активного навчального процесу. Поняття «досвідності», «досвідного» (навчання) можна краще зрозуміти, якщо поглянути на те, як людина навчається в оточенні широкого розмаїття подій, процесів та ситуацій, як кожен індивід здобуває певний досвід у повсякденному особистому та професійному житті. Наприклад, можна просто спостерігати побічні ефекти певного препарату серед пацієнтів, які його приймають, а можна самостійно натренувати певне клінічне вміння розпізнавати ці побічні ефекти.

Популярна циклічна схема Колба, яка описує цикл досвідного навчання, включає чотири стадії. На першій студент отримує певний досвід, потім настає друга стадія рефлексії, яка перетікає у третю стадію абстрактної концептуалізації, коли студент намагається зрозуміти власні дії або реакції на отриманий досвід. Часто наголошується на потребі визначення навчальних потреб, таких як нова інформація, яку потрібно отримати, чи нові навики, які треба здобути перед тим, як зіштовхнутися із подібною ситуацією у майбутньому. Застосування нових знань та вмінь настає на четвертій стадії. Все описане є циклічним процесом і може бути повторене неодноразово, зі збільшенням та поглибленням навчальної ефективності після кожного циклу. Схема досвідного навчання Колба може бути застосована у широкому спектрі навчальних ситуацій під час дипломного, післядипломного та пожиттєвого медичного навчання.

2) *Рефлексія для розвитку терапевтичних стосунків.* Для того, аби стати хорошим лікарем, необхідні відповідні фахові знання та навики, однак також існує потреба у вмінні встановлювати та підтримувати терапевтичні стосунки з пацієнтами та їхніми рідними і близькими. Це поняття передбачає, що стосунки «лікар-пацієнт» чинитимуть сприятливий ефект на психологічний добробут пацієнта. Важливість терапевтичних стосунків вже давно визнавалася та розглядалася у психотерапії, однак лише порівняно нещодавно збільшений інтерес до пацієнтоцентричного догляду допоміг виявити, що покращені результати стосунків «лікар-пацієнт», включаючи рівень задоволення пацієнтів, позитивно впливають на перебіг хронічних захворювань.

Суттєвим аспектом терапевтичних стосунків є визнання та розуміння систем особистих переконань і цінностей з боку усіх залучених учасників, як з боку пацієнта, так і медичного персоналу. Між цими системами уявлень, цінностей та установок можуть бути і, напевно, виникають розбіжності, що додатково створює сильне емоційне навантаження на медиків, яке своєю чергою неминуче впливає на прийняття рішень та майбутні дії у межах клінічного середовища. Швидкий та ефективний огляд пацієнта лікарем є автоматизованим та багато в чому підсвідомим процесом, у якому емоції поступаються логічному та впорядкованому відбору й обробці інформації. Наприклад, почуття гніву на пацієнта викличе назовні таку реакцію, яка вочевидь відрізнятиметься від спокійного стану, коли лікар може і повинен виявляти емпатію.

Вибудування терапевтичних стосунків є засадничим складником фахової медичної практики та ключовою ознакою становлення справжнього професіонала-медика. Керована рефлексія разом із супервізором чи ментором дуже корисна у рамках такого підходу до рефлексії, оскільки ефективно допомагає визначити та правильно модифікувати глибинні переконання й установки індивіда.

Рефлексія для цілей розвитку терапевтичних стосунків є особливо важливою для післядипломної та пожиттєво трива-

лої медичної освіти, однак цілком придатна і для додипломної підготовки, особливо в умовах практичної роботи у клінічному середовищі.

3) *Рефлексія для розвитку професійної діяльності.* Медичні працівники часто змушені реагувати на широкий спектр складних та неоднозначних ситуацій. Така заплутаність професійної діяльності лежить в основі фахової майстерності медика. Фахівці експертного рівня демонструють швидке прийняття рішень, відповідно до складних обставин ситуації, і це пояснюється тим, що шляхом процесу рефлексії над дією вони здатні прискорено вибудувати всеохопний набір ментальних моделей і сценаріїв, придатних до швидкого розв'язку ситуації через рефлексію у дії.

Розвиток професійної майстерності вимагає більшого, аніж просто накопичення знань та вмінь. Експертний рівень майстерності передбачає комплексне поєднання знань та вмінь, відповідних до кожної окремої, неповторної ситуації, з якою стикається медичний працівник. Регулярне загартовування складнощами професійного життя є необхідним та важливим для становлення медика-експерта, і керована рефлексія тут здатна максимізувати позитивний навчальний ефект.

Хоча ці підходи мають різні очікувані результати, один принциповий аспект є спільним для усіх трьох: довільний процес, використовуваний для розвитку розуміння, або для надання смислів та значень певній ситуації для цілей передбачення, планування та підготовки майбутніх реакцій і дій – це і є сутністю рефлексії.

Самокероване навчання і рефлексія. Суттєвим атрибутом кожного професіонала у медичній сфері є те, що фахівці такого рівня стають експертами у власному пожиттєвому навчанні. Самокеровані учні/студенти використовують метакогнітивні процеси для вибору, нагляду та оцінки власного підходу до певної задачі, ситуації або проблеми. Дослідження самокерованих учнів у академічному контексті показує у них поглиблений підхід до навчання та кращу навчальну успішність. Подібний самокерований підхід також було відзначено

у багатьох контекстах, пов'язаних із психологічним благополуччям та особистою ефективністю.

Рефлексія може розглядатися як самокерована навчальна діяльність.

Процес розвитку та розуміння. Кожна людина намагається зрозуміти свій досвід та надати йому сенсу, що досягається через створення індивідом ментальних моделей певного явища, процесу чи ситуації та/або особистих пояснюючих гіпотез. Такі моделі або гіпотези активно виникають та формуються під впливом попереднього досвіду переживання подібних ситуацій. Наприклад, людина переконана, що певний навик чи інформація допоможе їй подолати проблему. Коли реальна ситуація зрештою трапляється, такі переконання та припущення можуть опинитися під загрозою. Наслідком цього процесу є те, що переконання та припущення потребують виправлення у результаті пережитого досвіду. Часом це буває доволі драматичним і у подальшій перспективі призводить до значущих особистісних змін; у цьому разі можна говорити про перетворююче (трансформативне) навчання. Найбільш потужне навчання, або тектонічний перспективний зсув, відбувається тоді, коли актуалізуються виклики проти найбільш засадничих, основних переконань індивіда, зокрема тих, які стосуються принципових поглядів щодо себе або навколишнього світу. Такий потужний зсув зазвичай супроводжується сильними почуттями та емоційними реакціями, як-то сумом, соромом чи гнівом.

Важливим кроком, що передує процесу розвитку розуміння, є «зауваження». Мезіров описує шокуючу дилему, коли індивід починає усвідомлювати розрив між своїми нинішніми діями (заснованими на існуючих ментальних моделях та особистих гіпотезах) та діями, необхідними для ефективного подолання ситуації, з якою він зіткнувся. Це може бути зразу ж очевидним для цього індивіда, однак може вимагати використання підказок, на кшалт зворотного зв'язку від інших або критичного відгуку про ситуацію. Зауваження може статися на будь-якому етапі рефлексії, тобто перед, під час чи після ситуації. Важливість розуміння того, що рефлексія є ме-

такогнітивним процесом, полягає у тому, що індивід повинен усвідомлювати потребу рефлексії, що відтак вимагає здатності зауважити шокуючу дилему або підказку, яка заохочує до рефлексії. Часто це виявляється доволі емоційним для індивіда, разом із почуттями дискомфорту чи знецінення, пов'язаними із ситуацією. Така ситуаційна пильність може бути натренована як власними зусиллями людини, так і з використанням зовнішньої допомоги, зокрема фахової.

Іншим важливим кроком є застосування нового розуміння у майбутніх ситуаціях. Рефлексія є циклічним процесом і її результат залежить від повторюваних циклів дії, рефлексії та дії. Під час кожної дії, особливо якщо дії подібні між собою, відкриваються можливості для збільшення глибини розуміння.

Глибина розуміння також може бути збільшена через прийняття критичної рефлективної позиції та застосування «подвійної петлі» й «потрійної петлі» навчання. Аргіс та Шон вперше представили поняття «одинарної петлі навчання» та «подвійної петлі навчання». Перша петля навчання має місце тоді, коли неочікувано трапляється досягнення результату й індивід підбирає іншу стратегію, аби просуватися далі. Подвійна петля навчання – це підхід, у межах якого індивід прагне насамперед з'ясувати причини, чому результат неочікувано з'явився саме тут і тепер. Наприклад, медик може вагатися щодо вибору найбільш ефективного медикаменту для певного типового захворювання чи хворобливого стану. Одинарна петля навчання передбачатиме визначення поточної навчальної потреби, і очевидною відповіддю тут буде пошук інформації про ефективне лікування, як-то скористатися медичним довідником чи запитати у колеги. Конкретна навчальна потреба таким чином закривається, однак підхід «подвійної петлі» спонукатиме до пошуку основоположної причини того, чому медик непевний щодо цього конкретного медикаменту та/або хворобливого стану; наприклад, через надмірну схильність до опортуністичного навчання замість систематичного визначення власних навчальних потреб та/або актуальних потреб пацієнта. Наслідки такого підходу

до навчання, особливо у довгостроковій перспективі, сягають далеко поза межі першопочаткової ситуації та виниклої навчальної потреби. Концепція «потрійної петлі навчання» критично переосмислює аспекти такого становища, розглядаючи систему відносин влади та контролю, які впливають на дії індивіда. Основним питанням, на яке потрібно дати відповідь, є «Чому ми повинні чинити саме у такий спосіб?». Існує ймовірність конфлікту через те, що треба вважати правильними способами, техніками та патернами діяння у тій чи іншій ситуації, однак лише шляхом усебічного обговорення основних цілей та намірів певних дій можна доповнити існуючі підходи та/або відкрити можливості для появи нових. Такий тип навчання є справді трансформативним (перетворюючим) і має потенціал змінити як окремого індивіда, так і ширші суспільні верстви.

Керована рефлексія. Потенціал рефлексії для індивіда може бути не повністю усвідомленим та розкритим без участі, допомоги та підтримки іншої особи. Ця інша особа може бути як членом однорангової групи колег (учнів, студентів, співробітників тощо), так і кимось із певною визначеною роллю, як-то супервізор, викладач-фасилітатор чи ментор. Роль цієї людини полягає у фасилітації рефлексії, і для ефективного проведення такої допомагаючої діяльності вона має володіти гармонійною комбінацією підтримки та постановки мотивуючих викликів для рефлектуючого індивіда.

Виклик є одним із основоположних факторів рефлексії, разом із наступною перспективною зміною індивіда, здатною впливати на майбутні дії. Найбільш значущий досвід здобувається через подолання найбільших викликів, і найбільші особистісні зміни зазвичай асоціюються з наявністю сильних емоцій. Можна виділити кілька наслідків досвіду такого типу. По-перше, індивід може свідомо, або ймовірніше несвідомо, блокувати власну увагу до важливого досвіду. По-друге, часто існує небажання та неготовність обговорювати цей досвід з іншими та розглядати можливі зміни. Фасилітатор може забезпечити необхідне комфортне середовище, аби індивід міг, вже чітко та вповні усвідомлено, зауважи-

ти власний досвід та надати йому певного особистого сенсу; запорукою такої підтримки є наявність у фасилітатора підставових навиків психологічного консультування та менторства, зокрема фасилітатор утримується від засудження та приймає відмінності між різними людьми. Уважне ставлення не лише до психіки індивіда, а й до фізичного оточення, також є важливим: треба впевнитися, що розмова з фасилітатором проходитиме конфіденційно та буде захищеною від стороннього втручання.

Керована рефлексія зокрема є придатною та корисною для цілей покращення терапевтичних стосунків і професійної практичної діяльності при підготовці студентів широкого спектру медичних спеціальностей, а не лише психологів чи психотерапевтів (де супервізія та/або інтервізія вже довгий час визнаються та вживаються як цілком звичні засоби фасилітації).

Студенти зазвичай цінують допомогу супервізора чи ментора, покликану покращити їхню рефлексію. Широке впровадження керованої рефлексії як необхідного елемента навчальних планів здатне викликати надмірно сильне навантаження на викладачів, однак до дієвих альтернатив відносяться групова супервізія (один супервізор та група студентів) та інтервізія (коли студенти у групі взаємно та по черзі виступають у ролі фасилітатора один для одного). Групова інтервізія також має перевагу індивідуального розвитку таких умінь, які з високою ймовірністю знадобляться майбутнім фахівцям медичних професій у реальних умовах клінічного середовища.

Етичні аспекти рефлексії. Надання певного сенсу особистому досвіду нерідко пов'язане із сильними емоціями. Може здаватися очевидним, що індивід рефлексує щодо власної причетності до сильної негативної події, такої як смерть когось із пацієнтів, однак є місце також для емоцій, пов'язаних із простою потребою в інформації, як-от коли людина довгий час не може пригадати якийсь простий факт, дату чи назву. При цьому попередній релевантний досвід і пов'язані з ним переживання можуть згадуватися дуже чітко та вираз-

но – наприклад, як над цією людиною сміялися у студентські роки через подібну забудькуватість. Важливо створити безпечне середовище, де може відбуватися особиста рефлексія; груповий формат рефлексії з участю фасилітатора є безспірно потрібним, однак необхідно забезпечити та спонукати насамперед індивідуальну рефлексію у безпечних умовах.

Часто вважається, що збільшене самопізнання через рефлексію буде корисне для індивіда, однак існує імовірність того, що деякі індивіди застрягнуть у внутрішньому самокопанні, не маючи змоги відволіктися від безперервних міркувань про самих себе. Така нав'язлива увага до самого себе є деструктивною, оскільки людина постійно піддає сумніву власні мотиви тих чи інших вчинків.

Важливі етичні застереження щодо конфіденційності включають зокрема те, хто має доступ до рефлексії та з якими цілями. Багато освітніх програм та курсів професійної перепідготовки наполягають, аби учасники вели індивідуальні щоденники рефлексії, записи у яких часто використовуються з метою спостереження та оцінювання. Така ситуація може бути дискомфортною для індивіда, оскільки оцінювання зазвичай вимагає підтверджень глибокої рефлексії, однак саме цей тип значущого досвіду здатний виявляти вразливості конкретної людини, тому вимагає особливо обережного підходу та підвищеної етичної уважності з боку фасилітатора чи ментора.

На питання етичного характеру здебільшого немає легких і простих відповідей. З великою імовірністю деякі індивіди у навчальному середовищі (включно з клінічним середовищем як частиною навчального для цілей підготовки студентів медичних спеціальностей) потребуватимуть емоційної та психологічної підтримки, надання якої має бути заздалегідь підготовано, організовано та відлагоджено на рівні навчального закладу.

Освітній вплив рефлексії на медичну освіту. Дослідження показують, що до останнього часу не було переконливих свідчень того, що рефлексія покращує компетенцію через зміни у клінічній практиці чи догляді за пацієнтами. До-

слідники однак відзначають, що потенційна вигода рефлексії існує: були виявлені підтвердження того, що рефлексія пов'язана з глибшим підходом до навчання, що дало змогу сучасним навчальним планам бути більш інтегрованими в існуючий наразі масив медичних знань та навиків. Важливим результатом дослідження є те, що діагностичне дослідження пацієнта та/або складні чи незвичні випадки захворювань можуть бути покращені за допомогою рефлексії.

Було визначено багато різноманітних методів для сприяння рефлексії, зокрема Бернштейн та Краєр-Едвардс порівнювали різні підходи. Метою їхнього дослідження було визначити, чи написання критичного огляду певного випадку, або ж проведення особистого інтерв'ю, чи поєднання цих двох методів підвищують якоюсь мірою ефективність рефлексії. Вчені дійшли висновку, що інтерв'ю з ментором чи супервізером виявилося найбільш дієвим для цілей рефлексії щодо професії, фахових навиків та освітньої траєкторії індивіда. Рефлексія у студентів медичних навчальних закладів підвищила самовиміряні показники самосвідомості, навиків професійного мислення та вмінь, необхідних для вивчення тіла пацієнта. Описано позитивні результати, а саме: покращення навиків рефлексії та діагностичного мислення, професійної ідентичності медика, проявів емпатії та результатів підсумкових іспитів з акушерської справи та гінекології. У зворотньому зв'язку студенти повідомляли, що рефлексія була корисною і натреновані навики рефлексії покращили як суб'єктивні (за даними щоденників та звітів самоспостережень), так і об'єктивні результати навчання та професійного розвитку майбутніх фахівців медичних спеціальностей.

Існує чимало різноманітних підходів до впровадження рефлексії у програми медичної освіти, вибір яких залежить від запланованих результатів, умов навчального середовища (зокрема створення безпечного простору для рефлексії студентів) та ширшого контексту навчальних планів для медичних спеціальностей.

Освітні стратегії для розвитку рефлексії. Модель самокерованого навчання окреслює корисний набір освітніх

стратегій для розвитку рефлексії. Зазначена модель також допомагає викладачам зрозуміти потенційні перепони та шляхи їх подолання.

А) Мотивація до рефлексії. Успішна рефлексія потребує від індивіда визнання важливості рефлексії для особистісного зростання та професійного розвитку. Мотивація залежить від постановки чітких цілей, внутрішніх та зовнішніх факторів. Постановка цілей може бути складною, якщо бажаний результат рефлексії не задано чітко та явно. Часто студента намагаються навчати рефлексії, однак мало або взагалі ніяк не пояснюючи мету та смисл такого навчання. Корисно одразу надавати потрібну інформацію щодо природи, перебігу та результатів рефлексії включно з важливістю для професійної діяльності та фахового пожиттєвого навчання.

Головними внутрішніми факторами мотивації є особиста ефективність та сприйняття поставленої навчальної задачі як виконуваної. Ці фактори треба обов'язково враховувати, особливо при першому знайомстві студентів із рефлексією. Мотивація може бути підвищена через заохочення та поступове ускладнення завдань на рефлексію.

Зовнішнє навчальне середовище, у якому і має відбуватися рефлексія, теж є важливим мотиваційним фактором. Оцінювання є ключовим мотиватором навчання, від вступних екзаменів до навчального закладу після школи до сертифікації у процесі післядипломної освіти.

В) Метакогнітивні навики для рефлексії. Важливо, що індивід може розвивати свої метакогнітивні навики для відслідковування та оцінки ключових аспектів рефлексії: зауваження, обробка та змінена дія.

Зауваження. Суттєвим першим кроком для індивіда є зауваження того, що його існуючі ментальні моделі та особисті гіпотези у якийсь момент зазнали виклику через переживання певного досвіду чи ситуації; це може статися у будь-який момент, тобто до, під час та після ситуації. Без цієї початкової уважності та визнання рефлексія не може відбутися в принципі. Зауваження можна розвивати з використанням кількох методик:

І. Самоспостереження. Збільшена уважність може бути досягнута шляхом постійного самоспостереження думок та емоцій. Для більшості людей це виявляється нелегкою справою, однак може бути розвинуте завдяки практиці майндфулнес. Майдфулнес походить з глибини філософсько-релігійної традиції Сходу, у якій емоції, пам'ять та дії є взаємозалежними. У практиці майндфулнес індивід не лише практикує уважність до плину змін у думках та емоціях, а й тренується вирізняти сенс таких зауважених змін та використовувати такі вирізнення у власних подальших діях.

Практика майндфулнес вимагає сфокусованої та вільної від суджень уваги до емоцій та думок, які переживаються тут і зараз, у цей конкретний момент часу; це можна розвивати через регулярне самозаписування, зокрема ведення письмових, аудіо- чи відеощоденників. Невеликі паперові записники лишаються корисним знаряддям, однак поширення мобільних пристроїв дає можливість легко записувати коментарі, думки чи зауваження, зокрема перетворюючи записи у текст. Корисно по можливості робити записи під час події/ситуації (т. зв. техніка схоплення думок), однак часто це неможливо; у такому разі запис треба робити якомога швидше після ситуації. Негайний запис думок уможливлює глибшу рефлексію основоположних переконань індивіда, оскільки пізніше налаштування на внесення запису може бути менш точним та сфокусованим на моменті переживання «тут і зараз» ситуації. Наслідком пізнішого внесення запису часто буває когнітивна хиба хіндсайту, котра призводить до завищено позитивного погляду індивіда на себе. Трігером збільшеної уважності для студентів медичних спеціальностей може стати значне розмаїття подій, від прямого контакту з пацієнтами чи колегами до читання фахової літератури або перегляду фільмів; таким чином виявляється важливість гуманітарного знання у медичній освіті та опосередкованого переживання широкого розмаїття досвіду інших людей.

Техніка самоспостереження може здаватися дещо штучною та надуманою на початку, однак більшість індивідів швидко адаптуються до її умов, так що використання техні-

ки стає рутинною та підсвідомою справою, що є цілком типовим для технік когнітивного навчання.

II. Зворотний зв'язок від інших. Реакція на ситуацію може не бути ясною для самого індивіда, натомість більш видимою та зрозумілою для інших людей. Досить легко спостерегти поведінку, яка репрезентує переконання та установки людини, наприклад, саркастичні коментарі, однак елементи невербальної поведінки, як-то тон голосу чи вираз обличчя часто є більш сильною та легко помітною для інших ознакою відповідних думок чи переконань. Зворотний зв'язок можна отримати з багатьох джерел, включаючи колег та пацієнтів; іноді він надається на умовах анонімності, що унеможливлює уточнення критичних відгуків. Супервізор, викладач-фасилітатор чи ментор теж можуть бути джерелом цінного зворотного зв'язку для студента. Дослідження виявили, що індивіди оцінюють себе вище та у більш позитивному світлі порівняно з оцінками від інших людей. Ефективний та рефлективний студент чи практикант буде активно шукати та підбирати джерела зворотного зв'язку.

III. Критичний аналіз клінічних випадків та значущих подій. Більшість індивідів переживає почуття здивування, коли події неочікувано розвиваються не так, як було заздалегідь сплановано; такі моменти відкривають цінну можливість та нагоду для рефлексії, особливо у післядипломній та пожиттєво тривалій освіті. Фіксація таких моментів разом із аналізом переживань та роздумів може мати характер як особистих записів, на кшталт рефлективного щоденника чи блогу, або ж бути частиною більшого робочого середовища у межах медичного/навчального закладу; подібний підхід широко використовується і у дипломній освіті.

Обробка. Головною цінністю рефлексії є розвиток глибшого розуміння про власне «Я» та ситуацію; лише через цей смислотворчий процес можна відкоригувати майбутні дії індивіда. Існує кілька технік, застосування яких залежить від намірів та очікувань від рефлексії.

I. Рефлексія для навчання. Основним процесом у межах такої рефлексії є визначення навчальних потреб, зокрема

щодо інформації, якою потрібно оволодіти, чи нових навиків, які потрібно розвинути. Студент ставить перед собою набір нескладних питань, таких як:

- *Чи щось у цій ситуації мене дивує?*
- *Чи маю я інформацію або навики, аби впоратися з цією ситуацією?*
- *Чи потребую я більше інформації або нових навиків, аби впоратися з цією ситуацією зараз чи у майбутньому?*

Такий підхід є типовим для більшості стратегій/планів особистісного та професійного розвитку. Є ймовірність того, що підхід із часом може стати поверховим та не охоплювати ключових проблем, наприклад, лікар не слідкує за останніми трендами у використанні антибіотиків. Використання цього підходу, пов'язаного з переконаннями та установками, вимагає подвійної петлі навчання з наступним переліком питань:

Чи залежить брак інформації або навику для подолання ситуації від наявності/відсутності достатньої інформації чи навиків для подолання такого браку? Це питання спонукає до визначення інформаційних потреб студента та навиків особистісного розвитку.

Якою є основоположна причина того, що визначена проблема не вирішена? Це питання спонукає до визначення переконань про себе та власне «Я», таких як самоефективність, і просуває рефлексію на вищий рівень.

II. Рефлексія для розвитку терапевтичних стосунків. Терапевтичні стосунки є засадничо важливими для медичного професіоналізму, поєднуючи комунікативні стосунки «лікар-пацієнт» з активною самопожертвою, яка виражається через співчуття та піклування. Ці стосунки є одним із центральних компонентів медичної практики і принципово визначаються переконаннями та цінностями індивіда; стосунки також залежать від вміння бачити і надавати цінність думкам, переживанням та почуттям іншої людини. Також терапевтичні стосунки тісно пов'язані з емоційним інтелектом, який своєю чергою співвідноситься із добробутом та задоволеністю індивіда.

Рефлексія з цією метою сфокусована на визначенні поточної системи думок, переконань та установок індивіда з наступною постановкою низки терапевтичних викликів. Часто індивід із пересторогою ставиться до очікуваних чи пережитих сильних почуттів, пов'язаних із певним минулим досвідом, що призводить до потреби відповісти на такі питання:

– Що я відчуваю та якими є мої емоції?
– Чому мої відчуття є саме такими?
– Чи є у моєму житті інші ситуації або зустрічі з іншими людьми, коли я почувався так само?
– Чи можу я пояснити причини такого самопочуття?
– Якими є наслідки цих емоцій для мене та для інших?

III. Рефлексія для розвитку професійної діяльності. Основним наміром у цьому підході до рефлексії є розвиток професійної вмілості. Природа становлення та розвитку фахових навичок є такою, що експерти володіють більш пропрацьованими ментальними (розумовими) моделями, аніж новачки у професії – це дає можливість експертам швидко викликати та вибудувати у пам'яті ці моделі при зіткненні із ситуацією, яка вимагає фахового реагування. Пропрацьовані моделі створюються повторюваним переживанням великого розмаїття досвідів і характеризуються значною кількістю взаємних зв'язків. Розвиток цих моделей не стається раптом, як випадкове явище, а проходить через повторювані переживання різних ситуацій – це і є ключовим аспектом професійної вправності.

Професійна вправність може бути розвинута через залучення повторюваного досвіду у сфері практичної діяльності відповідної професії та через розширення цієї сфери для індивіда майбутнім пережитим досвідом та інформацією з відеоматеріалів і навчальної літератури. Процес постійної *рефлексії над дією* є принциповою вимогою для професійної вправності та типовим явищем для допитливого розуму, який прагне досліджувати навколишній світ, намагаючись розглядати побачене з різних перспектив для збагачення власного світогляду. Іноді це включає письмову рефлексію, а часто –

розлогі дискусії з колегами на семінарах чи конференціях. Деякі медичні працівники дуже ефективно використовують різноманітні знаряддя та форми письмової рефлексії, як-от рефлексивні щоденники, журнали спостережень, рефлексивні оповідання, записи у інтернет-блогах, оповідання або вірші.

Майбутня дія. Можна легко припустити, що рефлексія здебільшого має інтроспективну природу з незначним застосуванням назовні. Метою рефлексії, однак, є вплив на майбутні дії таким чином, аби вони були більш доцільними та довільними. Важливо перепевнитися, що дії відповідають тому контексту, у якому вчинені.

Рефлексивне оповідання та письмо. Оповідання різноманітних історій, переказів, бувальщин та оповідок має дуже давню історію практично у всіх людських цивілізаціях та культурах. Люди розповідають історії, аби передати власний досвід іншим, і ці наративи включають інформацію, емоції та позиції оповідача. Природно, що оповідання історій може бути застосоване для рефлексивного навчання, оскільки сутнісним аспектом багатьох історій є рефлексія над досвідом у перебігу розвитку нових інсайтів. Процес оповідання історії, усної чи письмової, вимагає від оповідача зауваження та осмислення досвіду. Представлення оповідки чи то у розмові віч-на-віч, чи у груповому форматі виявляє важливий терапевтичний аспект, який дозволяє студентам виявляти емоції, що є важливою частиною процесу рефлексії.

Оповідання історій використовується для ефективного залучення студентів та медичних працівників до рефлесії та рефлексивної практичної діяльності. Людям часто потрібна початкова підготовка для розвитку власних навичок оповідання, особливо у форматі публічного виступу перед групою, тому у пригоді стає структурований підхід. Звичайною послідовністю для більшості історій є зав'язка (початок історії), розвиток дії, кульмінація та розв'язка. Зазвичай у зав'язці описується середовище чи обстановка, де відбуваються події, потім іде основна частина, де для аудиторії висвітлюєть-

ся ключова драма (кульмінація) всієї історії і розкриваються та пропонуються для обговорення основні аспекти. Розв'язка (завершення) історії зазвичай містить важливе повідомлення, настанову чи застереження, котре оповідач прагне донести до аудиторії. Треба зауважити, що ці етапи оповідання історії мають досить помітні паралелі із стадіями, необхідними для ефективної рефлексії.

Використання рефлексивного письма було описане як для рефлексії серед студентів медичних спеціальностей, так і для використання у післядипдомній та пожиттєвій медичній освіті.

Портфоліо та плани особистісного розвитку. Використання структурованих підходів для мотивації та організації рефлексивного навчання у дипломній і післядипломній освіті останнім часом набуло популярності. Часто ці підходи є суттєвими компонентами професійної підготовки, сертифікації чи перевірки. Структурований підхід вимагає спершу визначити навчальні потреби, а потім приймати рішення щодо того, як можна задовольнити ці потреби. Рефлексія є ключовим аспектом цього процесу і відтак може бути включена до структурованого підходу. Наприклад, кілька питань, які допоможуть прискорити рефлексію щодо поточних знань чи навиків.

1. Визначення навчальних потреб. Більшість професіоналів має великий обшир різноманітного досвіду, що уможливлює швидке та точне визначення їхніх навчальних потреб; сюди зокрема входить самоаналіз того, як вони відповідають на певні ситуації (зокрема, які з них здаються незвичайними чи несуть певні виклики), значущі події, зворотний зв'язок від колег та пацієнтів, лікарські призначення.

2. Розробка плану для задоволення визначених навчальних потреб. Обираються кілька освітніх інтервенцій для першочергового застосування. Наприклад, визначена навчальна потреба дізнатися більше про сучасне лікування діабету спонукає студента до пошуків релевантної інформації у фахових журналах, спеціалізованих інтернет-ресурсах чи на відповідних навчальних семінарах.

Портфоліо являє собою збірку різноманітних матеріалів, котрі доводять, що навчальні потреби було визначено, і більше того, було задоволено через відповідні освітні підходи. Корисно тримати усю інформацію подібного характеру в одному місці. Поява електронних портфоліо уможливила більш гнучкий та орієнтований на користувача підхід до збирання та накопичення підтверджувальних даних. Наразі легше зберігати онлайн великі обсяги різноманітного матеріалу, який допомагає стимулювати рефлексію, фіксувати результати рефлексії та вести динамічні записи того, як ці рефлексії впливають на професійну діяльність.

Оцінювання рефлексії. Оцінювання – це процес, який вимагає винесення судження про відповідність результатів певним стандартам та має стосунок до рефлексії у медичній освіті. Формуюче оцінювання є невід'ємним аспектом надання зворотного зв'язку і також допомагає у визначенні майбутніх навчальних потреб. Підсумкове оцінювання відбувається після певного періоду навчання і теж може бути корисним для рефлексії. Студенти негативно сприймають саме поняття оцінювання їхньої рефлективної діяльності, відносячи її зміст до сфери особистого та водночас скептично відгукуючись про валідність та надійність оцінюючого підходу.

5.3. Інформаційно-психологічні особливості викладання у клінічному середовищі

Викладання у клінічному середовищі визначається як такі процеси викладання та навчання, що зосереджені на пацієнтах та їхніх проблемах. Клінічне середовище складається зі стаціонарного, амбулаторного та громадського компонентів, кожен із яких привносить до спільного середовища свої власні виклики. Саме у цьому оточенні студенти медичних спеціальностей і навчаються, тому що таке бути справжнім лікарем. Такі навики, як ведення історії хвороби, медичний

огляд, комунікація із пацієнтами та/або їхніми родичами, професіоналізм найкраще опановуються саме у клінічному середовищі, набуте теоретичне знання застосовується безпосередньо для догляду за пацієнтами, студенти-практиканти починають бути більш мотивованими.

Викладання у клінічному середовищі часто здійснюється у процесі рутинного клінічного догляду за пацієнтами, де обговорення та прийняття рішень відбуваються у режимі реального часу. Часто викладання фокусується на аналізі тих фактичних кроків догляду за пацієнтами, які здійснив студент; це найчастіше вживаний патерн для інтернів-початківців. Студенти старших курсів отримують користь із додаткових занять, спеціально відведених під навчання/викладання у реальному клінічному середовищі. Такі заняття можуть як відбуватися у звичайному клінічному середовищі із залученням тих пацієнтів, які трапилися принагідно, так і бути високоструктурованими і високоспеціалізованими, із конкретними окремими пацієнтами та історіями хвороби, підібраними спеціально для цих навчальних занять.

Слово «доктор» походить від латинського docere, яке значить «навчати, викладати». Викладачі-медики наділені цією подвійною роллю – забезпечувати догляд за пацієнтами та викладати навчальний матеріал. Хоча більшість лікарів зазвичай добре підготована до своїх клінічних ролей, меншість із них має достатньо добрі навички викладання. Викладачі медичних дисциплін мають серйозно та натхненно підходити до своєї ролі вчителів майбутнього покоління медиків навіть із урахуванням того, що брак знання та володіння педагогічними принципами і навчальними стратегіями часто утримує їхніх колег-медиків від цієї додаткової професійної ролі. Припускається, що фахівці, які випустилися з медичних училищ/інститутів та вступили до інтернатури, можуть автоматично починати викладання після випуску. Завдяки поступу в освіті, зокрема більш студентоцентричному викладанню, компетентнісному оцінюванню та наголосі на професіоналізмі, від сучасних викладачів медичних дисциплін очікується

володіння більш широким інструментарієм як у галузі педагогіки, так і у медичній сфері.

Клінічні спеціалісти не стають фаховими викладачами лише в силу свого медичного досвіду, однак рефлексивний підхід до навчання та професійного розвитку може сприяти покращенню викладацьких навичок.

Застосовуючи до навчання та викладання підхід, заснований на результатах, викладачі-медики можуть поступово розширити спектр власної фахової майстерності та стати справді професійними викладачами.

Наполегливе отримання зворотного зв'язку щодо викладання та рефлексивна практика є ключами до поступу на найвищі рівні викладацького вміння і також до розвитку від «технічно грамотного викладача» до «справжнього професіонала-науковця».

Навчання та перепідготовка викладацького складу може забезпечити викладачів-медиків новими знаннями та вміннями щодо навчання і викладання, а також позитивно мотивувати викладачів, змінюючи їхні переконання чи установки щодо освіти загалом.

Перепідготовка персоналу може формувати концептуальну матрицю для викладання, допомагаючи викладачам-медикам приймати та адаптувати специфічну педагогічну поведінку до реальних клінічних умов; у такий спосіб педагоги долучаються до освітньої медичної спільноти, зацікавленої у подальшому розвитку навчання та викладання медичних дисциплін.

У нашій роботі нижче описано кілька моделей викладання; вони є поведінково-центричними та можуть бути легко адаптованими як до п'ятихвилинного виступу викладача, так і до півторагодинної лекції. Ці моделі також можуть допомогти викладачам установити конкретні задачі для кожного епізоду навчання/викладання, зокрема адаптуючи такі задачі до потреб окремих студентів.

Викладачі медичних дисциплін мають намагатися накреслити «дорожню карту» власної викладацької кар'єри, що є їхньою найвищою метою (стати високопрофесійними ви-

кладачами чи дослідниками, чи науковцями, або ж розвинути свої лідерські навички у колективі), і як вони наміряються розвиватися та досягати поставлених задач.

Що робить викладача медичних дисциплін найкращим? Багато дослідників вивчали якості, які студенти-медики цінують у своїх викладачах. Ірбі та Пападакіс підсумували ці дослідження, вивівши список навиків, які роблять викладача-медика справді видатним.

Видатні викладачі-медики:

- мають та виказують пристрасть до викладання;
- порядні, організовані, доступні для спілкування, чуйні та співчутливі;
- здатні встановити емоційний контакт, вказати орієнтири, отримати зворотний зв'язок;
- демонструють доброчесність та повагу до інших;
- постійно покращують власну професійну компетентність;
- володіють широким репертуаром педагогічних технік та методик;
- використовують на практиці самооцінку, оцінку від колег та саморефлексію;
- спираються на різноманітні форми академічного знання та навчальної інформації, гнучко пристосовують власне викладання до рівня знань та вмінь студентської аудиторії.

Дж. Спенсер наводить перелік найбільш актуальних проблем та викликів у клінічному викладанні, серед яких зокрема вказує:

- відсутність чітких завдань та очікувань;
- викладання, організоване на невідповідному рівні;
- зосередженість на переказі фактів, а не на подоланні проблем;
- брак активної участі студентів;
- неадекватне пряме спостереження та зворотний зв'язок від учасників;
- недостатність часу для рефлексії та дискусії;

– брак зв'язності із рештою навчального плану.

Викладання у клінічному середовищі стикається зі своїм власним набором специфічних викликів, ключові з яких такі:

– часові обмеження;
– робочі вимоги – викладачам доводиться виконувати інші клінічні, дослідницькі чи адміністративні обов'язки під час основної викладацької роботи;
– викладання часто непередбачуване і таке, до якого важко підготуватися;
– охоплює взаємодії лідерів та активістів на різних рівнях (студенти, адміністративний персонал, профспілки тощо);
– виклики, пов'язані з пацієнтами (короткий час перебування у лікарні, пацієнти, занадто хворі або невмотивовані до участі у навчальних ситуаціях);
– брак стимулів та винагород за викладання;
– клінічне оточення фізично не є зручним для продуктивного викладання.

Незважаючи на численні виклики, багато викладачів-медиків все-таки знаходять способи їх подолати, вправляючись у своїй подвійній ролі як викладача та як медика.

Оскільки медична практика передбачає насамперед діагностику та управління проблемами пацієнтів, викладання клінічної медицини має зосереджуватися навколо реальних пацієнтів із реальними проблемами. Існують чимало навиків, яким не можна навчити в аудиторії чи класній кімнаті; до цих навиків зокрема відносяться певні гуманістичні аспекти медицини. Обов'язковою також є наявність пацієнта, реального чи модельованого. Незважаючи на потенційні виклики та ускладнення, лікарняне ліжко пацієнта є однією із найбільш ефективних локацій у навчальному середовищі викладачів та студентів медичних дисциплін. Хоча багато викладачів-медиків вважають такий спосіб викладання занадто радикальним і таким, що викриває їхні власні професійні недоліки, вони мають усвідомити, що володіють достатньо широким потенціалом клінічних умінь, яким вони можуть навчити своїх молодших колег та набагато менш досвідчених

практикантів. Чіткі навчальні стратегії, оперті на здоровий глузд і поєднані з програмами підготовки та перепідготовки викладацького складу на рівні навчального закладу, здатні до певної міри подолати ризики та побоювання, популяризуючи лікарські обходи як ефективний навчальний інструмент, корисний та цікавий у професійному плані як викладачам-медикам, так і студентам.

Побоювання викладачів можна рознести у дві основні групи:

1) Клінічна сфера: викладачі почуваються непевно через імовірну невідповідність власних знань та умінь сучасному рівню розвитку медичної науки.

2) Педагогічна сфера: викладачі часто почуваються заляканими через обов'язок навчати гетерогенну групу студентів, які зайняті ненавчальними справами та часто страждають на сонну депривацію.

Рамані розробив дванадцять практичних порад, покликаних полегшити викладацький дискомфорт під час лікарського обходу та популяризувати останній як ефективний навчальний інструмент.

1) Підготовка. Викладачі мають ознайомитися з навчальним планом конкретної академічної групи студентів та спробувати визначити різні рівні навчальної готовності всередині цієї групи, зокрема імовірні шляхи покращення академічної успішності.

2) Планування. Енде вважає, що всі викладачі медичних дисциплін мають поставити перед собою такі питання ще до початку навчальної ситуації та дати на них чіткі відповіді:

а) чого ми сподіваємося досягти?

б) яка наша точка зору (перспектива)?

в) яким чином наші студенти будуть залучені до навчального процесу?

г) у який спосіб викладач реагуватиме на потреби та запити кожного студента?

д) як будуть організовані навчальні лікарські обходи?

е) чи є наші лікарські обходи успішними як з навчальної, так і з професійної точок зору?

є) як ми спроможемося виділити додатковий час для цього виду навчання?

3) Орієнтація. Викладачі мають розподілити навчальні задачі між студентами, розписати командні ролі для кожного учасника академічної/навчальної групи, спробувати залучити кожного до активної участі у навчальному процесі та встановити чіткі й прозорі правила командно-групової роботи.

4) Представлення. Група медиків (включаючи студентів та практикантів) має бути представлена пацієнтам, і пацієнти мають бути поінформовані про порядок лікарського обходу як навчальної ситуації. Пацієнтам треба обов'язково пояснити, що обхід як навчальна ситуація першочергово призначений для цілей викладання та навчання медичних дисциплін, тому можуть бути певні теоретичні обговорення, які зовсім не обов'язково відносяться саме до цього конкретного випадку певного пацієнта.

5) Взаємодія. Викладачі мають виступати рольовими моделями для студентів (особливо під час взаємодії лікар-пацієнт), навчаючи майбутніх лікарів професійного та гуманістично-орієнтованого підходу. Крім того, викладачі мають моделювати командну роботу і популяризувати позитивні командні взаємодії, включаючи фахові взаємодії з медичними сестрами та іншим допоміжним персоналом.

6) Спостереження. Викладачі не повинні влаштовувати шоу під час обходу, домінуючи у навчальній ситуації. Спостереження за взаємодіями студентів із пацієнтами може бути дуже показовим у навчальному плані, виступаючи ефективною основою для планування майбутніх навчальних обходів.

7) Інструкції. Викладачам під час навчальних обходів треба уникати у спілкуванні зі студентами питань без відповідей та питань у стилі «прочитай мої думки»; також бажано активно припиняти ситуацію участі лише одного студента за всю групу. Визнання та відзначення викладачем браку власних знань та компетенцій у певній ситуації зазвичай дозволяє студентам та практикантам усвідомити власні обмеження та відтак правильно поставити уточнюючі запитання.

8) Підсумки. Студенти отримують практичну навчальну користь, коли викладачі підсумовують те, що було вивчене під час тієї чи іншої ситуації. Пацієнти теж потребують підсумків лікарського обговорення, зокрема зрозумілого розмежування того, що відноситься до їхнього конкретного випадку, а що ні.

9) Питання студентів. Необхідно відвести окремий час для питань студентів і відповідей/пояснень викладачів.

10) Зворотний зв'язок. Викладачі можуть дізнатися у студентів, що пішло добре під час навчальної ситуації, а що видалося групі складним, невдалим чи проблематичним; наступним кроком потрібно розглядати позитивний та конструктивний зворотний зв'язок від викладача до студентів.

11) Рефлексія. Рефлексивні розмисли про навчальний лікарський обхід, поєднані зі зворотним зв'язком від студентів, допомагають викладачам запланувати наступні навчальні ситуації.

12) Підготовка до наступної навчальної ситуації повинна розпочинатися зі здобутків внутрішньої роботи викладача під час етапу рефлексії.

Оцінювання відіграє одну з головних ролей у процесі медичної освіти, у житті студентів-медиків та у суспільстві загалом шляхом засвідчення компетентності медичних працівників, які можуть належно подбати про інших людей. Суспільство має право знати, що медики, які випускаються із медичного навчального закладу та програм інтернатури, є компетентними і можуть займатися здобутою професією достатньо вміло та фахово. Міллер запропонував пірамідальну схему оцінювання клінічної компетентності студентів. На найнижчому рівні піраміди розташоване знання (студент знає), супроводжуване потім компетентністю (знає як), вмінням (показує як) та дією (робить). Клінічне середовище є єдиним місцем у системі підготовки фахівців медичних спеціальностей, де найвищі рівні зображеної піраміди є регулярно та безперешкодно доступними для моніторингу й оцінювання.

Дослідження показали, що патерни дій та ефективність під час важливих екзаменів (чи інших рівноважних форм

контролю) не зовсім точно відображають те, що практикуючі медики роблять у ситуації дійсного догляду за пацієнтами. Результати лікування пацієнтів є найкращою мірою оцінки якості навчання студентів у клінічному середовищі, однак їх важко надійно виокремити та прив'язати до окремого студента чи студентки, зокрема через взаємоперетин історій хвороби, складність історій хвороби, особливості складу медичної бригади та інші, часто важковловлювані на формальному рівні, фактори. Оцінювання на робочому місці є доволі сильним професійним викликом, оскільки догляд за пацієнтом є найвищим пріоритетом і відтак викладачі мають насамперед пильнувати за тим, що студенти роблять у процесі взаємодії з пацієнтами і водночас підтримувати рівень цього догляду на найкращому можливому рівні.

Норсіні підкреслює, що ключові виміри ефективності у клінічному середовищі включають результати лікування пацієнтів, процес догляду за пацієнтами та обсяг послуг, наданих медичним персоналом.

Результати лікування пацієнтів включають морбітність та смертність, фізіологічні результати, такі як тиск крові чи рівень глюкози, клінічно значущі події, такі як серцевий напад, і не в останню чергу задоволення самих пацієнтів та позитивні переживання від наданого медичного догляду.

Процес догляду включає такі фактори, як обстеження пацієнта, проходження профілактичних процедур і заходів, лікування та моніторинг проявів окремих хвороб (наприклад, рівень цукру при діабеті, аспірин після епізоду серцевого нападу тощо).

Кількість пацієнтів корелює з такими показниками, як наприклад, кількість трансплантацій суглоба, виконаних хірургами-ортопедами, чи встановлених кардіологами серцевих катетерів. Кількість назагал корелює з уміннями та морбідністю/смертністю пацієнтів, але не завжди є рівнозначною до високоякісного медичного догляду.

Ретанс та ін. підкреслюють, що розрізнення між компетентнісно-орієнтованими та ефективнісно-орієнтованими методами є важливим, і пропонують нову модель,

покликану розширити та покращити пірамідальну схему Міллера. Піраміду перевертають, зосереджуючись виключно на двох верхніх щаблях та визначаючи ефективність як результат компетенцій, впливу особистісних факторів (наприклад, здоров'я, доброї спадковості чи стосунків у колективі) та впливу системи в цілому (наприклад, рівень матеріально-технічного забезпечення чи загальний час медичної практики). Така модель дає основу для розуміння та розробки процедур оцінювання практичної ефективності у клінічному середовищі.

У клінічному середовищі викладацький персонал має доступ до всіх описаних вище параметрів ефективності, які напряму стосуються догляду за пацієнтами. У таких умовах клінічні вміння студентів можуть бути перевірені та оцінені поза межами модельованого чи тестового середовища, зокрема йдеться про комунікацію з пацієнтом, лікарський огляд пацієнта, збір анамнезу, представлення історії хвороби іншим учасникам навчальної групи, ведення записів, командну роботу, комунікацію з медичним і немедичним персоналом та загальний професіоналізм. Методи оцінювання включають також вивчення матеріалів історії хвороби та записів, які засвідчують фахове діагностичне мислення й уважне рефлексивне слухання представлень історій хвороби іншими студентами, однак найважливішим методом оцінювання для викладачів-медиків залишається пряме спостереження роботи студентів у клінічному середовищі. Без спостереження студентів за роботою, зокрема біля лікарняного ліжка пацієнта, викладачі не можуть зібрати точних даних і сформувати правильний зворотний зв'язок для студента.

У клінічному середовищі життєво важливим є зворотний зв'язок від викладачів до студентів, оскільки без цієї форми взаємодії неможливо ані заохотити студентів до навчання, ані належно виправити їхні помилки. Це критично важливий крок у набутті медичних умінь, однак дуже часто викладачі медичних дисциплін або уникають подачі зворотного зв'язку взагалі, або ж якість викладацького зв'язку не допомагає студентам, висвітлюючи слабкі та сильні сторони

їхньої роботи. Уникнення чи оминання зворотного зв'язку може мати доволі широкі наслідки, зокрема довготермінові та такі, що мають прямий стосунок до догляду за пацієнтами. Для дієвого зворотного зв'язку викладачі мають спостерігати за студентами під час роботи останніх із пацієнтами і не формувати своє професійне враження на основі чуток. Зворотний зв'язок може бути формальним чи неформальним, коротким та негайним, чи навпаки, довгим та відтермінованим, формуючим протягом навчального курсу чи підсумковим наприкінці.

Зворотний зв'язок важливий для студента чи інтерна задля отримання настанов щодо того, що було зроблено правильно, якісно та професійно, а що ні, і які наслідки мали ті чи інші дії. Якщо педагогічні та академічні задачі були правильно поставлені ще до початку навчальної ситуації, зворотний зв'язок є важливим для вивчення досягнення чи недосягнення цих запланованих задач, переформування нових задач та розробки подальшого плану дій. Зворотний зв'язок показує студентам, де вони знаходяться на навчальній траєкторії порівняно із запланованим і куди треба рухатися далі. Зворотний зв'язкок, за умови його правильного, фахового та своєчасного донесення до студентів, також стимулює і розвиває в останніх навички саморефлексії та самооцінки, котрі є цінними для фахівців-медиків упродовж усього життя.

Однією з найбільших перешкод до надання зворотного зв'язку є відсутність прямого спостереження за роботою студентів з боку викладачів. Клінічна компетентність не може бути оцінена лише на основі письмових іспитів, самостійних звітів чи спостережень третіх осіб; для належної оцінки необхідне пряме спостереження викладачів-медиків. Викладачі також часто почуваються непевними у справі надання негативного зворотного зв'язку та часто його уникають, хоча це й має відтерміновані наслідки для якості догляду за пацієнтами. Студенти, з іншого боку, можуть розглядати негативний зворотний зв'язок як особистий випад викладача проти конкретного студента. Викладачі мають сфор-

мувати позитивне навчальне середовище, у якому є місце для визнання власних та чужих помилок, а зворотний зв'язок – очікуваний, цінний та прийнятний. Часто зворотний зв'язок буває дуже загальним та не допомагає студентам, на кшталт «добра робота», «погана комунікація з пацієнтом» тощо.

Відправним пунктом для кожного доброго викладача має бути натхнення до предмета викладання, доповнене мотивацією передати це натхнення іншим, що має обов'язково втілитися у позитивне ставлення до студентів. Натхнення до предмета зазвичай супроводжується добрим знанням останнього та бажанням його поглибити. Однак, хоча натхення, знання та бажання навчатися й навчати є необхідними для успішного викладання, вони не є достатніми. Викладання є фаховою дисципліною зі своєю власною теоретичною основою та власними визнаними методиками.

Педагогіка проти андрогогіки. Більшість підходів до навчання та викладання історично базувалися на дослідженнях дітей у школах, тому відповідна дисципліна отримала назву педагогіки. Навчальний матеріал визначається планом навчання, а швидкість та методика викладання – розкладом занять. Як розклад, так і навчальний план можуть бути розроблені вчителем одноособово, однак зазвичай їх «спускають» у навчальні заклади відповідні уповноважені органи центральної влади. Ритм навчання та рівень залученості учнів/студентів теж визначається вчителем чи викладачем. Ноулз вивчав дорослих, які відвідували заняття в одній із вечірніх шкіл Нью-Йорка, і дослідив, що їхній підхід до навчання був відмінним. Зміст навчання тут визначався насамперед заявленими потребами студентів, методика та ритм навчання теж обиралися студентами. На основі цього дослідження Ноулз вивів набір принципів навчання дорослих, які у наш час вважаються основоположними при розробці більшості навчальних курсів чи програм для дорослих.

Дорослі:

– зосереджені на досягненні певної конкретної мети навчання;

- добровільно беруть участь у навчанні;
- вимагають осмисленості та релевантності;
- наполягають на активній залученості у навчанні;
- потребують чітких цілей та задач;
- цінують та очікують зворотного зв'язку;
- прагнуть до рефлексії та саморефлексії.

Теорії навчання. Теорії навчання можуть бути нейробіологічними або поведінковими. З прагматичної освітньої точки зору найбільш корисними у наш час є поведінкові (біхевіоральні) теорії. Останні можна поділити на індивідуалістичні (засновані на психологічних підходах) та соціально-конструктивістські (засновані на соціологічних підходах). Хоча деякі прибічники кожної групи теорій можуть стверджувати, що лише їхній підхід є придатним для реального використання, досвідчений викладач-практик може віднайти користь для цілей навчання у кожному підході. Важливо розуміти, що теоретичні підходи радше намагаються описувати те, що відбувається у навчальному процесі, аніж те, чого треба очікувати надалі.

Психологічні теорії. Навчання та пам'ять. Першою стадією набуття певного знання є активація попереднього знання, яка потім і супроводжується набуттям нового. Новонабуте знання включається у пам'ять через механізм повторення, який є особливо ефективним, коли відбувається за присутності третьої сторони, окрім викладача й студента. Заключним етапом процесу навчання є практична робота, яка може мати вигляд перетворення інформації у новий формат (наприклад, переробка тексту на графік чи діаграму, порівняння та співставлення нової інформації зі старою, підбиття підсумків та висновків із наведеної інформації тощо).

Теоретична модель, найбільш широко вживана для опису набуття навиків, має назву свідомісно-компетентнісної моделі. Ця модель широко використовується в управлінні та навчанні персоналу, як описано у табл. 3.1.

Таблиця 3.1.

Свідомісно-компетентнісна модель

Несвідома некомпетентність – людина не замислюється про потрібний навик.	Свідома некомпетентність – людина замислюється про навик та визнає потребу у його набутті.
Несвідома компетентність – людина досягає майстерності навику і може застосовувати його безсвідомо, виконуючи водночас інші завдання.	Свідома компетентність – людина опановує навик, але потребує зосередження уваги для підвищення ефективності.

Можна припустити існування наступної, п'ятої, стадії під умовною назвою «рефлексивна компетентність». Часто буває, що людина, яка працює на найвищих рівнях несвідомої компетенції, виявляється цілком неготовою та неспроможною навчати інших. Людина з розвинутою рефлексивною компетентністю може виконувати завдання безсвідомо, але за потреби здатна ретельно аналізувати та коментувати процес для цілей навчання інших людей.

Теорія самовизначення. Очевидно, що мотивація студентів впливає на їхнє навчання. Згідно з теорією самовизначення, існують два основні різновиди мотивації: контрольована та автономна. Контрольована мотивація виникає внаслідок дії факторів зовнішнього тиску (очікування інших людей, винагороди та покарання) або внаслідок інтерналізованих переконань про те, чого варто очікувати. Автономна мотивація має місце, коли людина розглядає навчальний матеріал як цікавий та інтригуючий сам собою. Контрольована мотивація призводить до завченого відтворення рольових патернів з незначним включенням вивченого матеріалу у довготермінову пам'ять студента. Автономна мотивація, поміж інших вигод, зрештою призводить до глибшого розуміння матеріалу та кращої ефективності роботи, як і чіткішого відчуття власної компетентності. Крім того, студенти, вмотивовані розвивати автономний підхід до навчання, з більшою імовірністю самі будуть заохочувати та розвивати подібну автономну поведінку серед своїх пацієнтів.

Досвідне навчання. Найбільш неформальне навчання засноване на досвіді. Колб описав процес, як це проходить у навчальному циклі. Навчання відбувається, коли індивід рефлексує над отриманим досвідом. На основі цієї рефлексії індивід розробляє робочу гіпотезу (хоча, можливо, ще не артикулює її у цілком оформленому вигляді), яка спрямовує його далі до певних дій. Ці дії завершуються набуттям досвіду, і таким чином цикл продовжується з постійним накопиченням корисного знання. Цикл відкритий для входження на будь-якому етапі: наприклад, індивід може дізнатися про певну теорію чи гіпотезу без глибокої внутрішньої роботи над нею і вчиняти якісь дії без попереднього досвіду в аналогічній ситуації.

Соціологічні теорії. Ситуаційне навчання. Л. С. Виготський на основі свого дослідження школярів писав, що навчання є соціально детермінованим та походить від взаємодії дитини з її навколишнім середовищем. Він виявив, якщо у дитини була підтримка дорослого або іншої дитини, то вона могла вирішувати такі проблеми і задачі, які не могли би подолати без допомоги іншого. Цю різницю між розвитком з допомогою іншого та без допомоги вчений назвав «зоною найближчого розвитку» та припустив, що саме в ній і відбувається навчання як таке. Іншими словами, взаємодія з іншими є ключовим фактором навчання.

Робочі спільноти. Медична діяльність зазвичай відбувається у командному, груповому форматі чи принаймні за участі інших людей, котрі не є пацієнтами. Існування медичних команд, бригад чи інших групових форм є важливим не лише з точки зору надання відповідного догляду пацієнтам, але й для постійно тривалого професійного розвитку членів медичної спільноти. Групи медиків із функціональним розподілом обов'язків формують робочі спільноти, у яких окремі учасники можуть надавати один одному різноманітну підтримку. Властивістю таких груп є те, що знання та вміння дуже швидко поширюються всередині групи; це можна робити через формальні структури на кшталт семінарів, але набагато ймовірніше та ефективніше така взаємодія відбу-

вається у неформальному повсякденному спілкуванні. Лейв та Вегнер зазначають, що студенти чи практиканти є легітимними периферійними учасниками таких збірних груп. Хоча їм треба ще вчитися, аби набути повноцінного членства в одній із подібних спільнот, їм дозволено брати участь у роботі групи, притому у такий спосіб, аби вони теж могли набувати знання. Поступово вони абсорбуються у склад групи та просуваються до визнання їх у якості повноцінних членів спільноти. Це перетворення часто відзначається формальною церемонією, обрядом чи подією, як-то складанням заключного іспиту.

Рефлексивна практика. На перший погляд, рефлексивна практика може видаватися радше індивідуалістичним методом навчання, аніж методом соціально-груповим. Однак, як зазначає Шон, рефлексія є набагато ефективнішою, коли має місце під час дії та/або одразу після того, як дія завершилася.

Результати навчання – глибоке/поверхневе навчання. Бажаною метою навчання є те, що студенти мають досягнути розуміння певного матеріалу; це називається глибоким навчанням. Коли обсяг матеріалу для опанування є занадто значним, або ж оцінювання навчання базується виключно на згадуванні, студенти демонструють поверхневе навчання. Досвідчені студенти легко визначають ці аспекти пропонованого навчального матеріалу і розуміють, що знадобиться їм для майбутнього навчання, а що не треба буде пам'ятати для цілей можливого оцінювання; очевидно, що для першої групи вони застосовують підхід глибокого навчання, а для другої – поверхнєвого. Гнучке поєднання цих підходів здобуло назву стратегічного навчання.

Метою викладача має бути розвиток підходу глибокого навчання. Оскільки студенти мають різні індивідуальні патерни та стилі навчання, навчальний матеріал треба презентувати кількома різноманітними способами. Пацієнтоцентричне викладання містить в собі всі модальності візуально-аудіально-кінестетичного підходу у процесі того, як студент спостерігає за пацієнтом, підтримує комунікацію з

пацієнтом та викладачем, проводить лікарський огляд пацієнта та необхідні клінічні процедури/операції. Також очевидно, що пацієнтоцентричне викладання позиціонує набутий студентами досвід як результат їхньої практичної діяльності. Викладач має заохочувати рефлексію над виконаною роботою у поєднанні із обговоренням теоретичної основи тієї чи іншої навчальної ситуації.

Підходи до викладання у клінічному середовищі відрізняються залежно від рівня студентів, яких треба навчити. Старшокурсники віддають перевагу навчанню у форматі сесій, спеціально відведених для такого навчання. Випускники та інтерни легко здатні навчатися навіть у процесі щоденної рутинної роботи. У будь-якому форматі медичної підготовки важливо, аби викладач мав чітко поставлені завдання та задачі для цієї навчальної сесії. Якщо викладач сам не впевнений, чого він та вся група намагається досягти, студенти просто не будуть у змозі осягнути сенс та призначення цієї навчальної сесії, що явно входить у суперечність із ключовими принципами дорослого навчання.

Мотивація рідко є проблемою для студентів у клінічному середовищі. Нездатність замотивувати студентів більш імовірно є результатом погано запланованого та підготовленого викладання, аніж самої собою студентської мотивації; зокрема, це часто показує постфактум принципово хибний підбір та постановка задач і цілей навчальної сесії.

Мета навчальної сесії може й має різнитися залежно від рівня підготовки студента, так само як і основоположні навчальні методики. Студент, який вправляється у навичках роботи з історією хвороби пацієнта, очевидно, переслідуватиме інші цілі, аніж інтерн, який вивчає специфіку лікування рідкісних варіацій цієї самої хвороби. Обоє можуть навчатися на матеріалі одного пацієнта, але зосереджуючись на різних навчальних задачах (тому не зовсім доброю гадкою буде навчати їх водночас).

Сесія має розпочинатися зі встановлення того, що студент уже знає по ситуації з цим конкретним пацієнтом, включно з перевіркою розуміння як наукової та теоретичної

основи навчальної ситуації, так і клінічних моментів. Неможливість достовірно встановити «відправну точку» у навчанні студента є ще однією поширеною причиною низької залученості студентів до активної участі у навчальній сесії. Тема, обрана викладачем, може виявитися занадто складною чи занадто простою для групи студентів.

Студентам варто бути активними учасниками навчальної сесії. Просте переказування точки зору викладача на ситуацію чи пасивне спостереження за роботою фахівців не призводить до глибокого навчання. Студентам треба дозволяти виконання релевантних компонентів клінічного завдання з наступним залученням до активного обговорення, оскільки таким чином можна окреслити та напрацювати повний спектр різноманітних стилів навчання. Діалог зі студентом є важливою частиною викладання медичних дисциплін. Необхідно приділяти увагу перевірці дійсного розуміння студентами клінічної ситуації та власних дій, а не просто здатності до виконання певних механічних завдань або пригадування окремих фактів; питання «Чому?» та «І що далі?» нерідко виявляються принципово важливою частиною набору аргументів викладача-медика.

Зворотний зв'язок дає студентам можливість рефлексії щодо власної академічної успішності та ефективності у клінічному середовищі; зворотний зв'язок може коректувати навчальну траєкторію студента, визначаючи слабкі та сильні сторони, схильності та відрази. Принципи надання зворотного зв'язку включають поміж іншим взаємну згоду викладача та студента щодо цілей навчання; звернення до конкретної поведінки чи ситуації, а не до успішності чи поведінки в цілому; прийняття рішень та вчинення дій викладачем не на основі чиєїсь інтерпретації мотивів студента; використання безоціночного та незасуджуючого мовлення. Зворотний зв'язок може бути корекційним (коли успішність студента є неадекватною) чи підтримуючим (коли студент насамперед потребує мотиваційного заохочення), формальним чи неформальним; зокрема у клінічному середовищі студенти особливо цінують неформальну подачу зворотного зв'язку.

Найпершою вимогою до зворотного зв'язку є те, що студенти повинні мати чітке уявлення про завдання, поставлене у межах навчальної ситуації. Зворотний зв'язок відтак може вказати, наскільки близько студентська група просунулася до виконання цього завдання та – в ідеалі – що їм потрібно робити не так, як зараз, для досягнення мети. Пряме спостереження роботи студентів є принципово необхідним для ефективного зворотного зв'язку. Завдання у межах клінічної ситуації може бути поведінковим, як-то набуття нового клінічного навику, чи когнітивним, як фахове тлумачення історії хвороби.

На найпростішому рівні зворотний зв'язок інформує студентів, що вони або успішно виконали завдання, або не спромоглися цього зробити. Це типова форма оцінки кваліфікаційних іспитів, де кандидат дізнається, що він або склав іспит, або ні, але не отримує пояснень, як та чому. У клінічному середовищі викладач може зауважити студентові, що його робоча поведінка є хибною, та одразу продемонструвати, як треба поводитися чи виконувати певну маніпуляцію. Часто студентам недоступна навіть найменша можливість аналізу та обговорення правильності/хибності їхніх дій; такий підхід вочевидь не забезпечує студентам оптимальних можливостей для успішного навчання і більше нагадує формальне оцінювання, аніж власне зворотний зв'язок.

Навчання може вважатися успішно підкріпленим зворотним зв'язком, коли останній ефективно висвітлює сильні та слабкі сторони успішності студентів з наступним детальним обговоренням у групі. Варто пам'ятати та розуміти, що зворотний зв'язок не є формою оцінювання і відтак не має використовувати оціночних суджень чи явно особистісних ремарок. Наголос треба робити на спостережуваній поведінці та комунікації студентів, притому це має бути конкретним та детальним, а не загальним. Добрим викладацьким прийомом є практика групового самооцінювання, оскільки досвідчені студенти зазвичай самі визначають власні помилки та недопрацювання, а викладач може допомогти з виправленням цих помилок та відновити позитивну мотивацію студентів.

Часто трапляється так, що судження студентів у процесі групового самооцінювання є помітно жорсткішими, аніж викладацькі, тому важливо не забувати підкреслювати позитивні сторони роботи групи при аналізі та обговоренні навчальної ситуації.

Клінічне навчання часто відбувається у груповому середовищі. У такій ситуації позитивним кроком є залучення інших членів групи до неформального процесу зворотного зв'язку. Часто студенти діляться цінними інсайтами щодо того, чому їхні одногрупники поводяться так чи інакше, і до того ж самі на практиці вивчають процес надання конструктивного зворотного зв'язку. Більш формальний підсумковий зворотний зв'язок може надаватися в особистому порядку в узгоджений час.

Насамперед потрібно пам'ятати головне – зворотний зв'язок має бути конструктивним. Це не значить, що студентську успішність чи поведінку не можна чи не треба критикувати за будь-яких обставин, а радше підкреслює, що у ситуації прогалин у навчанні зворотний зв'язок має включати дієві зауваження щодо покращення успішності.

Важливою частиною викладання медичних дисциплін є формування та розвиток фахової ролі студентів. Як студенти, так і викладачі згодні, що спостереження рольових моделей є найбільш важливим складником цього процесу. Це добре узгоджується із теоріями ситуаційного навчання та робочих спільнот. Моделювання пожиттєвого навчання передбачає, що викладач готовий визнавати власне незнання чи невміння та вчитися разом зі студентами. Добрі стосунки «лікар-пацієнт» та емпірично обґрунтована клінічна практика є ще одним прикладом тих сфер, де викладацька поведінка здатна значно підкріпити (або ж іти принципово врозріз) процеси формального викладання.

Непередбачуваність є однією з принадних рис клінічної практики. Трапляються випадки, коли краще відкинути ретельно та заздалегідь розроблений навчальний план на користь зненацька виниклої навчальної можливості. Ключовою передумовою для максимально ефективного використання

таких непередбачених моментів у навчанні є бажання та готовність викладача визнавати власні помилки та/або обмеження, відтак дозволяючи студентам взаємне визнання без створення та підживлення атмосфери ворожнечі і цькування.

Навіть якщо викладач у змозі опанувати всі необхідні технічні компетенції, для досягнення повноти професійної майстерності все ж залишаються потрібними емоційні та стосункові компетенції, такі як уважність, саморегуляція, мотивація, емпатія та соціальні навики.

Потрібно зазначити, що ключовими елементами професійної ідентичності викладача медичних дисциплін ми вважаємо:

- активне запитування зворотного зв'язку щодо викладання;
- саморефлексію;
- професійний розвиток у викладанні;
- менторство.

Зворотний зв'язок щодо викладання. Більшість викладачів-медиків займаються власною справою з дуже малим зворотним зв'язком чи взагалі без жодного зв'язку, який би висвітлював їхні сильні та слабкі сторони як викладачів. Деякі навчальні медичні заклади впроваджують курси додаткового навчання чи перепідготовки для викладачів, але такі заходи призначені більше для роботи у класній кімнаті, аудиторії чи серед малої групи студентів, аніж для повноформатного викладання в реальних умовах інтенсивного клінічного середовища. Навчальним закладам треба натомість впроваджувати всеохопні методики оцінювання роботи викладачів, аби зокрема не залежати у цьому відношенні від оцінок студентів, які можуть бути некомпетентними та/або неповними. До таких методик можуть бути включені глибокий аналіз успішності студентів, відеозапис навчальних сесій із наступною рефлексією та зворотним зв'язком, викладацькі звіти та щоденники, спостереження колег-викладачів тощо. Маючи значне навантаження на роботі, викладачі-медики рідко самі запитують зворотний зв'язок щодо власного ви-

кладання у студентів чи колег. Клінічне середовище додає до цього ще більше витрат емоційних ресурсів, вимагаючи зосередження всієї уваги на пацієнтах, догляді за ними та безпеці середовища. Таким чином, часто внаслідок фокусу уваги лише на пацієнтах викладачі забувають про тонкощі дійсних та можливих навчальних стратегій. У випадку, якщо викладач все-таки звертається за зворотним зв'язком, студенти відповідають ваганнями та непевністю, оскільки зауваження до тих чи інших аспектів викладання часто вбачаються не як обґрунтована критика, а як безпідставний перехід на особистості. Ті студенти, які у подібній ситуації все-таки наважуються давати зворотний зв'язок, дають неконкретні, розпливчасті коментарі, які викладачі не можуть пропрацювати чи належно застосувати для потреб майбутніх навчальних ситуацій.

Викладачі мають бути вмотивованими на пошук та запит зворотного зв'язку від колег та студентів, програми професійного розвитку в межах навчального закладу мають передбачати тренування з ефективного надання та отримання зворотного зв'язку.

Саморефлексія. Рефлексія, зокрема у рамках підготовки студентів медичних спеціальностей, визначається як вміння схоплювати ширший контекст ситуації, значення, смисли та наслідки певних дій чи переживань; за умови доречного застосування рефлексія сприяє особистісному зростанню людини. Також відзначають, що професіонали мають відрізнятися від малокваліфікованого персоналу уважністю до ширшого контексту роботи, використовуючи це розрізнення у процесі пожиттєвого навчання та не обмежуючи себе лише механічним виконанням певного набору завдань. Можна припустити відтак, що рефлексія, настільки важлива для медичної освіти, є навіть більш підставовою для викладачів-медиків у набутті дійсно фахового підходу.

Обидві стадії рефлексивної практики – рефлексія під час дії, яка відбувається негайно, та рефлексія після дії, яка проходить пізніше, є легко застосовними до роботи викладачів-медиків.

Фраєр-Едвардс та ін. визначають три принципові викладацькі навики, які описують студентоцентричні та рефлексивні педагогічні практики і забезпечують робоче середовище для вчителів як з вираженою когнітивною, так і з афективною схильністю. Хоча ці принципи були розроблені для навчання комунікативних навиків, вони однаково ефективно підходять для більшості клінічних середовищ.

Визначення «переднього краю» навчання. Викладач працює зі студентами для визначення і підтримки такої оптимальної інтенсивності навчального навантаження, яка максимально ефективно мотивує студентів, однак не виснажує і не перевантажує їх.

Висунення та перевірка гіпотез. Викладачі формулюють гіпотези з питань, що стосуються перешкод чи сприятливих факторів у навчанні, навчальних потреб, емоційних реакцій-відповідей студентів на пацієнтів чи інших членів робочої групи та застосовують різноманітні навчальні стратегії для ретельної перевірки цих гіпотез.

Підлаштування самооцінки студентів. Цей процес включає заохочення роздумів студентів щодо власної самооцінки, цінностей та переконань із наступним використанням цих здобутків для розвитку подальшої рефлексії.

Професійний розвиток. У минулому високий рівень клінічних компетенцій та досвіду самі собою вважалися достатніми підставами для того, аби бути хорошим викладачем медичних дисциплін; у нинішній час загальновизнаним є те, що викладання є цілком окремою професією, яка так само вимагає підготовки та професійних навиків. Британська медична рада визначає такі необхідні риси практикуючого лікаря:

– визнання професійного обов'язку навчати інших, зокрема студентів та практикантів;

– визнання того, що навики викладання не обов'язково є вродженими, а можуть бути набутими чи навченими;

– визнання того, що рольова модель викладача має найпотужніший вплив на стандарти поведінки та лікарської практики студентів і практикантів.

Більшість медичного персоналу отримують дуже мало або навіть жодної справді фахової підготовки на предмет того,

як треба викладати чи навчати інших людей медичних дисциплін. Водночас від цих людей очікується, що вони допомагатимуть своїм менш досвідченим колегам, студентам та практикантам, опановувати медичну майстерність, знання, відповідні клінічні навики та набувати звичку пожиттєвого фахового навчання. У мінливому світі медицини у викладачів-медиків поступово зростають як вимоги до викладання, так і їхнє робоче навантаження як медиків. Для успішності у виконанні педагогічних завдань обов'язково потрібні програми професійного розвитку та підготовки персоналу. Перепідготовка персоналу також допомагає викладачам вибудувати важливі професійні взаємовідносини з колегами та наставниками (менторами) всередині й зовні власних навчальних закладів і зробити позитивний внесок у загальний академічний розвиток.

Підсумок програм професійного розвитку. Звичайний формат курсів післядипломної перепідготовки та підвищення кваліфікації включає практичні заняття чи семінари, короткі експрес-курси, творчі відпустки, повні чи короткотермінові стипендії, наукові програми та освітні майстер-класи на конференціях.

Майстер-класи. Типова програма підвищення кваліфікації викладацького персоналу є короткою, сфокусованою серією майстер-класів, більшість із яких зосереджені на розвитку практичних навиків викладання та освітніх стратегіях, безпосередньо дотичних до таких навиків. Дослідження показують, що такі програми можуть застосовуватися для великої кількості різноманітних цілей, включаючи оптимізацію внутрішніх установок, самоефективність, доповнення вже наявних власних та практичне застосування нових понять, покращення вміння викладача вчасно розпізнавати недоліки у викладанні, активне засвоєння ключових принципів педагогічної етики тощо.

Стипендії. При короткотерміновій стипендії викладачі проводять певний час за підвищенням кваліфікації у межах іншої установи, потім повертаючись до основної викладацької роботи у своєму «домашньому» закладі. Поєднання

підготовки з практичним застосуванням знань та умінь в «домашньому» середовищі дає можливість закріпити навики, критично важливі для викладання медичних дисциплін. Повноформатні стипендіальні програми призначені для підготовки учасників до професії викладача медичних дисциплін як основи пожиттєвої професійної траєкторії та фахової ідентичності; хоча такі програми, звісно, включають формування ключових умінь педагога, вони так само чинять важливий наголос на інших освітніх ролях, як-то дослідження у галузі медичного викладання чи формування лідерських навичок у медичній освіті.

Наукові програми. Інноваційний розвиток форм навчання призвів до еволюції майстер-класів у більш всеохопні програми, які включають ширший спектр цілей та задач. Внаслідок цього заклади стали розробляти наукові програми для викладачів; такі програм зазвичай тривають один рік і покликані сформувати в учасників досвід всеохопного глибокого занурення у науково-дослідницьку роботу, зокрема у формі розробки та втілення певного дослідницького проекту. Програми лідерства у медичній освіті тренують викладачів ефективно складати навчальні плани, покращують навички науково-дослідницької роботи та формують лідерську мотивацію.

Курси в рамках конференцій. Багато конференцій, організованих закладами медичної освіти, включають в себе міні-курси, присвячені викладанню та освіті, тривалістю від академічної години до цілого робочого дня.

Співвикладання або колегіальне навчання. У межах цієї моделі пари викладачів взаємно відслідковують розвиток викладацьких навиків, беручи спільну участь у клінічному нагляді за роботою студентів чи практикантів. Через викладання, аналіз проведеної роботи та планування майбутніх занять, співвикладачі отримують досвід аналізу навчальних ситуацій та напрацьовують навики самооцінювання, роботи у групі та колегіального відгуку про роботу іншого фахівця-медика. Зазвичай молодші та менш досвідчені викладачі працюють із старшими, які допомагають колегам; треба, однак,

пильнувати, аби у спільному навчанні, накопиченні та обміні досвідом витримувалася симетрія незалежно від досвіду чи стажу роботи.

Освітній контент. Навчальні матеріали (навчальний контент) програм підвищення кваліфікації медичного викладацького персоналу можна класифікувати у такі основні категорії:

а) Викладацькі навики. Заняття на курсах підвищення кваліфікації насамперед мають на меті допомогти учасникам швидко, чітко та правильно самим визначати власні потреби з розвитку педагогічних навиків і потім практикувати ці навики, зокрема запитуючи та отримуючи зворотний зв'язок від колег та студентів. Типовий перелік головних тем, заторкнутих на курсах, включає інтерактивне лекторство, дискусії у малих групах, навчання на практичному матеріалі, подання ефективного зворотного зв'язку, створення та підтримку позитивного навчального клімату, чітку та зрозумілу групову комунікацію щодо цілей навчання, оцінювання студентів, практичне навчання в амбулаторних та стаціонарних умовах, спілкування «лікар-пацієнт», студентоцентричне навчання, викладання у парадигмі доказової медицини, заохочення самоосвіти та самопідготовки тощо.

б) Освітнє лідерство – це вищий рівень фахової підготовки медичного викладацького персоналу. Опанувавши основні навики викладання, деякі викладачі-медики не зупиняються на досягнутому і прагнуть стати освітніми лідерами. Приклади тем при підготовці майбутніх лідерів можуть включати: навики менторства, розвиток та реформування навчальних планів, лідерство та управління в робочих групах/професійних колективах, ефективне проведення зустрічей/нарад/засідань, лідерство у малих групах, управління часовими ресурсами, бюджетну ефективність тощо.

Менторство. Менторство є цінним навиком для цілей професійного розвитку викладача. У медичній сфері давно існує узвичаєна практика менторських настанов, однак формальні програми менторства для викладачів медичних дисциплін фактично не діють. Ментори можуть надавати

супровід, підтримку чи експертну думку підопічним спеціалістам-медикам у різноманітних клінічних ситуаціях і також можуть допомагати викладачам із кращим розумінням організаційної та фахової культури клінічного середовища, зокрема забезпечуючи останніх доступом до мережі надзвичайно цінних неформальних професійних зв'язків та знайомств.

Найуспішніші викладачі-медики досягли власного успіху на тривалому шляху спроб та помилок, шукаючи порад та настанов старших, більш досвідчених фахівців, або ж просто спілкуючися з їхніми колегами. Якщо викладання – це про те, аби бути вмілим та академічно підготовленим, то викладачі медичних дисциплін неминуче потребують менторства як частини їхнього викладання. Вагомим доказом того, що викладач-медик став справжнім професіоналом, буде становлення його самого як ментора для своїх молодших/менш досвідчених колег, які прагнуть досягти професійного успіху у викладанні.

Залучення до освітньо-наукової діяльності. Дослідницька та наукова робота є сутнісно важливою для викладачів медичних дисциплін, які прагнуть досягти найвищого рівня професійоналізму та здобути наукову репутацію інноваторів в освіті. Викладання стає науковою діяльністю, коли показує високу обізнаність у досліджуваній сфері, заохочує колегіальні відгуки про власну діяльність і навзаєм активно відгукується про роботу інших науковців та інтенсивно впроваджує дослідницький доробок (насамперед власний) у процес навчання студентів. Більше того, викладацька дослідницька діяльність має відповідати ключовим принципам наукової роботи: бути відкритою та прозорою для громадськості, доступною для колегіальних відгуків, відтворюваною та розширюваною іншими дослідниками. Глассік описує шість ключових критеріїв наукової викладацької діяльності:

1) Чіткі цілі.

1.1. Мета роботи чітко визначена та сформульована.

1.2. Цілі та задачі є реалістичними та досяжними.

1.3. Робота спрямована на вирішення важливого питання чи потреби.

2) Адекватна підготовка.

2.1. Фаховість та розуміння поточної ситуації у досліджуваній сфері; набуття знань та вмінь, потрібних для виконання роботи.

2.2. Визначення обсягу та залучення ресурсів, необхідних для проведення досліджень.

3) Відповідні методи.

3.1. Використання та застосування відповідних методів для досягнення сформульованої мети.

3.2. Гнучка адаптація та модифікація методів з урахуванням зміни обставин.

4) Значущі результати.

4.1. Досягнення заявлених цілей та задач.

4.2. Виконана робота має розширяти та доповнювати науково-дослідницьке поле й відкривати нові можливості для подальших досліджень.

5) Ефективна презентація.

5.1. Використання відповідного часу, місця та інституцій для презентації результатів роботи перед зацікавленою науковою аудиторією.

5.2. Максимально чітка, зрозуміла та цілісна презентація результатів.

6) Рефлексивна критика.

6.1. Дослідник критично оцінює свою власну наукову роботу.

6.2. Науковець використовує оцінки колег для покращення якості майбутніх досліджень.

Практика показує, що короткотерміновий підхід до освітнього розвитку не здатний підтримувати зміни та власне розвиток викладацького складу; для успішної підтримки і розвитку має працювати довгочасний підхід. Більше того, саме освітнє середовище та інституційні установки щодо викладання мають бути змінені для того, аби викладацькі навики вважалися такими ж цінними, як навики дослідника у академічній сфері.

Медики у своїй професійній діяльності стикаються з дедалі сильнішим тиском, зокрема з більшою кількістю па-

цієнтів, які потребують належного догляду. Час на роботу з кожним пацієнтом все сильніше скорочується, і часто відзначається студентами-медиками як одна із головних перешкод для ефективного навчання та викладання у реальному клінічному середовищі. Лікувальні та навчальні установи медичної сфери повинні розглядати високоякісне викладання як одну з власних ключових, підставових цінностей.

Варто зазначити, що сфера клінічного викладання не була предметом інтенсивних досліджень. Незважаючи на це, видається очевидним, що допоки викладачі-медики не показують ясно та чітко, що покращення викладання медичних дисциплін призводить до кращих результатів лікування, громадськість та урядові відповідальні особи можуть не бачити цінності того, аби виділяти окремий час та ресурси на такий тип викладання.

Більшість викладачів медичних дисциплін оцінюються власними студентами, здебільшого нерегулярно та несистематично. Часто студентські оцінки є суб'єктивними та поверховими, відтак мало помічними для цілей викладача, який прагне покращити власне викладання. Підготовлені колеги, які діють як незалежні критики, оглядачі та вчителі, можуть бути одним із найбільш корисних інструментів оцінювання викладацької роботи, однак така модель потребує щонайменш значних часових ресурсів. Відеофіксація навчальних ситуацій теж може бути неоціненною у впровадженні методики самооцінювання, особливо у клінічному середовищі.

У медичному середовищі науково-дослідницькі досягнення часто цінуються значно більше, аніж успіхи у викладанні медичних дисциплін. Заохочення наукової активності, навчання написанню наукових статей, нагородження викладачів-науковців та встановлення чітких критеріїв мотивації є можливими способами піднесення цінності викладання у медичній сфері.

На жаль чи на щастя, технологія має власну сферу застосування у медицині. Викладачі-медики можуть моделювати відповідне використання технології у прийнятті оптимальних лікарських рішень та показувати студентам цінність клініч-

них та лабораторних даних у догляді за пацієнтом. Викладачі можуть використовувати сучасні технології для демонстрації важливих симптомів, відкидаючи малозначущу симптоматику.

Викладання у клінічному середовищі просто приречене на часті та неочікувані ситуації-виклики. Пацієнти та/або студенти ставлять такі запитання, на які викладач неготовий відповісти; настрій пацієнта або перебіг хвороби може зіпсувати плани викладача щодо конкретної навчальної ситуації тощо. Створення позитивного навчального середовища, де викладачі охоче визнають власні обмеження, демонструють бажання навчатися у студентів та готові відкласти заплановані навчальні завдання заради неочікуваної, однак корисної для цілей навчання, нагоди чи випадку – є запорукою для успішного подолання таких викликів.

Якщо майбутні лікарі мають навчатися у процесі безпосередньої роботи з пацієнтами та/або при спостереженні за таким процесом, то пацієнти мають бути повністю залученими до такої навчальної ситуації. Дослідження показують, що пацієнти переважно позитивно ставляться до власного активного залучення у навчальних ситуціях.

Типова група медиків часто складається із людей, які мають неоднаковий рівень як теоретичних фахових знань, так і практичних умінь; це так само стосується навчальних ситуацій при підготовці студентів медичних спеціальностей. Біля ліжка пацієнта можуть перебувати як студенти-першокурсники, так і завідувачі відділень лікарні. Викладачі-медики часто побоюються залучати до групової роботи у клінічному середовищі учасників із неоднаковим рівнем знань, умінь та формального статусу.

Питання для самоконтролю

1) Що розуміється під поняття «е-навчання»?

2) Які методи використовуються під час е-навчання?

3) Яка ефективність та результативність е-навчання?

4) Які існують проблеми під час провадження е-навчання? Як їх вирішити?

6) Які складові містить створення е-навчального матеріалу (контенту)?

7) Які функції системи управління навчанням?

8) Що таке «рефлексивне навчання»?

9) Які функції рефлексивного навчання?

10) Які існують методи забезпечення рефлексивного навчання?

11) Що таке викладання у клінічному середовищі?

12) Що таке спектр власної фахової майстерності?

РОЗДІЛ 6.
ТЕОРЕТИЧНА МОДЕЛЬ НАВЧАННЯ ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

6.1. Обґрунтування теоретичної моделі адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я

Проаналізовано інституційний механізм адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління та з'ясовано, що навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління здійснюють: по-перше, Міністерство освіти і науки України (шляхом встановлення певних стандартів навчання), Міністерство охорони здоров'я України (шляхом здійснення підвищення кваліфікації власних працівників, а також визначення умов навчання медичного персоналу); Національне агентство з питань державної служби (шляхом проведення курсів підвищення кваліфікації, перепідготовки кадрів, визначення виконавців програм підвищення кваліфікації для державних службовців).

Обґрунтовано теоретичну модель адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я. Зокрема, представлена модель структурно складається з двох основних блоків:

1) інноваційних психотипів фахівців охорони здоров'я в системі державного управління з урахуванням сфери управління;

2) категорії посад державної служби та напрямків відповідного адаптивного навчання представників кожної з кате-

горій з урахуванням інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я (рис. 6.1.1.).

Психотипи	***Сфера управління***
Управлінці	Демократичне врядування; Антикризовий менеджмент; Процеси управління закладом, кадрами, структурними підрозділами
Виконавці	Менеджмент послуг
Новатори (генератори ідей)	Інноваційний менеджмент
Реформатори	Інтелектуальний менеджмент
Аналітики	Експертно-аналітичне забезпечення
Технічні працівники	Електронне врядування
Адміністратори процесів	Адміністративний менеджмент

Категорії посад державної служби			**Інформаційно-психологічна складова адаптивного навчання**
	Категорія посад А	базова управлінська освіта; посадова підготовка; постійне підвищення кваліфікації; антикризове навчання; самоосвіта; навчання сучасних засад адміністрування; навчання основ управління персоналом; набуття знань з формування та аналізу державної політики; постійне оновлення знань щодо світових тенденцій розвитку моделей державних політик інших країн; опанування знань у галузі управління змінами.	
	Категорія посад Б	базова управлінська освіта; посадова підготовка; навчання основ проведення аналітичних досліджень, визначення пріоритетів та виокремлення напрямів політики; навчання основ проведення адміністративного менеджменту організації; навчання алгоритму надання інноваційного менеджменту.	
	Категорія посад В	базова управлінська освіта; посадова підготовка; навчання алгоритму надання адміністративних послуг; самоосвіта	

Рисунок 6.1.1. *Теоретична модель адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я*

Так, перший блок містить психотипи фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я та сфери управління. До основних психотипів віднесемо такі: управлінці (особи, які займаються функціями управління органом

влади, закладом, установою, організацією), виконавці (особи, які реалізують державно-управлінські завдання), новатори (особи, які формують інноваційні шляхи реалізації певних державно-управлінських завдань відповідно до вимог сучасних світових викликів), реформатори (особи, які задіяні в процесах реформування органів влади, процесів, інструментів, механізмів тощо), аналітики (особи, які здійснюють аналітичні функції, формують звіти, визначають результати реалізації певних управлінських процесів), технічні працівники (забезпечують діяльність керівника) та адміністратори процесів (особи, які адмініструють завдання, делегують їх, визначають етапність реалізації тощо).

Відповідно вони реалізують свою посадову діяльність у сфері антикризового менеджменту, демократичного врядування, менеджменту послуг, інноваційного, інтелектуального менеджменту, експертно-аналітичного забезпечення, електронного врядування, адміністративного менеджменту.

Другий блок – це посади (відповідно до Закону України «Про державну службу») та відповідне адаптивне навчання з урахуванням посад, які обіймають відповідні типи фахівців охорони здоров'я в системі державного управління.

Обґрунтовано інформаційно-психологічну складову, яка проявляється в набутті певного знання, і це є активація попереднього знання, яка потім і супроводжується набуттям нового. Новонабуте знання включається у пам'ять через механізм повторення, який є особливо ефективним, коли відбувається за присутності третьої сторони, окрім викладача й студента. Заключним етапом процесу навчання є практична робота, яка може мати вигляд перетворення інформації у новий формат. Найбільш широко вживана для опису набуття навиків є свідомісно-компетентнісна модель, яку варто застосовувати в управлінні та навчанні персоналу.

Фахівці з медичної освіти у процесі навчання сучасних медиків стикаються із викликами, докорінно відмінними від тих, що стояли перед вчителями попередніх поколінь. За кілька останніх десятиліть зміни у сфері охорони здоров'я та розвиток медицини призвели до збільшення вимог щодо

кількості навчального матеріалу, залишаючи таким чином менше часу на викладання. Зміни місць надання медичної допомоги, від відділень інтенсивної терапії до установ підтримки людей із хронічними розладами, вимагають відповідного пристосування в освітній сфері. Знайти час для вивчення таких «нових» галузей, як геноміка, паліативна допомога, геріатрія чи допоміжна медицина, може бути важкою задачею, особливо, коли навчальні плани медичного закладу й так уже перевантажені «традиційними» предметами. Звичне викладання, центроване на постаті викладача, поступається місцем студентоцентричній моделі, яка передає студентам контроль над їхнім навчанням.

Е-навчання охоплює використання інтернет-технологій для покращення знань та вмінь студентів. Е-навчання може бути використане викладачами-медиками для поліпшення ефективності освітніх інтервенцій у світлі соціальних, наукових та педагогічних викликів останніх десятиліть.

Е-навчання також називають веб-навчанням, онлайн-навчанням, розподіленим навчанням, комп'ютерно-опосередкованим навчанням чи інтернет-навчанням. Історично існують дві основні форми е-навчання: дистанційне навчання та комп'ютерно-опосередковане навчання. Дистанційне навчання використовує інформаційні технології для поширення матеріалів серед студентів, які фізично знаходяться на значних відстанях від осередку навчання. Комп'ютерно опосередковане навчання використовує комп'ютери для демонстрації навчальних мультимедійних програм. Ці дві модальності поєднуються у понятті е-навчання в міру того, як Інтернет стає інтегруючою технологією.

Мультимедійне навчання – це поняття, яке тісно пов'язане з е-навчанням та виникає ще до масового поширення інтернет-технологій. Мультимедіа-навчання використовує два чи більше середовища, такі як текст, графіка, анімація, аудіо чи відео, для створення матеріалу (контенту), доступного студентам на комп'ютері. Змішане навчання являє собою такий підхід, який поєднує технології е-навчання із традиційним викладацькоцентрованим навчанням – наприклад, лекція чи презентація доповнюється онлайн-матеріалами.

Викладачі, управлінці та студенти погоджуються, що мультимедійне е-навчання покращує як навчання, так і викладання, оптимізуючи відповідно успішність засвоєння навчальних матеріалів студентами чи ефективність їхнього донесення викладачами. Донесення навчального матеріалу часто називають головною перевагою е-навчання; це включає зокрема збільшену доступність інформації, легкість в оновленні контенту, персоналізовані навчальні інструкції, легкість поширення навчальних матеріалів, стандартизацію контенту. Доступність означає можливість користувачів знаходити потрібний їм матеріал у потрібний час. Покращений доступ до навчальних матеріалів є ключовим моментом е-навчання, оскільки навчання часто виступає тут як незапланований, спонтанний досвід студента. Оновлення електронного контенту легше, ніж оновлення друкованих матеріалів: технології е-навчання дозволяють викладачам модифікувати навчальні матеріали швидко та просто. Студенти отримують важелі контролю над навальним матеріалом, послідовністю навчання, темпом навчального процесу, обсягом часу, що в комплексі дозволяє пристосувати навчальний досвід до індивідуально поставлених задач. Інтернет-технології уможливлюють масове поширення цифрового контенту багатьом користувачам незалежно від місця та часу.

Додатковою сильною стороною е-навчання є те, що воно стандартизує зміст та донесення навчальних матеріалів у межах академічних дисциплін, на противагу, наприклад, традиційній лекції, прочитаній різним групам одного навчального курсу. Автоматизоване відстежування та облік студентської діяльності зменшує адміністративне навантаження на персонал навчального закладу. Більше того, система е-навчання може бути налагодженою так, аби включати оцінювання проміжних та підсумкових результатів навчального процесу.

Переваги щодо покращення навчання є менш широко впізнаваним, але потенційно більш революційним аспектом е-навчання у порівнянні з донесенням контенту. Технології е-навчання пропонують викладачам нову парадигму, засновану на теорії дорослого навчання, яка стверджує, що до-

рослі навчаються через співвіднесення нового з попереднім досвідом, через прив'язку навчання до конкретних потреб та через практично орієнтоване навчання, спрямоване на більш ефективний та результативний навчальний процес. Покращення навчання уможливлює більшу інтерактивність студентів та підвищує студентську ефективність, мотивацію, когнітивні здібності та гнучкість мислення. Навчання є глибоко особистим досвідом: ми навчаємося, бо ми хочемо навчатися. Через залучення студентів до більш активної участі, добре налаштований процес е-навчання може мотивувати їх до кращого засвоєння навчального матеріалу. Інтерактивне навчання зсуває фокус з пасивної, викладацькоцентрованої моделі до активної та студентоцентрованої. Інтерактивність допомагає підтримувати студентську зацікавленість та надає засоби індивідуальної практики й відновлення сил. Е-навчання ефективніше, бо порівняно з традиційним навчанням студенти швидше здобувають необхідні знання, вміння та установки; така ефективність спричиняє до покращеної мотивації та наполегливості. Е-студенти показали кращий рівень запам'ятовування та засвоєння навчального матеріалу і загалом кращі досягнення у знаннях, вміннях та установках.

Створення е-навчального матеріалу (контенту) охоплює кілька складників: після створення матеріалу ним ще треба управляти, доставляти до споживачів та стандартизувати. Е-контент містить всі види навчального матеріалу, які можуть відрізнятися за складністю від окремих занять до великих навчальних модулів. Цифровий навчальний об'єкт можна визначити як групу цифрових матеріалів, структуровану у певний осмислений спосіб та прив'язану до визначеної навчальної задачі. Навчальні об'єкти являють собою окремі, самодостатні одиниці навчального матеріалу, які можуть збиратися та розбиратися навколо конкретних навчальних задач, що використовується викладачами для побудови більших освітніх одиниць, таких як уроки, модулі або цілі академічні дисципліни для виконання вимог навчального плану. Творці контенту використовують основи дизайну та педа-

гогічні принципи для створення навчальних об'єктів та навчальних матеріалів.

Управління контентом містить всі адміністративні функції (наприклад, зберігання, індексування, каталогізація тощо), необхідні для забезпечення доступності е-контенту для користувачів. До прикладів можна віднести інтернет-портали, цифрові сховища (репозиторії), цифрові бібліотеки, системи управління навчанням, пошукові рушії та електронні портфоліо. Наприклад, система управління навчанням – це інтернет-орієнтоване програмне забезпечення, яке управляє доставкою навчального матеріалу по всьому навчальному закладу, включаючи розвинуті можливості моніторингу. Система управління навчанням також може виконувати низку функцій поза власне доставкою та відслідковуванням навчального матеріалу: вона може спрощувати та автоматизувати виконання управлінських і наглядових задач, відзначати студентські досягнення чи компетенції та працювати як сховище необхідних навчальних інструкцій. Основними системами управління навчанням, широко відомими серед медиків, є WebCT та Blackboard, однак існує понад 200 подібних систем, від повністю платних до цілком безоплатних для кінцевого користувача.

Доставка контенту може бути синхронною чи асинхронною. Синхронна доставка відноситься до е-навчання у режимі реального часу, яке проводиться викладачем, причому студенти отримують інформацію одночасно та спілкуються безпосередньо з іншими студентами. Прикладами такого навчання є телеконференції (аудіо-, відео- чи комбіновані), чат-канали та сервіси миттєвого обміну повідомленнями (месенджери). У випадку асинхронної доставки передача та приймання інформації не відбуваються одночасно; студенти відповідають за темпи свого власного навчання. Викладачі та студенти спілкуються через е-пошту або форуми, але не у режимі реального часу. Для асинхронної доставки інформації використовують е-пошту, дошки онлайн-оголошень (форуми), новинні конференції та блоги (веб-журнали).

На додаток до створення, управління та доставки контенту, четвертий складник є необхідною частиною е-навчан-

ня. Все більше зростає розуміння необхідності стандартів у створенні нового е-навчального матеріалу. Подібні стандарти покращують взаємну сумісність та ефективність використання продуктів між багатьма комп'ютерними системами, допомагаючи поширенню е-навчальних матеріалів.

Впровадження технологій е-навчання вимагає значних інвестицій у викладачів, часу, фінансів та простору, які треба виділити для викладацького й адміністративного персоналу. Як і з іншими типами навчальних матеріалів, існують два головні підходи до оцінювання е-навчання: оцінювання процесу та результатів.

Оцінювання процесу вивчає сильні та слабкі сторони програми е-навчання і шляхи досягнення запланованих результатів; такий підхід нерідко дає змогу відтворення позитивних навчальних практик в інших програмах. Однією з форм оцінювання процесу є колегіальний відгук, який у традиційних статтях до наукових журналів покликаний верифікувати якість поданого матеріалу.

Е-навчання вимагає врахування додаткових аспектів порівняно з традиційним навчальним процесом. Наприклад, чи достатньо зручно облаштована навігація по сукупності доступних онлайн-матеріалів? Чи структура сховища навчальних матеріалів сприяє процесу навчання? Чи використовуються ефективно мультимедійні компоненти? Чи є навчальний матеріал достатньо інтерактивним відповідно до рівня студента? Чи обов'язково мати спеціальні комп'ютерні навички, обладнання чи програмове забезпечення? Ці та інші питання окреслюють нові вимоги до колегіального відгуку як до одного із ключових інструментів оцінювання процесу е-навчання.

Оцінювання результатів змін студентських знань, умінь та установок дає змогу виміряти ефективність програми. Методика оцінювання, розроблена Кіркпатріком та ін. ще у 1950-х та пізніше адаптована до викладання медичних дисциплін, може бути використана для оцінки е-навчальних інтервенцій. Модель Кіркпатріка визначає чотири рівні

оцінювання, заснованого на результатах: задоволення, навчання, зміни у поведінці студента та організаційні зміни на рівні навчального закладу. Задоволення визначається через реакції студента на матеріал: чи був він легким або важким для засвоєння, цікавим або нудним тощо. Але рівень задоволення сам собою не визначає рівень усього процесу навчання. Наприклад, відмінний навчальний матеріал, який студенти визначають як дуже важкий для опанування, може бути оцінено як низькоякісний; а навчальний модуль з великою кількістю розважального мультимедійного контенту може отримати найвищі оцінки безвідносно до якості матеріалу.

Відстеження знань, умінь та установок студентів через систему управління навчанням може значно спростити процес оцінювання результатів е-навчання. Підхід, який поєднує оцінювання вмінь та установок (використовуючи е-навчальні технології) із спостереженням та медіацією викладача-фасилітатора, уможливить більш поглиблене оцінювання навичок та поведінки студентів. З іншого боку, оцінювання безпосередніх результатів освітньої програми через вимірювання змін у поведінці студентів, інституційних змін та кращого догляду за пацієнтами часто виявляється складним і ресурсозатратним – як у плані фінансових ресурсів, так і в плані часу, простору та залученого персоналу.

Е-навчання вимагає таких компетенцій викладацького персоналу, які сягають далеко за межі традиційної навчальної діяльності. Більше того, за своєю природою е-навчання пропонує студентам та викладачам можливість широкомасштабного використання, доступу та поширення матеріалів, непорівнянного з іншими типами викладання. Дані оцінювання з колегіальних відгуків разом із наглядом та відслідковуванням через систему управління е-навчанням здатні підтвердити його якість та ефективність. Яким чином викладачів відзначають та нагороджують за їхню посвяту цій справі? Такі види діяльності можна розглядати як підставу для відзначення того чи іншого е-викладача:

1) публікація матеріалів про е-навчання у національному рецензованому онлайн-журналі;

2) оцінювання е-навчальних матеріалів викладача іншими викладачами та студентами;

3) фахові публікації, які описують процес, вплив та науковий внесок е-навчання у медичну освіту;

4) успішне здобуття грантів у е-навчанні/е-викладанні;

5) участь у національних та міжнародних товариствах, які займаються розвитком, пристосуванням та використанням е-навчання у медичній освіті.

У відносно новій галузі е-навчання існують численні дослідницькі можливості. Викладацький та адміністративний персонал разом із громадськістю буде вимагати оцінки впливу е-навчання на якість та ефективність медичної освіти. Екстраполяція методів з інших областей клінічних та освітніх досліджень, включаючи порівняльні дослідження, не є достатньою, оскільки такі дослідження часто ігнорують складність е-навчального процесу. Потенційні області дослідження включають оцінювальні контексти для ефективного використання е-навчання у медичній освіті, диференційоване використання е-навчання у доклінічній та клінічній підготовці медичних спеціалістів, адаптацію е-навчання до широкого спектру медичних спеціальностей та клінічних умов, напрацювання методів спрощення е-навчання з метою ширшого застосування та ефективнішого сприйняття, включення е-навчання як частини змішаної навчальної стратегії та принципове використання мультимедійних навчальних засобів у процесі викладання медичних дисциплін.

Інтеграція е-навчання до існуючого медичного навчального плану має бути результатом добре зваженої стратегії, яка починається з ретельної оцінки потреб, а закривається принциповим рішенням про використання е-навчання. Хоча деякі навчальні заклади пробували використовувати е-навчання як самостійне вирішення питання оновлення чи розширення навчальних планів, видається оптимальною стратегія поступового інтегрування, яка би враховувала вигоди

та обтяження змішаного навчання перед початком масової перебудови навчальних планів.

Складність та масштабність медичних навчальних матеріалів разом із нестачею кваліфікованих експертів та ресурсів у галузі е-навчання, підштовхує до створення центрів підвищення якості е-навчання. Такі центри могли би пропонувати широкий спектр послуг, включаючи розробку та адміністрування систем управління е-навчанням, підготовку та перепідготовку викладацького й адміністративного персоналу, сприяння у розробці контенту, оптимізацію навчальних програм та методик, маркетинг та просування у соціальних мережах, загальний нагляд, підтримку та консультування.

Розвиток е-навчання та комунікативних технологій створюють основу для революційних змін в освіті, дозволяючи навчанню бути індивідуалізованим (адаптивне навчання), покращуючи взаємодію студентів один із одним (кооперативне навчання) та трансформуючи роль викладача від безумовного керівника навчальної групи до порадника-фасилітатора.

Адаптивне навчання використовує технології для оцінки студентських знань, умінь та установок на початку онлайн-підготовки, аби забезпечувати надходження навчального матеріалу на рівні, найбільш пристосованому до кожного студента. В е-навчальному онлайн-середовищі адаптивне навчання є можливим через ідентифікацію студента, персоналізацію контенту (навчального матеріалу) та індивідуалізацію відслідковування, моніторингу підтримки та оцінювання. Адаптивне навчання є виразно студентоцентричним, оскільки воно індивідуалізує навчальну траєкторію для кожного студента, аби той міг успішно досягнути визначених особистих цілей у навчанні.

Потенціал кооперативного навчання щодо зменшення соціальної ізоляції студентів може бути ефективно реалізований через е-навчальні технології. Переваги синхронної дистанційної освіти та кооперативні технології, такі як блоги, дошки оголошень (форуми), чати, е-пошта та клієнти обміну миттєвими повідомленнями (месенджери) роблять таке

навчання більш доступним і легким. Якісні та кількісні дослідження кооперативного навчання у медицині показали вищі рівні задоволення студентів, покращення знань, самосвідомості, розуміння ключових понять, досягнення завдань навчального курсу та змін у практичній професійній діяльності.

Поступовий акцент на постійне навчання та компетентнісно-орієнтовану освіту у медичній галузі спонукав викладачів переоцінити та переглянути свої традиційні ролі. У цій мінливій парадигмі е-викладачі більше не виступають як єдине джерело навчального матеріалу, а стають фасилітаторами навчання та вчителями компетенцій. Е-навчання відкриває перед викладачами можливість розвитку та переходу до цієї нової ролі, забезпечуючи їх достатніми онлайн-ресурсами для фасилітації навчального процесу.

Е-навчання охоплює використання інтернет-технологій для організації різноманітних режимів навчання, які покращують знання та ефективність студентів. Існують підтвердження ефективності е-навчання при викладанні медичних дисциплін, особливо при поєднанні із традиційними викладацько-орієнтованими видами навчальної діяльності. Існують цифрові сховища (репозиторії) е-навчальних матеріалів (деякі з них передбачають можливість колегіального відгуку), де викладачі чи розробники системи можуть подавати матеріали для подальшого поширення або знайомитися із матеріалами інших учасників для розробки власного контенту. Інтеграція е-навчання у додипломну, післядипломну та тривалу підготовку медичних фахівців сприятиме зміщенню акцентів щодо навчання дорослих у цій галузі.

Дослідження сутності механізму впровадження адаптивного навчання у підготовку фахівців з державного управління на сьогодні та у таких важких умовах підготовки фахівців у будь якій сфері публічного адміністрування є досить актуальним. Необхідно звернути увагу на те, що багато науковців досліджували адаптивне навчання під час підготовки фахівців фізико-математичного спрямування, педагогів, менеджменту, філології та з комп'ютерної інженерії тощо. Водночас відсутні дослідження адаптивного навчання під час підго-

товки фахівців з державного управління. Якраз тому назріла необхідність у дослідженні саме механізму впровадження адаптивного навчання у підготовку фахівців з державного управління, яке нині постає на первинний план у навчальному процесі щодо підготовки фахівців будь-якої сфери. Так, за допомогою впровадження інтерактивних методів навчання в освітній процес адаптивне навчання розкриває сучасні можливості підвищення результатів у навчанні, забезпечує найкращий темп засвоєння поданого матеріалу та набуття відповідних компетенційних навичок.

В умовах сьогодення, під час значного впровадження інформаційних технологій у навчально-освітні процеси школярів, студентів, слухачів та курсантів, інформатизація сприяє розвитку адаптивного навчання у підготовці фахівців з державного управління. Саме зазначена інформатизація підготовки фахівців з державного управління сприятиме підвищенню рівня якості освіти та підготовці досвідченого й витребуваного фахівця з державного управління на ринку праці. Треба зазначити те, що безпосередньо застосування адаптивного навчання під час підготовки фахівців з державного управління та використання при цьому інформаційно-комп'ютерних навчальних систем допомагає індивідуалізувати навчально-освітній процес та забезпечити належні умови для диференціювання навчального процесу залежно від рівня підготовки та відповідних потреб студентів. Під час застосування адаптивного навчання якісно здійснюється автоматизований контроль рівня та якості знань фахівців із державного управління. Також відбувається адаптація навчального процесу під відповідні навчальні плани, завдання та індивідуально-особистісні якості й особливості кожного студента.

6.2. Експертне дослідження впливу інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я

За роки незалежності в Україні система охорони здоров'я постійно стикається з низкою проблем. На даний час у нашій державі відсутні обґрунтований план належного розвитку та напрямів діяльності сфери охорони здоров'я. Кількість та якість медичних спеціальностей не доведено до європейських стандартів, не впроваджено міжнародних програм навчання та освіти професійних кадрів для медичних установ, а їх підготовка не завжди відповідає викликам сьогодення. Останніми роками Україна, на жаль, стала «донором» фахового медичного персоналу для значної кількості країн, кожного року втрачаючи більше 6 тис. фахових спеціалістів. Причому ця кількість вже не задовільняється щорічними випускниками вітчизняних вищих та спеціальних навчальних закладів сфери охорони здоров'я. Найбільше дефіцит кадрів позначився на службі невідкладної допомоги, фтизіатричній службі, рентгенслужбі, паталогоанатомічній та дослідній лабораторній службі. Укомплектованість лікарями на сучасному етапі становить 76 %, третина працюючих – лікарі пенсійного віку. За оцінкою вітчизняних та закордонних експертів, неефективним залишається управління галузі охорони здоров'я на всіх рівнях.

Сучасний стан у системі охорони здоров'я держави потребує термінового втручання в її організаційну діяльність з метою прискорення реалізації основних положень законодавчих актів України з питань захисту здоров'я нації. Забезпечення збереження належного стану здоров'я громадян тим самим повинно бути перетворене на найважливіше завдання соціального та економічного напрямів політики розвинутої держави.

Реаліями сьогодення є активне впровадження інформаційно-психологічних компонентів та адаптивних складових

в освітній процес навчання у вищій школі, зокрема, у фахову підготовку майбутніх працівників державного управління у сфері охорони здоров'я. Загалом застосування цих компонентів та складових передбачають процес сприйняття навчальної інформації від різноманітних суб'єктів/об'єктів без урахування зв'язків між ними. Для нього характерні фрагментарність інформаційного потоку, алогічність, максимальна різнорідність інформації, яка потрапляє з високою швидкістю переключення між її фрагментами та відсутністю цілісної картини сприйняття навколишнього оточуючого середовища. Термін «адаптація» в науковій літературі вперше згадується у другій половині 18 ст. німецьким фізіологом Н. Аубертом (нім. – H. Aubert). Цю властивість людського організму він розглядав як здатність пристосування органів сенсорного відчуття людини до дії зовнішніх подразників. Але це трактування явища «адаптації» суто з точки зору позиції фізіології, а зазначена властивість притаманна не тільки суто біологічному існуванню людини. Наприклад, явища психологічної і соціальної адаптації.

Актуальними постають питання експертних досліджень впливу інформаційно-психологічної складової в процесі адаптивного навчання у вищій школі, зокрема, в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я. Ефективність процесу організації управління освітнім середовищем професійного розвитку вчителів залежить від багатьох зовнішніх і внутрішніх чинників, раціонального використання ресурсів, здійснення заходів, спрямованих на забезпечення можливості здійснення ефективної організації управлінської діяльності задля досягнення соціально значущих та особистісних цілей усіх задіяних в освітньому й управлінському процесах. Інструментарієм для вимірювання є факторно-критеріальні моделі дослідження інформаційно-психологічної складової в процесі адаптивного навчання у вищій школі.

Для ефективної організації адаптивного навчання під час підготовки фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я необхідним є аналіз даних проведених уже

досліджень для добору та експертного дослідження інформаційних і психологічних складових адаптивного навчання та вивчення впливу на останній інформаційно-психологічної компоненти процесу навчання. Перелік таких складових у опублікованих дослідженнях різниться. У значній кількості досліджень роблять наголос на складовій «індивідуалізації» адаптивного навчання. У роботах виокремлюють складову «активності» навчання. При цьому автори долучають до переліку складові «системності» та «послідовності», складові «самостійності» та «диференціації». Окремо серед важливих інформаційно-психологічних складових адаптивного навчання також вважають: «варіативність методичного забезпечення»; «сукупність фронтальних, групових та індивідуальних форм навчання»; «соціально-особистісного розвитку», «культурно-історичного та ціннісного розвитку», «компетентнісного підходу»; «контролю та самоконтролю», «функціонування при мінімальній інформації про учасників освітнього процесу», «нечутливості»; «коригування мислення та діяльності студента» та «адаптивного управління інноваційними моделями організації навчання»; «науковість», «динамічність» та «паритетність» адаптивного навчання. На жаль, належної, на нашу думку, уваги не приділено складовим «стимулювання та мотивації» освітнього процесу.

Суттєві зміни у мисленні здобувачів вищої освіти спричинюють необхідність відповідних змін і в їх підготовці до майбутньої професійної діяльності. Саме на цьому наголошено у працях багатьох дослідників. Окреслена проблема щодо використання інформаційно-психологічних складових в адаптивному навчанні при підготовці майбутніх фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я все ще залишається недопрацьованою. Одним зі шляхів її розв'язання може бути перехід від традиційно-предметного до адаптивного навчання таких студентів. Тому потрібним є добір провідних принципів адаптивного навчання з метою їх реалізації у фаховій підготовці майбутніх управлінців зазначеної галузі. Також потрібен теоретико-методологічний розгляд теоретичних та практичних питань експертних до-

сліджень впливу інформаційно-психологічних складових в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я з точки зору можливості використання факторно-критеріальних чинників як цілісного уявлення процесу управління через систему взаємопов'язаних інформаційно-психологічних складових в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я.

Методи дослідження передбачали використання загальноприйнятих наукових та окремих емпіричних прийомів суспільної науки, що засновані на дотриманні вимог системного підходу. Також використані методи критичного аналізу опублікованих результатів досліджень у процесі дослідження впливу інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я, логічного порівняння отриманих при цьому результатів, систематизації та узагальнення, що дало змогу досягти мети дослідження. Крім цього, у процесі роботи застосовувались такі загальні методи досліджень, як узагальнення та порівняння.

Виходячи з наведеного огляду, реалізація потреби експертного дослідження ефективності від впровадження інформаційно-психологічної складової в адаптивне навчання фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я мотивує поведінку людини, спрямовану на дослідження і аналіз нових ситуацій у середовищі, що виникають як із появою нових суб'єктів, так і на основі емоційної оцінки їх зв'язків з іншими людьми, а також співвіднесення із загальними цінностями. Стверджують, що психологічна адаптація є процесом мотивації адаптивної поведінки людини, формування цілі і програми її реалізації, що виникають у відповідь на значущу новизну змін у навколишньому середовищі.

Залежно від реальності під соціальною адаптацією науковці вбачають різний її зміст. Водночас вони вважають, що соціальна адаптація охоплює всю сукупність видів діяльності, яка притаманна людині. Тобто структура та сутність адаптивної діяльності містить якісну оцінку ознак характеру і важливості змін; здійснення при цьому відповідної за необ-

хідності корекції поведінкових особливостей особистості та поточного перетворення оточуючого середовища. Тому соціальну адаптацію розглядають як вид взаємодії особистості з соціальним середовищем, в процесі якого узгоджуються вимоги й очікування учасників. Вона містить інші рівні взаємодії (біологічну і психологічну). На основі механізму адаптації у трьох її різновидах була сформована адаптаційно-розвивальна концепція соціалізації, яка дозволяє коригувати зміст і форми освіти як одного із механізмів соціалізації.

В літературі за проблемою розгляду наводиться поняття «педагогічна адаптація», під яким мають на увазі зміну структури якостей здобувачів освіти, їх інтелектуальної, емоційної, комунікаційної і практичної сфер активності відповідно до освітнього середовища, в якому вони знаходяться. Зміст складових ланцюга адаптації такий:

1) адаптація до пізнавальної діяльності, як до умови певного середовища (навчального). При цьому її результатом є формування якостей особистості;

2) цілеспрямоване формування якостей особистості відбувається в процесі її адаптації до освітнього середовища життєдіяльності;

3) основним засобом формування і розвитку особистості здобувача освіти є його перебування у спеціально створеному освітньому середовищі.

Тобто можна стверджувати, що це двосторонньо спрямований процес навчання, який спрямований на трансформування індивідуальних якостей та характеристик здобувача. При цьому він підлаштовується (проходить адаптацію) засобами дидактичного забезпечення навчального процесу під індивідуальні особисті особливості здобувача вищої освіти з метою досягнення ефективності та результативності навчання.

Процес формування освітньої адаптації, як свідчить практика, реалізується шляхом організації відповідного адаптивного навчання. Під загальним визначенням адаптивного навчання іноді розуміють явище з широким спектром впливу особистості на оточуюче її освітнє, соціальне, морально-етич-

не середовище, або навпаки – впливу зовнішніх і внутрішніх чинників на особистість. Адаптивне навчання у закладах вищої професійної освіти являє собою діалектичну єдність двох процесів: адаптації здобувача вищої освіти до навчання й адаптації системи навчання до індивідуальних особливостей здобувача, що вбачає пристосування до сучасних вимог часу всіх елементів педагогічної системи: цілей, змісту, методів, способів, засобів освітнього процесу, форм його організації та діагностики результатів.

Розглядаючи адаптивне навчання в контексті управління освітньою системою у закладах вищої освіти, визначають його основні функції. До них віднесені полегшення й стимулювання діяльності студентів у процесі фахової підготовки, максимально наближеної до професійної; створення інтелектуальної та емоційної атмосфери у процесі навчання через досвід; надання педагогічної допомоги та психологічної підтримки у розв'язанні проблемних, професійно значимих ситуацій інтерактивними, фахово-доцільними методами безпосередньої взаємодії учасників освітнього процесу.

Аналіз освітньої проблеми адаптивного навчання свідчить про наявність підстав для ідентифікації та характеристики освітньої адаптації у вищій школі як бінарної системи. Тобто поняття «адаптаційного» та «адаптивного» навчання повинні бути розмежовані. Під першим поняттям розуміють пристосування здобувача вищої освіти до навчання у виші, під другим – підлаштування всієї освітньої системи під здобувачів освітнього процесу.

Експертне дослідження впливу інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я як невід'ємної складової підготовки фахівців для неї, дає підстави стверджувати, що способи та види інформаційного впливу на психологію майбутнього спеціаліста можуть бути згруповані таким чином:

- (1) вплив інформаційний та психологічний (інформаційно-психологічний);
- (2) вплив психогенних чинників;

– (3) психоаналітичні складові впливу;
– (4) вплив психотропний та (V) психотронний;
– (5) нейролінгвістичний вплив.

Інформаційно-психологічний (1) характер впливу характеризується особливостями впливу інформаційного потоку під час навчання, причому психологічні особливості такого виду впливу мають за основну мету декларування конкретних ідей світогляду, суспільних поглядів та думок, уявлень, існуючих та/або доведених переконань при одночасному формуванні у суб'єкта освітнього процесу позитивного або негативного ставлення, відчуттєвих емоцій, різноманітних почуттів, загальних психічних та психоемоційних реакцій.

Вплив на рівні психогенної дії (2) в таких випадках є наслідком фізичного впливу на мозок фізичного суб'єкта різноманітних фізичних факторів (звук, світло, освітлення, колір, температура, тиск тощо), а також шокового впливу умов середовища і певних подій емоційного характеру (як позитивного, так і негативного характеру). Внаслідок психогенного впливу фізична особа може втратити здатність до раціональних мислення та дій, дезорієнтуватися в оточуючому просторі, може впасти в стан афекту або депресії, іноді можливі прояви паніки та, так званий, перехід у «стан ступору». Тому і використовується поняття психогенного негативного впливу під час якогось суспільного процесу, зокрема й освітнього. Це також притаманно стану окремих категорій працівників сфери охорони здоров'я, пов'язаного із виконанням ними професійних обов'язків специфічного характеру.

Вплив психоаналітичний (3) характеризується впливом на людську підсвідомість засобами терапевтичного характеру, зокрема в гіпнотичному стані або у стані глибокого сну. Психотронним впливом (4) передбачений вплив на психічний стан людини, використовуючи лікарські препарати, різноманітні хімічні або біологічні форми. Психотропний вплив (5) має на меті вплив на свідомість людини завдяки інформаційному контакту через позачуттєве (неусвідомлене) сприйняття різного роду інформації.

Нейролінгвістичний вплив (б) – передбачає зміну в мотиваційній поведінці особи шляхом доведення до її свідомості спеціалізованих лінгвістичних програм (різноманітні елементи лінгвістичного кодування).

Серед інформаційно-психологічних складових чинників впливу в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я у їх складі чинники активності, самостійності, індивідуальності, систематичності та послідовності. На їх основі активність реалізується в діяльності (навчальній), кінцевим результатом якої є вміння не тільки розв'язання завдань за певним визначеним алгоритмом, але також індивідуальне самостійне конструювання алгоритму при виконанні поставлених професійних завдань. Складова самостійності проявляється у формуванні вмінь самостійно орієнтуватися в нових напрямках діяльності, самостійно мислити та вміти добирати порядок здійснення і відповідні алгоритми при виконанні нових завдань.

Реалізація адаптивного навчання фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я, враховуючи складову індивідуалізації процесу навчання, ґрунтується на особливій взаємодії здобувача освіти та викладача у системі професійного навчання у вищій школі, при якому беруться до уваги індивідуальні особливості здобувача. Такий підхід допомагає у процесі формування високого рівня інтелектуального розвитку студента.

Складова систематичності та послідовності забезпечує формування логічних, послідовних знань, вмінь і навичок не тільки в межах одного досліджуваного питання (теми), але впродовж вивчення наступних, не обов'язково логічно взаємопов'язаних програмою навчальної дисципліни. Також наведені складові адаптивного навчання фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я доцільно доповнити дидактичними складовими, які мають на меті продуктивність навчання з урахуванням індивідуальних можливостей здобувача вищої освіти. Проте їх реалізація має практичну ефективність лише при комплексній взаємній прив'язці до інших загальноприйнятих дидактичних складових.

Експертне оцінювання та опрацювання змісту, суті та особливостей застосування інформаційних технологій як засобу адаптивного навчання фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я потребує дещо критичного підходу до трактування можливості їх застосування, оскільки основою практичного запровадження є особистісна індивідуалізація здобувача вищої освіти, на базі якої конструюються індивідуальні освітні програми навчання фахівців досліджуваної галузі освіти. Тому застосування інформаційних технологій потрібно розглядати крізь призму необхідності застосування складових адаптивного навчання, причому його принципи ґрунтуються на основі індивідуалізації мислення та методологічного вміння адаптуватися (пристосуватися) під індивідуальні навчальні потреби кожного окремо здобувача вищої освіти.

Інформаційно-психологічні складові адаптивного підходу у навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я базуються на системі загальних і спеціалізованих специфічних дидактичних складових, що мають чітко означені взаємні зв'язки. До найважливіших можна небезпідставно віднести складові індивідуалізації освітньої діяльності, науковості, системності, послідовності, самосвідомості та активності тощо. Далі можна розташувати складові динамічності, усвідомленої індивідуальної перспективи, варіативності можливих рішень, навчально-методичного забезпечення та паритетності відносин між учасниками освітнього процесу.

На нашу думку, є доцільним згрупування цих складових у принаймні три узагальнені групи: базові (1), які регулюють процеси адаптації в освітньому процесі підготовки фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я; основні (2), що сприяють процесам адаптації здобувачів вищої освіти цієї галузі до спілкування, взаємних міжособистісних відносин, сприйняття сучасних інтерактивних методів та технологій фахової професійної підготовки фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я; загальні дидактичні (3), які здійснюють регуляторний вплив на процеси освіти у ви-

щій школі з одночасним засвоєнням знань, умінь і навичок та формуванням професійних фахових здібностей і здатності до їх застосування у власній практичній діяльності з управління у сфері охорони здоров'я.

Ці групи складових інформаційно-психологічного забезпечення в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я повинні функціонувати в комплексі як єдина система.

В цій системі вони виконують такі функції:

- формування вимог до освітньої та педагогічної взаємодії викладача і студента, здобувача вищої освіти;
- дотримання вимог дидактичного і психологічного забезпечення умов якісної реалізації адаптивних функцій процесу професійної підготовки майбутніх фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, здійснення дій із реалізації основних принципів, що забезпечують адаптацію студентів у процесі вивчення змісту фахових дисциплін як відносно автономних (наприклад, методики навчання окремих дисциплін), регулюються загальнодидактичними принципами предметного навчання.

Зокрема, загальнодидактичний принцип індивідуального та диференційованого підходів до навчання вимагає врахування індивідуальних здібностей кожного здобувача вищої освіти. Водночас фізіологічно та психологічно індивідуалізовані можливості, притаманні кожному з учасників навчального процесу у вищій школі, дозволяють диференціювати зміст навчального матеріалу за його змістом, структурою та наповненням і рівнями можливості їх опрацювання та засвоєння (сприйняття/відтворення; усвідомлення/розуміння; осмислення, узагальнення/застосування знань, умінь і навичок тощо).

Як відомо, при оцінюванні будь-якого процесу, виду діяльності, явища застосовують елементи загальновідомого кваліметричного підходу, який має на меті кількісний опис характеристик рівня якості будь-яких предметів, об'єктів дослідження або процесів (кількісне оцінювання рівня якості).

На сьогодні у сфері вищої освіти, зокрема і при експертизі рівня якості підготовки фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я, застосовується педагогічна кваліметрія, в якій використовуються методи загальноприйнятої кваліметрії. В нашому випадку в галузі педагогічних вимірювань з метою кількісного оцінювання рівня якості психологічних, педагогічних та дидактичних об'єктів і учасників освітнього процесу за умов застосування методів загальної кваліметрії для кількісного оцінювання параметрів та характеристик педагогічних, психолого-педагогічних та дидактичних характеристик об'єктів та суб'єктів педагогічних вимірювань, за умов комплексного поєднання загальної кваліметрії, основ загальної та спеціалізованої педагогіки, математики, соціології та кібернетики.

Під час експертного дослідження впливу інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я може бути використана факторно-критеріальна модель управління освітнім середовищем професійного навчання у відповідності до алгоритму, який включає наступні етапи:

1) виділення основних параметрів експертного оцінювання;

2) визначення сукупності факторів, необхідних для досягнення заданих параметрів;

3) визначення критеріїв, які характеризують вимоги до кожного з факторів;

4) визначення вагомості параметрів та їх характеристик, факторів впливу та критеріїв оцінки методом експертного оцінювання;

5) оформлюється опис отриманої моделі у визначеному вигляді.

Для побудови факторно-критеріальної моделі виокремлюють параметри оцінювання, критерії експертного оцінювання, фактори, які можуть вплинути на експертів та ін. В якості параметрів беруться ознаки, що дають характеристику основних якостей об'єкта експертного оцінювання (його головні складники), які повинні відповідати основним цілям

оцінюваного об'єкта, тобто інформаційно-психологічні складові в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я. (Фактор, як чинник, причина, умова будь-якого явища, процесу, повинен розкривати одиничний параметр; критерій, як ознака, що є основою визначення, ідентифікації або класифікації, – максимально конкретизувати деталізацію обраного фактору; параметр – розмірне значення, яке дає характеристику об'єкта, що оцінюється експертами).

Для експертного добору параметрів оцінювання інформаційно-психологічних складових в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я слід враховувати, що в ньому загалом виокремлюються три групи параметрів:

1) параметри діяльності навчального закладу державного управління у сфері охорони здоров'я;

2) параметри, що характеризують окремі залежності між керованою й керуючою системами;

3) параметри, які характеризують саму систему управління навчального закладу державного управління у сфері охорони здоров'я. Ці параметри поділяються на більш конкретні, що дає можливість охопити всі напрями діяльності навчального закладу.

Параметри управління освітнім середовищем професійного розвитку викладачів мають відображати і діяльність, і систему управління в навчальному закладі державного управління у сфері охорони здоров'я. Тому визначають дві групи параметрів управління освітнім середовищем, які характеризують систему управління; параметри, що характеризують його діяльність тощо (рис. 3.1.2.).

Експертне оцінювання параметрів здійснюється за відповідними факторами і критеріями. За матеріалами наукових джерел нами складено робочий список факторів і критеріїв із застосуванням методу експертного оцінювання (вибір, ранжування). Усього в процедурі відбору брали участь 100 респондентів.

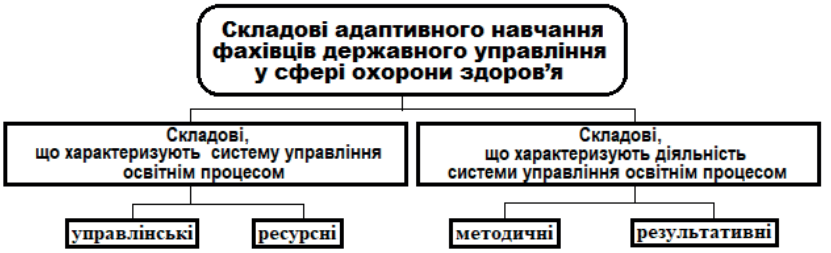


Рисунок 3.1.2. *Параметри складових системи управління навчального закладу державного управління у сфері охорони здоров'я*

Для визначення вагомості (значущості) параметричних складових оцінювання також застосований експертний метод. Створюють експертну групу з фахівців-професіоналів у галузі державного управління у сфері охорони здоров'я (досвідчених викладачів, управлінців галузі за ієрархічними рівнями, науковців, вузькоспеціалізованих фахівців із суміжних галузей, а також зовнішнього оточуючого середовища навчального закладу). Група експертів використовувала при оцінюванні метод Дельфі (який передбачає послідовне коректування отриманих результатів на базі та з урахуванням аргументів кожного окремого експерта на користь виставленої ним оцінки). При цьому можливе застосування будь-якого іншого методу експертного оцінювання (наприклад: рейтингування соціологічних досліджень, бального оцінювання).

Оцінювання кожної факторної складової розраховували як суму добутків результатів оцінок за кожним обраним критерієм відповідно до коефіцієнтів його вагомості; загальну оцінку кожної параметричної складової виводили як суму добутків результатів оцінювання по кожному фактору та відповідному до нього коефіцієнту вагомості; оцінювання по кожному об'єкту проводили за сумою отриманих оцінок за параметричними складовими.

При цьому під час проведення експертного оцінювання потрібно враховувати наступне. Будь-яка структуризація

обраних для дослідження показників має відповідати та узгоджуватись із підсумковою результативністю певного виду управлінської діяльності в освітньому процесі або кінцевому рівню досягнення поставленої мети (бажаного визначеного результату), оскільки тільки показник результативності діяльності свідчить про ступінь досягнення визначеної мети, що є своєю чергою показником рівня (якості, ефективності) використання інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я. Для отримання остаточної експертної оцінки у проведеному дослідженні використовувалась методика, за якою середній рівень визначається 25-відсотковим відхиленням оцінки від середньої в загальному по діапазону отриманих значень оцінок, що дає практичну можливість встановлення рівнів управління у сфері освітнього процесу навчальних закладів охорони здоров'я з використанням інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні здобувачів вищої освіти. Отримані результати показують, якщо загальна сума балів коливається в межах: 0-0,25 – рівень використання інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я управління освітнім середовищем та професійного розвитку викладачів низький; 0,25-0,49 – рівень середній; 0,50-0,74 – рівень достатній; 0,75-1 – рівень високий. Власне дослідження проведене серед 15 установ сфери охорони здоров'я. Результати дослідження показують, що провідними принципами адаптивного навчання є загальні дидактичні. Як свідчить наведений вище аналіз, провідними принципами адаптивного навчання є принципи індивідуалізації, диференціації, системності, послідовності, активності та самостійності. Саме вони і реалізуються в моделі формування дослідницьких умінь здобувачів вищої освіти в умовах використання та впливу інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я.

Проведене дослідження надалі потребує:

– сформувати загальну уяву про освітню складову «педагогічна (освітня) адаптація» як двоспрямований процес навчання, який, з одного боку, спрямований на трансформацію якостей студентів, з іншого – підлаштований засобами дидактичного забезпечення під індивідуально-типологічні особливості студентів для досягнення ефективної результативності навчання;

– довести некоректність розведення понять «адаптаційне» й «адаптивне» навчання та дати їх загальне визначення;

– усвідомити адаптивне навчання як таку організацію навчального процесу, що здійснюється у середовищі, складники якого в процесі постійної взаємодії змінюють один одного;

– виокремити провідні принципи адаптивного навчання, до складу яких входять: індивідуалізація, диференціація, активність, самостійність, систематичність та послідовність.

Застосування факторно-критеріальної (кваліметричної) моделі експертного оцінювання та встановлення рівнів управління у сфері освітнього процесу навчальних закладів охорони здоров'я з використанням інформаційно-психологічної складової в адаптивному навчанні здобувачів вищої освіти дає в результаті цілісне уявлення процесу управління як системи взаємопов'язаних її складників. Виокремлення параметрів та факторів інформаційно-психологічних складових і визначення критеріїв ефективного управління адаптованим освітнім процесом професійного розвитку викладачів сприятиме оцінюванню ступеня реалізації мети досліджуваного освітнього процесу, відображеної в отриманні очікуваного результату – підвищенні ефективності складових управління освітнім середовищем професійного розвитку викладачів закладів вищої освіти в умовах адаптивного навчання фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я.

Предметом подальших досліджень може стати розроблення підходів реалізації відібраних принципів адаптивного навчання, що спрямовані на врахування і трансформацію мислення майбутніх фахівців державного управління у професійній підготовці та їх конкретизацію у системі навчально-пізна-

вальних завдань із фундаментальних навчальних дисциплін підготовки управлінців у сфері охорони здоров'я.

Під час дослідження з'ясовано, що за умов адаптивного навчання фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я проявляться різноманітні впливи, які мають особливу структуру, закони, принципи. Одні спричиняють певні зміни у формах людської активності (поведінці, діяльності, спілкуванні, вчинках), інші – у мотивації, пізнавальних процесах, ще інші – в емоційно-вольовій сфері особистості. Тому ключове значення у поліпшенні теоретичної та практичної складових суспільного буття має вивчення закономірностей, технологій, засобів і прийомів психологічного впливу на соціальну спільноту фахівців державного управління, професійні громади сфери охорони здоров'я.

Потужний розвиток інформатизаційних процесів у сфері управління може призводити до непередбачуваних наслідків. При цьому вплив інформаційної та психологічної складових відіграє роль своєрідного інструментарію адаптивного навчання фахівців державного управління у сфері охорони здоров'я, за допомогою якого здійснюється перебудова та вдосконалення професійних, соціальних, політичних, економічних та інших сфер суспільного громадського середовища, галузі державного управління у сфері охорони здоров'я із метою спрямувати та підвищити ефективність її розвитку.

6.3. Концепція інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління у сфері охорони здоров'я до 2030 року

В якості механізму реалізації теоретичної моделі інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців державного управління в галузі охорони здоров'я України запропоновано прийняття обґрунтованої нами Кон-

цепції інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців державного управління в галузі охорони здоров'я України до 2030 року, у якій закріплено напрямки та заходи щодо впровадження даної освіти та спрогнозовані можливі результати її реалізації.

Нами запропоновано визначити реалізацію даної моделі у Концепції інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я до 2030 року.

Дотримання означених пріоритетів при виробленні державної політики у сфері освіти фахівців охорони здоров'я закладе основи для побудови ефективної стратегії галузі та реалізації дієвих механізмів державного регулювання галузі охорони здоров'я. Зокрема основними шляхами реалізації запропонованої нами новизни ми вбачаємо:

1. Прийняття та реалізацію Концепції інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я до 2030 року;

2. Розроблення навчальних програм для керівних кадрів на державній службі з урахуванням базової управлінської освіти та постійне оновлення таких програм з урахуванням світових тенденцій розвитку моделей державних політик інших країн;

3. Впровадження обов'язкової посадової підготовки в режимі онлайн і без відриву від основної роботи за допомогою інноваційних методів та платформ;

4. Організація систематичного підвищення кваліфікації державних службовців з обов'язковим навчанням сучасних засад адміністрування та набуття знань з основ формування й аналізу державної політики;

5. Організація та впровадження антикризового навчання державних службовців в умовах епідеміологічної ситуації, економічної нестабільності тощо.

Концепція інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління у сфері охорони здоров'я до 2030 року (далі – Концепція) – це

сукупність основних принципів та цілей, які визначають основні положення необхідності та доцільності введення адаптивного навчання в систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації державних службовців, на основі яких повинно здійснюватися управління матеріально-технічною, науковою базою та організацією адаптивного навчання.

Основним завданням Концепції є аналіз стану та визначення актуальних аспектів у сфері вдосконалення організаційної структури вищих навчальних закладів (які будуть займатись адаптивним навчанням фахівців системи державного управління) шляхом створення Всеукраїнського центру підготовки фахівців охорони здоров'я в системі державного управління України (далі – Всеукраїнський центр), а також визначення основних правових, організаційних, фінансових, інших засад, їх вирішення відповідно до Конституції України та законів України з урахуванням норм міжнародного права та Європейського досвіду.

Концепція має стати складовою державної політики забезпечення реформування системи державного управління в Україні.

На наш погляд, основна частина Концепції має складатись із восьми розділів, зокрема:

Розділ 1. Запровадження діяльності Всеукраїнського центру підготовки фахівців охорони здоров'я в системі державного управління.

Розділ 2. Проведення аудиту знань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я та визначення потреб у певних знаннях, уміннях, навичках.

Розділ 3. Проведення психологічних тестувань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я з метою з'ясування їх психологічних типів.

Розділ 4. Розробка практико-орієнтованих навчальних програм, які враховують вимоги до знань, умінь, навичок фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я. Передбачити запровадження таких інноваційних форм навчання: кейс-стаді, професійно-ділові ігрові технології, майстер-класи, метод аналізу і діагностики ситуації,

метод проектів, моделювання, PRES-формула, проблемний (проблемно пошуковий) метод, тренінги, вебінари тощо.

Розділ 5. Запровадження адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я з урахуванням психотипів та посад службовців.

Розділ 6. Моніторинг отриманих знань, умінь, навичок.

Розділ 7. Постійне оновлення знань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я через інтерактивні методи адаптивного навчання та постійне оновлення навчальних програм.

Розділ 8. Формування реєстру викладачів, які оновлюватимуть та проводитимуть аудит навчальних програм з урахуванням потреб галузі управління у сфері охорони здоров'я, розвитку національного й світового суспільства, зміни політичних пріоритетів, глобалізаційних викликів тощо.

Охарактеризуємо зміст кожного з розділів запропонованого проекту Концепції.

Розділ 1. Запровадження діяльності Всеукраїнського центру підготовки фахівців охорони здоров'я в системі державного управління.

На сьогодні служби, яка б уповному обсязі виконувала функції забезпечення адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я України, не існує, оскільки дана функція частково, а іноді побічно покладена на вищі навчальні заклади України, які займаються підготовкою лікарів, фармацевтів, загалом медичних працівників різних категорій.

Одним із недоліків такого підходу є те, що в основу побудови організаційної структури цих вищих навчальних закладів закладено структуру жорсткої вертикалі і чітких ліцензійних меж щодо підготовки бакалаврів, магістрів, інтернів і т. д. Проте, окрім лікарського персоналу та молодшого медичного персоналу, потребують підготовки та перепідготовки фахівці системи державного управління в сфері охорони здоров'я.

До цього треба додати, що діюча організаційна структурі побудована за принципами, визначеними Радянським Союзом, і не придатна для ефективного управління та навчання

фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я України.

Вже тільки ця обставина викликає необхідність комплексної модернізації підходів до навчання фахівців системи державного управління. При цьому заходи та дії повинні бути логічним та послідовним втіленням державницької ідеології з еволюційного розвитку державної служби в України.

За основу треба взяти ту обставину, що всі процеси, які виникають на зрізі взаємодій державних органів з фізичними та юридичними особами, можуть бути подані як результат інформаційних дій між суб'єктами правовідносин у сфері забезпечення національної безпеки і тому не можуть розглядатися у відриві від тих процесів інформаційної взаємодії, в основі яких лежить і формування законодавчої бази держави, і соціально-економічний стан різних категорій суспільства, і політична ситуація в країні.

Всі процеси впливу на людину, суспільство і державу та їхні наслідки є процесами інформаційних впливів (дій), зокрема навчання фахівців системи державного управління на об'єкти національної безпеки, тому необхідно удосконалити процеси інформаційної взаємодії фахівців, які навчають та фахівців, які навчаються між собою.

Характерною особливістю існуючої системи підготовки, перепідготовки та в цілому навчання фахівців системи державного управління та фахівців охорони здоров'я є їхня певна недосконалість, а саме: неузгодженість у діях і суперечливість окремих законів, що регулюють їхню діяльність, нестабільність у визначенні напрямків діяльності за наявності кількох альтернативних функцій, надмірне навантаження на окремі структури, безсистемне та невиправдане витрачання ресурсів для створення формальних показників, перекручування економічної сутності окремих дій.

На даний час не проводиться моніторинг та оперативне вивчення результатів підвищення кваліфікації, підготовки, перепідготовки фахівців системи державного управління та керівних кадрів зокрема.

Відсутня єдина інформаційна база, яка б давала змогу органам державної служби, що функціонують сьогодні, від-

слідковувати інформацію стосовно результатів навчання кадрового потенціалу відповідного центрального органу виконавчої влади чи місцевого самоврядування.

Новий Всеукраїнський центр має стати одним із основних елементів механізму реалізації державної політики із забезпечення адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я (далі – ОЗ).

Структура Всеукраїнського центру повинна виключати ряд недоліків, характерних для діючих нині вищих навчальних закладів та центрів підвищення кваліфікаці, а саме:

1. На сьогодні навчання фахівців державного управління у сфері ОЗ є системою, побудованою за принципом багаторівневої ієрархічної організації: державного, регіонального (область), міського та районного рівнів управління. Кожен регіон має свій орган, однак при цьому не враховуються ні його значимість у географічно-кліматичному розташуванні на мапі України, ні кількість населення, яке його заселяє, його етнічні особливості, ні кількість зареєстрованих суб'єктів господарювання в сфері ОЗ та інші аспекти.

2. Відсутність принципу децентралізації під час виконання функцій забезпечення навчання фахівців системи державного управління в сфері ОЗ призводить до виконання центральними органами України своїх функцій із «запізненням», оскільки основна робота залежить від фахівців ОЗ, а прийняті рішення – від керівників ОЗ, та дублюванням із місцевими й регіональними підрозділами, що спричиняє до витрачання ресурсів.

3. Недостатній рівень визначеності функцій та процедур, котрі повинні виконуватись структурними підрозділами, функціональних обов'язків посадових осіб і працівників, які негативно впливають на ефективність дій та спроможність фахівців своєчасно реагувати на певні події (зокрема при виникненні потреби застосувати елементи антикризового менеджменту).

4. У структурі державних органів країни відсутня служба стандартизації та навчання, що призводить до неузгодженості інструкцій, положень, посадових інструкцій, методичних

рекомендацій та спричиняє дублювання функцій, допущення неточностей та неясностей у нормативних документах, наявність різного трактування нормативних документів різними посадовими особами як на загальнонаціональному, так і на міжнародному рівнях.

Врахування зазначених недоліків у майбутній організаційній структурі Всеукраїнського центру потребує уточнення його цілей та визначення основних принципів його діяльності з конкретизацією їх положень у Законі.

При створенні Всеукраїнського центру повинні бути враховані такі принципи:

Конституційності (верховенство права) та законності;

1) пріоритет прав і свобод людини та громадянина;
2) пріоритет договірних (мирних) засобів у розв'язанні конфліктів;
3) чітке розмежування повноважень за категоріями та психотипами і взаємодія фахівців державногоо управління під час навчання;
4) формування механізму ретельного відбору висококваліфікованих та морально стійких претендентів на посади фахівців державного управління, особливо керівного складу.

Розділ 2. Проведення аудиту знань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я та визначення потреб у певних знаннях, уміннях, навичках.

Як зазначалося вище, основною метою створення Всеукраїнського центру є насамперед виконання статті 17 Конституції України як Основного Закону України та реалізація державної політики захисту економічних інтересів країни на всіх рівнях відповідно до напрямів, визначених Законом України «Про основи національної безпеки України», а також чітка взаємодії як між підвідомчими структурними підрозділами, так і з іншими органами (службами) державної влади в Україні.

Це пов'язано з тим, що оскільки всі процеси в сфері соціально-економічних, політичних та інших відносин є процесами інформаційних впливів (дій) на об'єкти економічної

безпеки, то для того, аби щось поліпшити в органах державної влади України, необхідно передусім удосконалити процеси інформаційної взаємодії суб'єктів даних правовідносин з державними органами і державних органів між собою.

Досягнення цієї мети можливе при побудові такої структури, яка б дозволила підвищити ефективність дії механізму захисту прав та законних інтересів людини і громадянина (стаття 3 Конституції України) шляхом спеціальної ефективної підготовки фахівців державного управління (державних та недержавних службовців), а саме через впровадження адаптивного навчання з використанням інформаційно-психологічної складової.

Такий підхід передбачає проведення періодичного аудиту знань та умінь фахівців державного управління в сфері охорони здоров'я і визначення потреб у певних знаннях, уміннях, навичках, які мають бути здобуті шляхом проходження ними адаптивного навчання.

Реалізація наведених вище положень можлива за умови проведення державної політики, націленої на досягнення стану, за якого робота фахівців державного управління буде спрямована на забезпечення інтересів України в контексті забезпечення національної безпеки, збереження здоров'я нації.

Насамперед це потребує внесення змін до чинного законодавства та нормативно-методологічних матеріалів, що розкривають методи і підходи до навчання фахівців державного управління, впровадження новітніх інформаційних технологій навчання, оснащення сучасними оперативними засобами навчання та управління.

Кінцевий механізм реалізації Концепції визначається виключно Президентом України. Механізм реалізації Концепції передбачає проведення організаційно-правових та наукових заходів, що забезпечують управління процесами створення Всеукраїнського центру, функціонування та вдосконалення адаптивного навчання на всій території України для фахівців державного управління.

Вирішення цих актуальних проблем буде здійснено через:

2.1. Нормативно-правове забезпечення:

2.1.1. Законом України «Про державну службу» потрібно передбачити забезпечення проходження адаптивного навчання фахівцями державного управління на базі Всеукраїнського центру, повинна бути закріплена трирівнева система організації роботи Всеукраїнського центру:

стратегічний рівень – центральний апарат;

тактичний рівень – регіональні управління;

виконавчий рівень – районні, міжрайонні підрозділи.

При цьому на кожному з цих рівнів повинен функціонувати центр: збору, узагальнення й обробки інформації (тобто аудиту знань).

Створення регіональних управлінь буде здійснюватись насамперед шляхом територіального об'єднання кількох областей, які мають близьке географічне розташування, а також із урахуванням кількості населення й суб'єктів господарювання та специфіки їхньої діяльності.

2.1.2. Реалізація Концепції забезпечуватиметься шляхом внесення змін і доповнень до законодавчих та нормативно-правових актів.

Розділ 3. Проведення психологічних тестувань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я з метою з'ясування їх психологічних типів.

3.1. Наукове забезпечення:

3.1.1. В основу науково-технічної бази побудови психологічних тестувань буде покладено системний підхід до питань структуризації та функціонально-інформаційної ідентифікації психотипів фахівців державного управління.

Перед початком адаптивного навчання потрібно проводити комплексне тестування з метою визначення психотипу фахівця та отримання основної інформації про навики, вміння і сприйняття інноваційних методів. Відповідно забезпечення розробки комплексного підходу до адаптивного навчання різних психотипів залежнос від категорії посади державної служби, досвіду роботи та отримання знань, умінь і навичок за попередніми курсами адаптивного навчання.

При цьому основними методологічними напрямами роботи стануть:

а) відображення і прогнозування результатів інформаційної дії на розвиток фахівців державного управління, на її органічний взаємозв'язок із потребами розвитку суспільства та забезпечення існування сильної процвітаючої держави;

б) проведення розрахунку необхідної кількості та місцезнаходження підрозділів Всеукраїнського центру тактичного і виконавчого рівнів на основі визначених критеріїв консолідації;

в) визначення центрів підрозділів, створених у процесі консолідації.

3.1.2. Обов'язкове виявлення та вирішення типових проблем, пов'язаних зі становленням та функціонуванням Всеукраїнського центру, визначення шляхів їх вирішення. Розробка перехідних моделей, механізмів та інших пропозицій, включаючи альтернативні.

Проведення аналізу правових, економічних, соціальних та інших наслідків реалізації розроблених пропозицій.

За результатом таких досліджень потрібно підготувати проекти відповідних нормативно-правових актів, методичні рекомендації.

3.2. Організаційні заходи:

3.2.1. Розробка та здійснення комплексу заходів щодо реалізації Концепції, забезпечення процесу створення організаційної структури Всеукраїнського центру та проведення першого етапу психологічних тестувань для першого вступу на адаптивне навчання.

3.1.3. Надання методичної допомоги органам місцевого самоврядування під час створення структурних підрозділів Всеукраїнськогоо центру.

Розділ 4. Розробка практико-орієнтованих навчальних програм та запровадження інноваційних форм навчання.

4.1. Розробка практико-орієнтованих навчальних програм, які враховують вимоги до знань, умінь, навичок фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я.

4.2. Запровадити в межах адаптивного навчання інноваційні форми навчання: кейс-стаді, професійно-ділові ігрові технології, майстер-класи, метод аналізу і діагностики ситуації, метод проектів, моделювання, PRES-формула, проблемний (проблемно-пошуковий) метод, тренінги, вебінари тощо.

4.3. Матеріально-технічне забезпечення.

Завдання полягає у приведенні капітальних ресурсів до вимог консолідованої організаційної структури Всеукраїнського центру. Це означає забезпечення Всеукраїнськогоо центру сучасними, неорендованими, ізольованими приміщеннями (повинна бути виключена можливість експлуатації приміщень іншими користувачами, окрім працівників Всеукраїнського центру).

Розділ 5. Запровадження адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я з урахуванням психотипів та посад службовців.

5.1. Забезпечення інформаційної інфраструктури результатів психологічного тестування.

Основною умовою ефективного функціонування вдосконаленої організаційної структури стане її забезпечення інформаційною інфраструктурою, яке базуватиметься на значному підвищенні рівня автоматизації процесів керування інформацією, а також здійснення безперебійного технологічного процесу збору, узагальнення та обробки інформації на підставі актуальних і достовірних даних з наступним переміщенням інформації в центральну базу даних.

Це пов'язано з тим, що управління завжди базується на інформації про об'єкт управління. При управлінні адаптивним навчанням такими об'єктами є взаємовідносини між людиною, суспільством і державою. І ці взаємовідносини виявляються в багатьох документах, які є результатом тестувань та надбанням різних міністерств, відомств, державних органів влади. Для отримання повної інформації про об'єкт управління необхідно інтегрувати всю інформацію в єдину інформаційну базу. Саме це і є суттю забезпечення інформаційної інфраструктури.

Необхідною умовою є також забезпечення Всеукраїнського центру локальними мережами та комп'ютерним і перифе-

рійним обладнанням, створення, впровадження експлуатація та супровід єдиної інформаційної, програмно-технічної та телекомунікаційної системи з урахуванням сучасних вимог до захисту та безпеки інформації.

Розділ 6. Моніторинг отриманих знань, умінь, навичок.

Відповідно до вимог Концепції, необхідно побудувати структуру Всеукраїнського центру на трьох організаційних рівнях із чітким визначенням функціонального призначення кожного з них:

Стратегічний рівень – збір, узагальнення й обробка інформації від регіональних управлінь. Розробка відповідних проектів рішень щодо забезпечення адаптивного навчання відповідними програмами. Методичне коригування відхилень від граничних норм реалізації Стратегії реформування державного управління. Розробка проектів стратегічних напрямів діяльності та розвитку Всеукраїнського центру. Створення методологічного та законодавчого забезпечення процесів, що виконуються всіма рівнями Всеукраїнського центру.

Тактичний рівень – збір, узагальнення й обробка інформації від місцевих підрозділів Всеукраїнського центру. Контроль за реалізацією відповідних дій і заходів місцевих підрозділів, спрямованих на коригування відповідних напрямків реалізації Стратегії реформування державного управління та реформи сфери охорони здоров'я. Організація та контроль за впровадженням політики й методології виконавчим рівнем Всеукраїнського центру.

Виконавчий рівень – практичне виконання завдань, проведення адаптивного навчання та зворотній зв'язок.

Розділ 7. Постійне оновлення знань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я через інтерактивні методи адаптивного навчання та постійне оновлення навчальних програм.

7.1. Постійне оновлення знань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я через інтерактивні методи адаптивного навчання – зокрема впровадження нових технологій е-навчання, що дасть можливість використовувати нову технологію, щоб займатися дотеперішньою діяль-

ністю ефективніше чи швидше, інші ж намагаються освоїти нові способи мислення та нові практики, доступні з появою е-навчання. Водночас оскільки освіта, а не технологія сама собою, є головною метою освітнього процесу серед медичних працівників (і як наслідок – у галузі охорони здоров'я кращі результати для пацієнтів), треба мати на увазі, що не завжди можна точно передбачити результати застосування нових технологій у навчальному процесі.

У найширшому сенсі е-навчання – це використання інтернету для навчання. Однак таке лаконічне визначення оминає чимало тонкощів та важливих аспектів е-навчання. Хоча зміст та метод донесення матеріалу теж важливі, е-навчання (яке також часто називають онлайн-навчанням) не є простим розсиланням документів у електронному форматі групі студентів через інтернет. Е-навчання неодмінно містить педагогічний підхід з боку викладача, що передбачає його гнучкість, активність і студентоцентричність; заохочується спілкування і особливо співпраця між викладачами та студентами через засоби асинхронної комп'ютерно-опосередкованої комунікації.

7.2. Можна не лише вирізнити е-навчання та е-викладання як пару відмінних (хоч і досить близьких між собою) понять, а й виокремити такі відносно автономні частини освітньої онлайн-матриці:

- Е-логістика та е-управління. Багато заявок на е-навчання насправді зміцнюють радше управлінський та логістичний напрямки навчального середовища, аніж покращують когнітивний розвиток слухача навчального матеріалу. Це особливо помітно у медицині, де управління розміщенням та переміщенням студентів, складання та уточнення розкладів, підготовка та обробка результатів іспитів, запис у навчальні групи, відслідковування навчального матеріалу та наповнюваності навчальних груп, як і багато інших аспектів планування та неакадемічного спілкування зі студентами за межами навчального процесу й навчального закладу як такого – виступають, однак, суттєвими передумовами для студентської підготовки. Ширше кажучи, є чимало закладів, де

освітня система може та має бути підключена до незалежних центрів управління людськими, часовими та матеріальними ресурсами.

• Е-спільнота як втілена форма глибоко вкоріненого людського бажання співпрацювати, ділитися та надихати у різноманітній спільно-розподіленій діяльності. Так звана «революція Веб 2.0» захопила багатьох зненацька тим, наскільки масово інші беруть участь у створенні контенту (Вікіпедія, особисті чи групові блоги), обміні файлами (відеосервіси на кшталт Ютьюб) та спілкуванні через інтернет (Фейсбук та асинхронні миттєві месенджери). Хоча участь у медичній спільності є важливою частиною процесу соціалізації будь-якого студента, доволі дискусійним може бути питання про те, наскільки така онлайн-залученість є навчанням сама собою. Треба однак зважати на те, що повноту осягнутого студентами у процесі навчання складає не лише формально завчений матеріал до іспитів, але й те, що було інтерналізоване та надалі розвинуте у рольові моделі цих студентів у суспільстві. Безсумнівно, що широке різнобічне обговорення цього питання буде тривати в міру розвитку розуміння е-спільноти як одного з ключових, ядерних понять е-навчання та е-викладання.

Нове мультимедійне середовище охоплює не лише е-слухачів та е-викладачів, але й також багатьох е-управлінців і персонал е-підтримки. Окремо треба відзначити також ролі освітнього технолога та е-бібліотекаря.

Нещодавнє відродження е-бібліотекаря як оновленої форми давньої традиційної професії вповні відображає численні зміни ролей та навіть ідентичностей інформаційних спеціалістів у сучасному світі, які своєю чергою призвели до переосмислення традиційної ролі та місця бібліотекаря у вищому навчальному закладі. Зазвичай е-бібліотекарі розширюють традиційні форми залученості до ключових тем навчального процесу через доказову практику, роботу з літературою, перевірку та підбір інформації, що у комплексі ефективно допомагає як студентам, так і викладачам у роботі з онлайн-ресурсами, зокрема з електронними версіями

журналів та базами даних. Е-бібліотекар підтримує баланс між традиційною фізичною бібліотекою та її онлайн-відповідником.

Значення та важливість поняття е-навчання можна глибше осягнути через розгляд бінарного протиставлення «процес чи явище», а саме того, чи головну увагу треба зосереджувати на цифровому контенті, чи на комп'ютерно-опосередкованому процесі навчання. Важливість цих відмінних точок зору є зрозумілою: у межах певного навчального курсу чи програми насамперед йдеться про доступ до навчальних матеріалів (контенту), тоді навіть сама структура навчального плану може відбивати такий принциповий задум через зосередженість на доступі до тих чи інших матеріалів, приписуваних чи доступних певному викладачеві (групі викладачів). Створення та обмін контентом стають домінуючими аспектам такої системи, у той час як управління навчальними процесами (обговорення на форумах чи у групових чатах) виступає як компонент неспівмірно меншої значущості.

З іншого боку, якщо навчальний курс чи програма – насамперед про залучення до різноманітної діяльності, тоді фокус очевидно зміщується на планування, обговорення та моніторинг діяльності учасників як окремо, так і у межах навчальних підгруп; саме собою створення контенту займає у такій системі не найважливіше місце. Хоча більшість віртуальних навчальних середовищ (ВНС, Virtual Learning Environment) можна ефективно використовувати для кожного з описаних підходів, програмні комплекси локальної розробки (наприклад, у межах одного університету чи групи університетів) показують кращу залученість у місцеву академічну культуру та світогляд.

Для більшої чіткості та зрозумілості ми означаємо «контент» як матеріали, які студенти (учні, слухачі) використовують додатково до того, що вказано у навчальній програмі чи навчальному плані тієї чи іншої дисципліни; це можуть бути сайти, форуми, електронні книгосховища тощо.

Роль контенту у середовищі е-навчання може набувати різноманітних форм, включаючи навчальні матеріали, довідкові

матеріали та будь-які матеріали зі сфери практики, на кшталт наукових статей чи клінічних протоколів й інструкцій.

Матеріали курсу становлять, імовірно, найпопулярніший вид контенту, який пов'язують із е-навчанням; сформовані переважно на основі навчальних посібників та лекційних слайдів, такі матеріали мають відносно невисоку настановчу цінність (перегляд слайдів студентами без можливості доступу до обговорюваного предмету часто перетворює дискусію на цілком беззмістовну), забезпечуючи натомість структурування та сталий доступ до інформації у перебігу курсу чи навчальної дисципліни.

Іншим ключовим джерелом освітнього контенту у навчальному закладі є його бібліотека. Швидко змінюючись для гнучких викликів інформаційної доби, сучасна медична е-бібліотека зазвичай забезпечує доступ до контенту у формі електронних версій книг (таких, як довідники, хрестоматії та підручники), журналів, збірників бібліографічних даних (наприклад, ПабМед) та наукометричних баз даних (Web of Science). Цікаво, що навіть традиційні видання на паперових носіях (наприклад, підручники) зараз видаються разом із електронними версіями чи додатками мультимедіа-контенту (зображення, анімації).

Зрештою, Інтернет як єдине ціле є величезним потенційним джерелом контенту для е-навчання. Всесвітня мережа нараховує багато сайтів, прямо чи опосередковано корисних та придатних для цілей е-навчання, хоча там не завжди і не всюди з належною увагою ставляться до дотримання прав інтелектуальної власності (ПІВ) та достовірності оприлюднюваних матеріалів. Потужність пошукових машин на кшталт Гугл чи Гугл-Академія робить пошук такого контенту відносно простим та зрозумілим. Важливо однак пам'ятати, що пошукові алгоритми зазвичай орієнтовані на контент із найбільшою кількістю переглядів чи вподобальних реакцій, аніж на якісний, однак малопопулярний – що надзвичайно впливає на пошукові стратегії студентів. Останніми роками сплеск популярності онлайн-енциклопедій, і Вікіпедії зокрема, перетворив відкрито доступні бази знань із спільно-розподіленим авторством на ключовий елемент видноколу е-навчання.

Ідея освітнього контенту у формі навчальних об'єктів, зокрема багаторазових навчальних об'єктів (БНО), була предметом обговорень та розвитку ще наприкінці минулого століття. Засновком ідеї було дроблення освітнього контенту на окремі фрагменти, кожен із яких комплексно розкриє окрему тему, і таким чином цей фрагмент можна використовувати будь-коли у подальшому навчанні, незалежно від контексту його початкового виникнення.

Для початківців у е-викладанні хорошим способом початку роботи з аудіо- та відеоконтентом є створення звукових чи відеофайлів, які потім розміщуються на веб-сайті чи у віртуальному навчальному середовищі (ВНС) для використання студентами. До них віднесено записи лекцій, озвучені тексти навчальних посібників чи клінічних протоколів, чи записи клінічних подій, такі як удари серця або кашель.

У порівнянні з е-навчальним контентом процеси е-навчання з часом розвиваються і відпочатково облаштовані так, аби структурувати людську діяльність за допомогою розкладів, правил та протоколів. Поширені форми е-навчальної діяльності включають участь в онлайн-обговореннях, чатах та інших видах як синхронної, так і асинхронної комп'ютерно опосередкованої комунікації (КОК), доступ до спеціального е-навчального контенту, проходження тестів та інших заходів контролю, роботу з короткими вправами для стимуляції мислення чи заповнення онлайн-форм на кшталт підсумкових опитувань після проходження курсу. Хоча чимало форм е-навчальної діяльності є прямими відповідниками традиційних навчальних форм, більшість із них однак (як-то асинхронна комунікація) принципово відрізняються з переходом у онлайн-простір, а для деяких (на кшталт інтерактивних симуляторів) взагалі важко змоделювати інший контекст, окрім віртуального середовища.

В організації е-навчання використовується велика кількість різноманітних засобів, найбільш поширеним підходом є використання інтегрованих комплексів засобів та сервісів, відомих під назвами «віртуальне навчальне середовище» (ВНС), «система управління навчанням» (СУН) та «система

управління курсами» (СУК). Відмінності між конкретними втіленнями цих трьох понять є доволі незначними, що дає можливість вживати їх як синоніми.

Розділ 8. Формування реєстру викладачів, які оновлюватимуть та проводитимуть аудит навчальних програм з урахуванням потреб галузі управління у сфері охорони здоров'я, розвитку національного й світового суспільства, зміни політичних пріоритетів, глобалізаційних викликів тощо.

8.1. Удосконалення структури органів державної влади, діяльність яких спрямована на захист економічних інтересів України шляхом проведення систематичного адаптивного навчання як по вертикалі, так і по горизонталі структури їх апаратів.

8.2. В процесі створення Всеукраїнського центру варто одночасно провести ряд змін, які умовно можна згрупувати у три фази:

- у першій фазі треба внести зміни до законодавства в частині системності проходження адаптивного навчання фахівцями державного управління сфери охорони здоров'я на національному та на регіональних рівнях;
- у другій фазі варто здійснити реорганізацію вищих освітніх закладів ОЗ;
- у третій фазі буде завершено реорганізацію цих ВОЗ та їх консолідацію з виконанням усіх заходів щодо системності навчання фахівців державного управління охорони здоров'я, впровадженням модернізованих операційних та управлінських процесів діяльності центральних органів виконавчої влади.

8.3. Формування реєстру викладачів, які оновлюватимуть та проводитимуть аудит навчальних програм з урахуванням потреб галузі управління у сфері охорони здоров'я, розвитку національного й світового суспільства, зміни політичних пріоритетів, глобалізаційних викликів тощо шляхом виконання таких заходів:

1. Трансформувати організаційну структуру з централізованої в децентралізовану. Це передбачає чітке визначення і розподіл функцій між організаційними рівнями та їх мож-

ливу передачу на нижчі рівні із делегуванням відповідних повноважень та відповідальності.

2. Розробити програму аудиту навчальних програм та графік періодичності проведення такого аудиту.

Передбачити в статутах та установчих документах ВОЗ і Всеукраїнського центру функцію аудиту навчальних програм за такими показниками:

Основні: оцінювання якості освітньої діяльності через формування навчальних програм; допомогти підвищити якість освітньої діяльності в частині впровадження адаптивного навчання та сприяти зростанню суспільної довіри до освіти; при цьому у ВОЗ залишається поле для вибору власної стратегії розвитку і шляхів її реалізації.

Під час проведення аудиту освітні експерти звертатимуть увагу як на успішні аспекти діяльності, так і на ті, де якість освітньої діяльності є низькою та потребує вдосконалення. За результатами аудиту ВОЗ отримуватиме рекомендації, орієнтуючись на які, можливо підвищити рівень освітньої діяльності.

Допоміжні: Крім того, інституційний аудит також розглядатиме діяльність ВОЗ у його взаємодії з засновником та місцевою громадою. Тобто аудит – це комплексне оцінювання незалежними освітніми експертами умов функціонування закладу (матеріально-технічне, кадрове забезпечення, створення інклюзивного освітнього середовища тощо). Тому рекомендації будуть надаватися і засновникам.

8.4. Здійснити розрахунок нормативів витрат часу на виконання функцій аудиту навчальних програм (процедур, операцій), розрахувати штатну чисельність структурного підрозділу аудиту навчальних програм.

8.5. Для проведення консолідації та створення регіональних управлінь беруться до уваги такі критерії:

рівномірність розподілу за кількістю населення;

рівномірність розподілу за кількістю суб'єктів господарювання;

географічна близькість територій, що підлягає об'єднанню;

забезпечення власними приміщеннями;

забезпечення інформаційно-обчислювальною технікою, телекомунікаційними мережами та ін.;

можливість комплектування нових штатів за рахунок перекваліфікації та підвищення місцевих спеціалістів.

8.6. При визначенні кількості та місць розташування відділів Всеукраїнського центру використовуються певні критерії, обрахунок яких потребує чітко визначених алгоритмів та забезпечення найбільш можливої точності під час збору відповідної інформації. Такими критеріями є:

забезпеченість власними приміщеннями;

обсяг роботи за окремими видами інформації;

рівномірність розподілу за кількістю населення;

рівномірність розподілу за кількістю суб'єктів господарювання;

можливість комплектування нових штатів, переважно за рахунок місцевих спеціалістів після відповідної кваліфікації.

8.7. Розробити деталізовану організаційну структуру відділів Всеукраїнського центру, якою передбачатиметься проведення розрахунку необхідної штатної чисельності місцевих підрозділів відповідно до організаційних рівнів та визначення його штатного розпису, а також підготовку документів кінцевого варіанта проекту деталізованої організаційної структури.

8.8. Проведення роботи з найбільш актуальними аспектами політики освітніх інтересів України.

Концепція роботи з цими аспектами базується на новій філософії своєчасного виявлення та упередження схем, яких вони найчастіше використовуються. Для проведення відповідної роботи з нейтралізації таких чинників та недопущення їх у подальшому Всеукраїнський центр повинен мати широкий діапазон адміністративних функцій і процедур.

Розділ 9. Очікувані результати від впровадження Концепції

Виконання цієї Концепції сприятиме реалізації стратегічного курсу України на інтеграцію до Європейського Союзу, посилить роль публічного управління.

Наслідками практичної реалізації Концепції стануть:

- ефективність державної політики у сфері охорони здоров'я в частині підвищення якості підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації фахівців державного управління цієї сфери;
- самодостатність Всеукраїнського центру як освітнього органу європейського типу, зміцнення його кадрового потенціалу, забезпечення ефективної протидії корупції та іншим протиправним проявам серед особового складу;

Прикінцеві положення

Концепція реалізовується відповідно до Указу Президента України.

Втілення розроблених заходів у життя необхідно проводити шляхом затвердження їх організаційно-розпорядчими документами Всеукраїнського центру. У процесі розробки заходів положення Концепції можуть набувати розвитку шляхом їх доповнення та деталізації із збереженням загальної ідеології документа.

Питання для самоконтролю

1) Що таке модель адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я?

2) Які основні складові моделі адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я?

3) Охарактеризуйте психотипи фахівців охорони здоров'я в системі державного управління з урахуванням сфери управління.

4) Які існують категорії посад державної служби?

5) Охарактеризуйте основні складові проекту Концепції інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я до 2030 року.

ВИСНОВКИ

У навчальному посібнику висвітлено результати дослідження авторів, у якому розроблені наукові положення та отримані нові теоретичні і практичні результати, котрі в сукупності вирішують актуальне наукове завдання, що полягає в науковому обґрунтуванні моделі адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я з урахуванням інформаційно-психологічної складової, стану і перспектив розвитку механізмів державного регулювання адаптивного навчання в державному управлінні в цілому.

Результати, отримані в процесі дослідження, дають підстави сформулювати такі висновки:

1. Досліджено сутність та зміст понятійно-категоріального апарату дослідження та виокремлено основні поняття «навчання», «підвищення кваліфікації», «фахівці охорони здоров'я в державному управлінні», «навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я». Обґрунтовано, що інформаційно-психологічна складова адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я – це система методів здійснення розвитку фахівців системи охорони здоров'я в державному управлінні з урахуванням інноваційних психотипів особистості фахівців та їх сприйняття певної професійно-спрямованої інформації для формування важливих якостей, здібностей та знань для заняття певних посад в органах державної влади управління охороною здоров'я.

2. Проаналізовано сучасний стан адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління та з'ясовано, що на сьогодні відсутнє якісне навчання фахівців управління системою охорони здоров'я, навчання має лише загальний характер та не враховує вимоги саме системи управління охороною здоров'я до професійності таких фахівців. Обґрунтовано, що нині фахівці управління системою охорони здоров'я потребують не лише спеціальних знань системи управління охороною здоров'я, а й знань і вмінь прогнозування розвитку управлінської ситуації, вмінь аналі-

зувати державно-управлінську ситуацію та проекціонувати сучасні глобалізаційні тенденції на національний рівень розвитку державного управління у сфері охорони здоров'я.

3. Досліджено закордонний досвід адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління та з'ясовано, що кожна з країн має власну систему навчання державних (публічних службовців). Так, у деяких країнах існує початкова освіта, яка дає право займати посади в системі державної (публічної) служби, далі навчання відбувається на робочому місці та враховує індивідуальні особливості посади, яку займає службовець. Також можна виокремити практико-орієнтоване навчання, яке надає фахівцям можливість отримати знання та навички саме в системі управління охороною здоров'я і якісно та професійно виконувати свої посадові обов'язки.

4. Виокремлено проблеми адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління, а саме: відсутність практико-орієнтованого навчання фахівців, зокрема фахівців охорони здоров'я в системі державного управління; відсутність стандартів навчання фахівців у системі державного управління з урахуванням галузевого підходу; відсутність навчальних закладів, які б реалізовувати саме адаптивне навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління; відсутні реальні механізми залучення практичних фахівців до освітнього процесу з метою формування реальних навичок фахівців охорони здоров'я в системі державного управління; відсутність навчання з урахуванням потреби саме фахівців охорони здоров'я в системі державного управління.

5. З'ясовано інституційний механізм адаптивного навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління та виокремлено такі центральні органи державної влади, які реалізують адаптивне навчання фахівців охорони здоров'я в системі державного управління: Міністерство освіти і науки України, Міністерство охорони здоров'я України, Національне агентство з питань державної служби. Запропоновано створити на базі Міністерства охорони здоров'я України

Всеукраїнський центр підготовки фахівців охорони здоров'я в системі державного управління. До функцій зазначеного центру треба віднести: підвищення кваліфікації фахівців охорони здоров'я в системі державного управління; встановлення стандартів підготовки таких фахівців; визначення та формування практико-орієнтованого навчання; визначення інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я; навчання «протягом життя» (безперервний професійний розвиток); формування системи самоосвіти фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я.

6. Обґрунтовано теоретичну модель інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я. До основних складових інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я належать: 1) базова управлінська освіта, яка дає службовцям знання в галузі управління; 2) посадова підготовка – забезпечує навчання кадрів, які перебувають на певній посаді державної служби; 3) постійне підвищення кваліфікації – спрямоване на оновлення знань персоналу державної служби; формування спеціальних знань та навичок (залежить від галузі сфери управління); 5) практико-орієнтоване навчання; 6) запровадження інституту наставництва; 7) формування мотивації до постійної самоосвіти.

7. Виокремлено шляхи реалізації теоретичної моделі інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я та запропоновано прийняти Концепцію інформаційно-психологічної складової адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я до 2030 року, у якій запропоновані шляхи впровадження даної освіти та спрогнозовані результати її реалізації. До основних розділів Концепції необхідно віднести такі:

Розділ 1. Запровадження діяльності Всеукраїнського центру підготовки фахівців охорони здоров'я в системі державного управління.

Розділ 2. Проведення аудиту знань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я та визначення потреб у певних знаннях, вміннях, навичках.

Розділ 3. Проведення психологічних тестувань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я з метою з'ясування їх психологічних типів.

Розділ 4. Розробка практико-орієнтованих навчальних програм, які враховують вимоги до знань, умінь, навичок фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я. Передбачити запровадження таких інноваційних форм навчання: кейс-стаді, професійно-ділові ігрові технології, майстер-класи, метод аналізу і діагностики ситуації, метод проектів, моделювання, PRES-формула, проблемний (проблемно-пошуковий) метод, тренінги, вебінари тощо.

Розділ 5. Запровадження адаптивного навчання фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я з урахуванням психотипів та посад службовців.

Розділ 6. Моніторинг отриманих знань, умінь, навичок.

Розділ 7. Постійне оновлення знань фахівців системи державного управління в сфері охорони здоров'я через інтерактивні методи адаптивного навчання та постійне оновлення навчальних програм.

Розділ 8. Формування реєстру викладачів, які оновлюватимуть та проводитимуть аудит навчальних програм з урахуванням потреб галузі управління у сфері охорони здоров'я, розвитку національного й світового суспільства, зміни політичних пріоритетів, глобалізаційних викликів тощо.

Список використаних джерел та літератури

1. Абульханова К. А. Способность сознания личности как субъекта жизни. Мир психологии. 2006. № 2. С. 80–95.

2. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни. Москва : Мысль. 1991. 299 [2] с.

3. Адаптивні технології: досвід Knewton. EdEra blog, 2020. URL: http://blog.ed-era.com/knewton/ (дата звертання 03.10.2020).

4. Акопов Г. В. Психология сознания: Вопросы методологии, теории и прикладных исследований. Москва : Изд-во «Институт психологии РАН». 2010. 272 с.

5. Акофф Р., Эмери Ф. О целеустремленных системах. Москва : Книга по Требованию, 2012. 270 с.

6. Андреева Г. М. Социальная психология. Москва : Аспект Пресс, 2002. 364 с.

7. Андрійчук Ю. А. Теоретична сутність та зміст поняття «механізм» URL : http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/28900/1/005_010_010.pdf

8. Анцыферова Л. И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. 512 с.

9. Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р. Большая психологическая энциклопедия. Почему человек ведет себя так, а не иначе. Психологические законы человеческого поведения. Санкт-Петербург : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. 558 с.

10. Арсеньев А. С. Проблема цели в воспитании и образовании. Научное образование и нравственное воспитание. Философско-психологические проблемы развития образования / Под ред. В. В. Давыдова. Москва : ИНТОР, 1994. С. 49–66.

11. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткинд А. М. Метод исследования уровня субъективного контроля. Психологический журнал. 1984. Том 5, № 3. С. 152–162.

12. Балл Г. А. К проблеме взаимосвязи добра и зла в социальном поведении (рациогуманистический подход). Журнал практикующего психолога. 2009. Вып. 15. С. 141–156.

13. Балл Г. А. Психологическое содержание личностной свободы: сущность и составляющие. Психологический журнал. 1997. № 5. С. 7–19.

14. Биркович Т. І., Габорець Ю. Ю. Державне управління та інструменти підвищення рівня освіти фахівців охорони здоров'я. Наукові перспективи: журнал. 2020. № 5 (5) 2020. С. 54–63.

15. Биркович Т. І. Акредитація і регулювання якості медичних послуг в системі охорони здоров'я / Державне управління: удосконалення та розвиток. 2018. № 4. Режим доступу: http: // www.dy.nayka.com.ua

16. Биркович Т. І. Корупція як перешкода на шляху ефективного регулювання системи охорони здоров'я / Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 10. С. 79–82.

17. Биркович Т. І. Державне регулювання в сфері забезпечення права дітей на охорону здоров'я / Вісник Національного університету цивільного захисту України : зб. наук. пр. – Х. : Вид-во НУЦЗУ, 2018. Вип. 1 (8). С. 74–81.

18. Биков В. Ю. Моделі організаційних систем відкритої освіти: монографія. Київ : Атіка, 2008. 684 с.

19. Бобнева М. И. Нормы общения и внутренний мир личности. Проблема общения в психологии / Отв. ред. Б. Ф. Ломов. Москва : Издательство «Наука», 1981. 280 с. С. 241–264.

20. Бодалев А. А. Психология общения. Москва : Издательство «Институт практической психологии»; Воронеж : НПО «МОДЭК», 1996. 256 с.

21. Бойко С. Г. Тенденції та особливості державної кадрової політики у сфері охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування. 2018. № 1. Available at:: http://el-zbirn-du.at.ua/2018_1/12.pdf (дата звернення 02.10. 2020 р.)

22. Бондар В., Шапошнікова І. Адаптивне навчання студентів як передумова реалізації компетентнісного підходу до професійної підготовки вчителя. Рідна школа. 2013. № 11. С. 36–41.

23. Борогев В. В. Психолого-педагогические основы системы адаптивного обучения. Наука и школа. 2001. № 2. С. 12–15.

24. Брушлинский А. В. Деятельность, действие и психическое как процесс. Вопросы психологии. 1984. № 5. С. 17–29.

25. Бубер М. Я і Ти. Шлях людини за хасидським вченням. Пер. з нім. Київ : Дух і літера, 2012. 272 с.

26. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 351 с.

27. Вайсман Р. С. Мотивация учебной деятельности и научно-познавательные интересы студентов. Новые исследования в психологии. Москва, 2002. Вып. 2. С.39–41.

28. Вартанова И. И. К проблеме диагностики мотивации. Вестник МГУ. Психология. Сер. 14. 1998. № 2. С. 15–27.

29. Василенко В. А. Теорія і практика розробки управлінських рішень. Навч. посіб. Київ, 2002. 420 с.

30. Васюк Н. О. Світовий досвід підготовки сучасних менеджерів системи охорони здоров'я (огляд літературних джерел). Державне управління. 2012. № 1. С. 21–26.

31. Васютинський В. О. Інтеракційна психологія влади. Київ, КСУ, 2005. 492 с.

32. Вербицкий А. А., Калашников В. Г. Контекст как психологическая категория. Вопросы психологии. 2011. № 6. С. 3–15.

33. Виртц У., Цобели Й. Жажда смысла: Человек в экстремальных ситуациях: Пределы психотерапии. Москва : Когито-Центр, 2012. 328 с.

34. Вовк В. О. Критерії та показники розвитку суб'єктної позиції особистості в студентському віці. Психологія особистості. 2017, № 1 (8). С. 226–233.

35. Волинець А. Г. Діалогічність людської психіки у її головних визначеннях (За працями Л. С. Виготського, М. М. Бахтіна, В. С. Біблера). Діалогічність як форма існування і розвитку особистості: монографія / За заг. ред. Г. О. Балла, М. В. Папучі. Ніжин : «Міланік», 2007. С. 134–142.

36. Волкова Е. Н. Субъектность как деятельное отношение к самому себе, к другим людям и к миру. Мир психологии. 2005. № 3 (43). С. 33–40.

37. Воловикова М. И. История, современное состояние и перспективы развития психологии личности. Психологический журнал. 2012. Т. 33. № 1. С. 20–29.

38. Воробьева Л. И. Феномен субъектности в культурно-исторической перспективе. Вопросы психологии. 2010. № 6. С. 3–13.

39. Воронцова М. В. Адаптивные технологии обучения. Альманах современной науки и образования. Тамбов : Грамота, 2008. № 4(11). С.49–51.

40. Выготский Л. С. Мышление и речь. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 2. Проблемы общей психологии / Под ред. В. В. Давыдова. Москва : Педагогика, 1982. С. 5–361.

41. Гагарін О. О., Титенко С. В. Дослідження і аналіз методів та моделей інтелектуальних систем безперервного навчання. Наукові вісті НТУУ «КПІ». 2007. № 6 (56). С. 37–48.

42. Гаєвська Л. Методологічне забезпечення дослідження розвитку державногромадського управління освітою в історичній ретроспективі. Економіка та держава. 2009. № 7. С. 106–109.

43. Галеев И. Х. Развитие адаптивных технологий обучения. Вестник ВГУ. 2004. № 4. С. 76–83.

44. Гарькавець С. О. Просоціальна поведінка особистості в екологічному вимірі. Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ : Логос, 2006. Т. 7. Вип. 8. С. 218–221.

45. Гергей Т., Машбиц Е. Психолого-педагогические проблемы эффективного применения компьютера в учебном процессе. Вопросы психологии. 1985. № 3. С. 41–49.

46. Гершунский Б. С. Готово ли современное образование ответить на вызовы XXI века? Педагогика. № 10. 2001. С. 3–12.

47. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. Москва, ЧеРо, при участии издательства «Юрайт», 2000. 336 с.

48. Гнатієнко Г. М., Снитюк В. Є. Експертні технології прийняття рішень. Київ : Маклаут. 2008. 444 с.

49. Гончаренко С. У. Методика як наука. Хмельницький : ХГПК, 2000. 30 с.

50. Гончаров С. М., Кушнір Н. Б. Тлумачний словник економіста. Київ : Центр учб. літ. 2009. 264 с.

51. Горачук В. В., Кошевая С. П., Михальчук В. Н., Мишеев В. Д. Проблема профессионального выгорания менеджеров здравоохранения. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. Київ, 2017. Т. 8. № 4. С. 465–473.

52. Горбунова В. В. Психологія командотворення: ціннісно-рольовий підхід до формування та розвитку команд: монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. 380 с.

53. Гржибовский А. М. Анализ трех и более независимых групп количественных данных. Экология человека. 2008. № 3. С. 50–58.

54. Гуревич Р. С. Інформаційно-телекомунікаційні технології в освіті. Енциклопедія освіти. Київ : Юрінком Інтер, 2008. С. 364–365.

55. Д'яков С. І. Фактори суб'єктності в стресостійкості майбутнього спеціаліста. Практична психологія та соціальна робота. 2011. № 4. С. 19–23.

56. Давыдов В. В. Новый подход к пониманию структуры и содержания деятельности. Вопросы психологии. 2003. № 2. С. 42–49.

57. Демоз Л. Психоистория. Ростов-на-Дону : Феникс, 2000. 512 с.

58. Денисова И. Ю., Баканова М. В. Реализация адаптивной технологии обучения в информационной обучающей системе. Известия ПГПУ им. В. Г. Белинского. 2012. № 28. С. 749–752.

59. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навчально-наукове видання / авт. кол.: М. Білинська та ін.; за заг. ред. М. Білинської. Київ; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.

60. Державне управління: підручник: у 2 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; ред. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін. К.; Дніпропетровськ : НАДУ, 2020. Т. 1. 564 с.

61. Джурило А. П. Актуальні проблеми управління освітніми системами у зарубіжжі: централізація і децентралізація. Електронний ресурс. Український педагогічний журнал. 2015. № 4. С. 170–178.

62. Донцов А. И. Объективное и субъективное благополучие: два подхода к исследуемой проблеме. Вопросы психологии, 2016, № 5. С. 3–14.

63. Досвід застосування очно-заочної форми освіти з елементами дистанційного навчання кафедрою управління охороною

здоров'я / Гойда Н. Г., Вороненко Ю. В., Кошова С. П., Михальчук В. М., Толстанов О. К. Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. Київ, 2017. Вип. 27. С. 30–37. (484 с.)

64. Дьяконов Г. В. Інтерсуб'єктні методи оцінювання психології особистості. Навчальний посібник для вищої школи. Кіровоград, Лисенко В. Ф., 2012. 36 с.

65. Жалдак М. І. Педагогічний потенціал інформатизації навчального процесу. Наукові записки Тернопільського державного пед. університету імені В. Гнатюка. Серія : Педагогіка. 2002. № 6. С. 143–154.

66. Зайчикова Т. В. Соціально-психологічні детермінанти синдрому «професійного вигорання» у вчителів: автореф. дис. … канд. психол. наук: спец. 19.00.05. – Київ, 2005. – 20 с.

67. Зинченко В. П. Сознание и творческий акт. Москва : Языки славянских культур, 2010. 592 с.

68. Зіненко І. М. Використання адаптивної системи навчання для формування математичної компетентності учнів старших класів гуманітарного профілю. Збірник наукових праць. Херсон, 2011. Вип. 57. С. 107–112.

69. Знаков В. В. Духовность человека в зеркале психологического знания и религиозной веры. Психология личности в трудах отечественных психологов / сост. Куликов Л. В. Санкт-Петербург : Питер, 2000. С. 426–436.

70. Зуева М. Л. Возможности использования адаптивной системы обучения для формирования ключевых компетенций. Вестник «Педагогика и психология». 2014. № 5. С. 1–6.

71. Зязюн І. А. Філософія виховання особистості в контексті розбудови Української держави. Краса педагогічної дії. Київ, 1997. С. 44–51.

72. Иванов А. В. Адаптивные системы обучения. Информационные технологии в образовании: международная конференция. Москва. 2010. URL: http://msk.ito.edu.ru/2010/section/64/2289/ index.html (дата звернення 10.05.2019).

73. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 512 с.

74. Індекс здоров'я. Україна – 2019: Результати загальнонаціонального дослідження. Київ, 2020. Available at: http://

health-index.com.ua/HI_Report_2019_Preview.pdf (дата звернення 11.09.2020 р.)

75. Калашнікова А. Адаптація до навчально-пізнавальної діяльності студентів як наукова проблема. Серія : Педагогічні науки. Наукові записки. 2012. Вип. 107 (1). С. 202–208.

76. Карамишев Д., Удовиченко Н. Основні принципи функціонування системи охорони здоров'я в контексті загальнолюдських цінностей соціальної держави. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. 17–18 квіт. 2008 р. Львів. С. 129–136.

77. Квасницька Р. С., Джерелейко С. О. Організаційно-економічний механізм забезпечення бюджетування діяльності промислових підприємств України. Вісник ХмНУ. № 5, т.1. 2012. С. 66–70.

78. Климов Е. А. Психология профессионала. Москва : Издательство «Институт практической психологии», Воронеж : НПО «МОДЭК», 1996. – 400 с.

79. Кобзев І. В., Калякін С. В., Онищенко Ю. М. Система адаптивного контролю знань державних службовців на основі системи управління контентом. Сучасні інформаційні системи і технології: матеріали Першої міжнародної науково-практичної конференції, м. Суми, 15-18 травня 2012 р. Ред. кол.: А. С. Довбиш, О. А. Борисенко, І. В. Баранова. Суми : СумДУ, 2012. С. 116, 117.

80. Коваленко В. П. Адаптивні механізми державного управління освітою в Україні: сутність та особливості впровадження. Сучасні суспільні проблеми у вимірі соціології управління: Збірник наукових праць ДонДУУ. Том XIV. Серія «Специфічні та галузеві соціології». 2013. Випуск 276. С. 48–54.

81. Кожухарь Г. С., Вагурин И. В. Межличностная толерантность студентов и их групповые статусы. Вопросы психологии. 2011. № 5. С. 45–54.

82. Костюк Г. С. Избранные психологические труды. Москва : Педагогика, 1988. – 304 с.

83. Кошова С. П. Історія особистості з інтероцептивними сигналами в теорії державотворення. Шоста всеукраїнська науко-

во-практична конференція «Гуманітарний і інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих вчених», яка відбудеться 13 листопада 2020 р. у Міжнародному гуманітарному університеті.

84. Кошова С. П. Культура управління керівника в практиці державного управління. Журнал «Молодий вчений». № 9 (85). Вересень 2020 р.

85. Кошова С. П. Механізм впровадження адаптивного навчання в підготовку фахівців з державного управління. Електронне наукове видання «Публічне адміністрування та національна безпека». Київ. 2019. № 4 (6). С.44–52.

86. Кошова С. П. Підготовка фахівців управління сферою охорони здоров'я в умовах реформи державного управління. Аспекти публічного управління. Т. 8. № 4. 2020.

87. Кошова С. П. Психологічна складова готовності фахівця у сфері охорони здоров'я до адаптивного навчання. Наукові перспективи. № 6 (6), 2020. 372 с. С. 101–116.

88. Кошова С. П. Психологічний стрес та його вплив на психосоматику. Актуальні проблеми психології: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. За ред. Максименко С. Д., Папучі В. М. К., 2011. Т. 11. Вип. 9. С. 257–265 (577 с.)

89. Кошова С. П. Психологія тестування в процедурах перевірки знань лікарів. Тернопіль, 2020.

90. Кошова С. П. Специфіка адаптивного навчання в сфері державного управління. Аспекти публічного управління. Т. 8. № 3. 2020.

91. Кошова С. П. Хвороба як кризова ситуація в житті людини. Проблеми переживання життєвої кризи: VII Міжнародна науково-практична конференція. 24-26 квітня 2013.

92. Кошова С. П. Вплив і врахування психофізіологічних домінант при дистанційному тестуванні знань лікарів. Сьогодення і майбутнє нових інформаційно-комунікаційних технологій в освітньому процесі ЗДМУ: Всеукраїнська навчально-методична конференція. 25-26 квітня. Запоріжжя, 2018.

93. Кошова С. П. Вплив тяжкої соматичної хвороби на внутрішні структури особистості. Актуальні проблеми психології особистості та міжособистісних взаємин: VII Міжнародна науково-практична конференція. Кам'янець-Подільський, Київ, Жешув, Ченстохова, Брест, Ружомберок, Копитова, 23.04.2017.

94. Кошова С.П. Деякі особливості явища самоактуалізації особистості. Актуальні проблеми психології: Консультативна психологія і психотерапія. Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України / За ред. Максименко С. Д., Кісарчук З. Г. Ніжин : Міланік, 2007. Вип. 4. С. 79–88 (254 с.)

95. Кошова С. П. Історія хворої особистості. Особистість та її історія: VII Міжнародна науково-практична конференція. Ніжин, 16–17.11.2017.

96. Кошова С. П. Кількісна оцінка впливу стресу на результати тестового контролю знань лікарів. 2019.

97. Кошова С. П. Освітня складова в процесі підготовки фахівця державного управління. Сучасні аспекти модернізації науки в Україні: стан, проблеми, тенденції розвитку: ІІ Міжнародна науково-практична конференція (07.10.2020 р., Аланія (Туреччина), дистанційно). Захід під егідою Видавничої групи «Наукові перспективи». С. 45–48.

98. Кошова С. П. Особливості психічних змін у хворих тяжкими соматичними захворюваннями. Journal of Education, Health and Sport. Vol. 6. № 7. 2016. P. 75–90 http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.57123

99. Кошова С. П. Проблема личного опыта в обучении взрослых. 2018.

100. Кошова С. П. Проблеми перцепції нових інформаційних технологій і забезпечення комунікативних компетентностей при безперервному професійному розвитку лікарів у державному управлінні. Матеріали ІІ науково-практичної конференції «Інноватика в сучасній освіті та науці: теорія і практика». 25-26 вересня 2020. Ужгород. Херсон : Молодий вчений. 2020. 104 с. С. 36-38.

101. Кошова С. П. Психологічні проблеми процесу підвищення кваліфікації фахівця. Психологія людини: свідомість і реальність : VIII Міжнародна науково-практична конференція. Ніжин, 2018.

102. Кошова С. П., Горачук В. В., Піщиков В. А. Психологічні особливості мотиваційної складової у навчанні лікарів в післядипломній освіті. Wiadomosco Lekarskie, tom LXXI, 2018, № 3. P. 723–728.

103. Кошова С. П., Круть А. Г. Характеристика стресостійкості та адаптивного потенціалу при навчанні лікарів в післядипломній освіті. Wiadomosco Lekarskie, tom LXXI, 2018, № 7. P. 1379–1385.

104. Кошова С. П., Папуча М. В. Порушення діалогічності при соматичних захворюваннях. Діалогічність як форма існування і розвитку особистості : монографія. За заг. ред. Г. О. Балла, М. В. Папучі. Ніжин : В-во «Міланік», 2007. С. 309–321 (343 с.)

105. Кульман А. Экономические механизмы / Под ред. Н. И. Хрусталевой. Москва : Прогресс, 1993. 192 с.

106. Курило Т. М. Державне управління підготовкою керівників для охорони здоров'я України в умовах європейської інтеграції: автореф. дис.... канд. держ. упр.: 25.00.02 / Курило Т. М.; Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2006. 20 с.

107. Левин К. Теория поля в социальных науках. Санкт-Петербург : Сенсор, 2000. 368 с.

108. Левінас Е. Між нами: Дослідження. Думки про іншого. Київ : Дух і Літера, Задруга, 1999. 312 с.

109. Леонтьев Д. А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. 3-е изд., доп. Москва : Смысл, 2007. 511 с.

110. Лефрансуа Г. Психология для учителя. Прикладная педагогическая психология. Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак, 2003. 416 с.

111. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Волчек В. В. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Дніпропетровськ : Літограф, 2016. 53 с.

112. Лингарт И. Процесс и структура человеческого учения. Москва : Прогресс, 2004. 854 с.

113. Літвінова М. Б. Методична система адаптивного навчання фізики у закладах вищої технічної освіти: дис. д-ра пед. наук: 13.00.02 / Центральноукраїнський державний педагогічний університет ім. В. Винниченка. Кропивницький, 2018. 517 с.

114. Ловцов Д. А., Богорев В. В. Адаптивная система индивидуализации обучения. Педагогика. 2007. № 6. С. 24–27.

115. Локшина О. І. Моніторинг якості освіти: світовий досвід. Педагогіка і психологія. 2003. № 1. С. 108–116.

116. Лукашевич Н. П., Солодков В. Т. Социология образования: Конспект лекций. Киев : МАУП, 1997. 224 с.

117. Лукина Е. Knewton: адаптивное обучение в действии. 2014. Електронний ресурс: https://newtonew.com/overview/knewton-adaptivnoe-obuchenie-v-dejstvii

118. Лурия А. Р. Язык и сознание / Под редакцией Е. Д. Хомской. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1979. 320 с.

119. Льовочкіна А. М. Основи екологічної психології. Київ : МАУП, 2004. 136 с.

120. М'ясоїд П. А. Психологічне пізнання: історія, логіка, психологія. Київ : Либідь, 2016. 560 с.

121. Маєвська О. О. Економічний зміст механізму стимулювання інноваційної активності підприємств легкої промисловості. Вісник ПолтНТУ «Економіка і регіон». № 3(30). 2001. С. 147–151.

122. Максименко С. Д. Генезис существования личности. Киев : Издательство ООО «КММ», 2006. 240 с.

123. Марущак В. Адаптивність державного управління до регулювання економічних процесів. Актуальні проблеми державного управління. 2019. № 2 (78). С. 67–71. URL: http://uran.oridu.odessa.ua/article/view/179076 (дата звертання 03.10.2020) DOI: 10.35432/1993-8330appa2782019179076.

124. Маслоу А. Психология бытия. – Москва : Рефл-бук, Киев : Ваклер, 1997. 304 с.

125. Мей Р. Любовь и воля [Електронний ресурс] / Ролло Мей // М.: «Рефл-бук», Київ : «Ваклер», 1997. Режим доступу до ресурсу: http://psylib.org.ua/books/meyro01/index.htm.

126. Методологічні та теоретичні проблеми психології: навч. посібник. М. С. Корольчук, Ю. Л. Трофімов, В. І. Осьодло та ін. Київ : Ніка-Центр, 2008. 336 с.

127. Мєдінцев В. О. Сучасні інтерпретації й теоретичні моделі діалогу. Діалогічність як форма існування і розвитку особистості : монографія / За заг. ред. Г. О. Балла, М. В. Папучі. Ніжин : «Міланік», 2007. С. 117–133.

128. Митина О. В. Разработка и адаптация психологических опросников. Москва : Смысл, 2011. 235 с.

129. Мінцер О. П., Кошова С. П. Інформаційні технології оцінювання впливу стресу на результати тестового контролю знань лікарів, аналітичний огляд, перше повідомлення. Медична інформатика та інженерія. 2017. № 4. С. 36–43.

130. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування станом на 10 вересня 2020 року, Міністерство розвитку громад та територій України, 2020. Available at: https://decentralization.gov.ua/mainmonitoring (дата звернення 02.10.2020 р.)

131. Моргун В. Ф. Проблемы воспитания познавательной мотивации личности в учебной деятельности. Спецкурс лекций. Москва, ф-т психологии МГУ, 1997. 75 с.

132. Морзе Н. В., Глазунова О. Г. Моделі ефективного використання інформаційно-комунікаційних та дистанційних технологій навчання у вищому навчальному закладі. Інформаційні технології і засоби навчання. 2008. № 2. С. 6.

133. Мороз О. Г. Адаптація молодого вчителя до виховної роботи. Радянська школа. 1990. № 8. С. 64–72.

134. Моросанова В. И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. Москва : Наука, 1998.

135. Мудрик А. В. Социализация человека. 2-е изд., испр. и доп. Москва : Издательский центр «Академия», 2006. 304 с.

136. Наконечна М. М. Допомога іншому: психологічні аспекти. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2012. 184 с.

137. Національна академія державного управління при Президентові України. URL: http://academy.gov.ua/?lang=ukr&tip=osn&tipn=Page&page=1 (дата звертання 03.10.2020).

138. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років / Міністерство охорони здоров'я України, Київ, 2014. Available at: https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf (дата звернення 02.10.2020 р.)

139. Немов Р. С. Психологический словарь. Москва : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007. 560 с.

140. Носенко Ю. Г. Адаптивні системи навчання: сутність, характеристика, стан використання у вітчизняних закладах педагогічної освіти. Науковий журнал «Фізико-математична освіта». 2018. Випуск 3 (17). С. 73–78.

141. Обухова Л. Ф., Корепанова И. А. Зона ближайшего развития: пространственно-временная модель. Вопросы психологии. 2005. № 6. С.13–25.

142. Огієнко О. І. Інформаційні технології як засіб адаптивного навчання дорослих. Інформаційні технології і засоби навчання. 2010. № 6. (20). URL : http://www.ime.edu-ua.net/em.html.

143. Огнев'юк В., Литвин В., Андрущенко А., Кремень В., Толстоухов А. Науково-освітній потенціал нації: погляд у XXI століття. В 3-х кн. Кн.1.: Пріоритет інтелекту. Київ : Навчальна книга, 2004. 638 с.

144. Олпорт Г. Комментарии к предыдущим главам. Экзистенциальная психология. Под редакцией Ролло Мэя. Москва : Апрель Пресс & ЭКСМО-Пресс, 2001. Режим доступу: http://psylib.ukrweb.net/books/meyro04/txt06.htm

145. Опалюк Т. Адаптивне навчання студентів та його структура. Наукові записки. Серія : Педагогіка. 2014. № 2. : http://nbuv.gov.ua/UJRN/NZTNPU_ped_2014_2_12

146. Осин Е. Н. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте. Е. Н. Осин, Е. И. Рассказова. Вестник Московского университета. Серия №14. Психология. 2013. № 2. С. 147–165.

147. Осин Е.Н. Факторная структура краткой версии теста жизнестойкости / Е. Н. Осин. Организационная психология. 2013. Т. 3. № 3. С. 42–60.

148. Орлів М. С. Комплексний механізм державного регулювання підвищення кваліфікації керівних кадрів органів влади, посилання http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/6_2018/35.pdf

149. Панов В. И. Экологическая психология: Опыт построения методологии. Москва : Наука, 2004. 197 с.

150. Папуча М. В. Внутрішній світ людини та його становлення : наукова монографія. Ніжин : Видавець Лисенко М. М., 2011. 656 с.

151. Папуча М. В. Проблеми психології особистісного розвитку. Ніжин : ПП Лисенко М. М., 2008. 384 с.

152. Перетятько В. В. Рівень інтелектуального розвитку як складова дидактичної адаптації студента-першокурсника університету. Вісник Запорізького національного університету. 2010. № 2 (13). С. 223–226.

153. Петренко О. О. Формування адаптивної системи професійного навчання працівників на державному й галузевому

рівнях. Глобальні та національні проблеми економіки. 2014. Випуск 2. С. 995–998.

154. Пєтухова Л. Є. Особливості імплементації ІКТ у навчально-виховний процес вищої школи. Інформаційні технології і засоби навчання. 2008. № 4 (8). URL : http://www.nbuv.gov.ua/e–journals/ITZN/em8/content/ 08pljsho.htm.

155. Пішванова В. О. Принципи адаптивного навчання. Вісник Запорізького національного університету. Педагогічні науки. 2015. № 1 (24). С. 178–183.

156. Плотнікова О. Б. Дидактична адаптація студентів першого курсу вищого педагогічного закладу (на матеріалі вивчення іноземної мови): дис. кандидата пед. наук: 13.00.09 / Національний педагогічний ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2001. 152 с.

157. Погоріляк Р. Ю., Гульчій О. П. Вивчення проблеми підготовки сучасних керівних кадрів охорони здоров'я в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 4 (36). С. 76–80.

158. Подольский Д. А. Методы диагностики морального развития (когнитивное направление). Психологическая диагностика. 2009. № 5. С. 109–120.

159. Поживілова О. В., Радиш Я. Ф., Васюк Н. О., Ляховченко Л. А. Фахівець у галузі управління охороною здоров'я України: пошук моделі. Інвестиції: практика та досвід. 2011. № 19. С. 76–83.

160. Полякова Г. А. Адаптивне управління навчальним процесом в умовах загальноосвітнього комплексу: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.01. Київ, 2003. 20 с.

161. Прийма С. М. Особливості функціонування інтелектуальних адаптивних навчальних систем відкритої освіти дорослих. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2012. № 3. С. 241–254.

162. Про затвердження Положення про систему професійного навчання державних службовців, голів місцевих державних адміністрацій, їх перших заступників та заступників посадових осіб місцевого самоврядування та депутатів місцевих рад: Постанова Кабінету Міністрів України від 06.02.2019 р. № 106. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/106-2019-%D0%BF#Text (дата звертання 03.10.2020).

163. Протасенко К. Методика адаптивного управління при введенні правового режиму надзвичайного стану. Державне управління та місцеве самоврядування: збірник наукових праць. 2011. Вип. 1 (8). URI: http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2011/2011_01(8)/index.html (дата звертання 03.10.2020).

164. Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Для консультантов, психотерапевтов и психологов. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. – 383 с.

165. Психодиагностика толерантности личности // Под ред. Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой. – М.: Смысл, 2008. – С. 72–75.

166. Расторгуева Е. Н. Самоактуализация как субъектный феномен. Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 3. С. 105–118.

167. Ромек В. Г. Русская версия шкалы общей самоэффективности. Иностранная психология. 1996. № 7. С. 71–77.

168. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир. Санкт-Петербург : Питер, 2003. С. 282–426.

169. Рубцов В. В. Социальные взаимодействия и обучение в контексте культурно-исторической психологии и теории деятельности. Мир психологии. 2006. № 3 (47). С. 59–72.

170. Рубцов В. В. Социальные взаимодействия и обучение в контексте культурно-исторической психологи и теории деятельности. Мир психологии. 2006. № 3 (47). С. 59–72.

171. Селіверстов Р. Г. Інформаційна та експертна підтримка моніторингу та аналізу засобів масової інформації органами виконавчої влади. Ефективність державного управління : Збірник наук. праць ЛРІДУ НАДУ при Президентові України. 2009. Вип. 21. С. 265–270.

172. Семиченко В. А. Психологічна структура педагогічної діяльності: навч. посібник. Київ : Видав.-поліграф. центр «Київський університет», 2001. Ч. І. 217 с.

173. Симонов П. В. Сознание и сопереживание. Психология сознания / сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. Санкт-Петербург : Питер, 2001. С. 162–169.

174. Сікора Я. Б. Інструменти адаптивного навчання. Актуальні питання сучасної інформатики. Актуальні питання сучас-

ної інформатики: Conference or Workshop Item. 2018. С. 103 107. URI: http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/28099 (дата звертання 03.10.2020).

175. Сікора Я. Б. Огляд адаптивних навчальних систем. Автоматизація та комп'ютерно-інтегровані технологи у виробництві та освіті: стан, досягнення, перспективи розвитку: Conference or Workshop Item. Секція 6. Інформаційні технології та управління навчальним процесом. 2020. С. 222–224. URI: http://eprints.zu.edu.ua/id/eprint/31235 (дата звертання 03.10.2020).

176. Словари и энциклопедии на Академике. Энциклопедический словарь экономики и права. URL : http://dic.academic.ru/contents.nsf/dic_economic_law/?f=0JzQldCW0JQ=&t=0JzQmNCd0Jg=&nt=232&p=5.

177. Солодухова О. Г. Становлення особистості вчителя у процесі професійної адаптації: монографія. Донецьк : ТОВ «Лебідь», 1996. 176 с.

178. Сорокин П. А. Человек. Цивилизация. Общество. Москва : Политиздат, 1992. 543 с.

179. Сорочинська В. Є. Адаптація студентів вищих навчальних закладів: зарубіжна і вітчизняна практика. Серія : Педагогіка і психологія. Наукові записки ВДУ ім. М. Коцюбинського. Вінниця. 2013. Вип. 40. С. 383–386.

180. Співаковський О. В. Інформаційні технології в управлінні вищими навчальними закладами : метод. посібник. Херсон : Айлайт, 2005. 152 с.

181. Спірін О. М., Шишкіна М. П., Запорожченко Ю. Г. Проблеми інформатизації освіти України в контексті розвитку досліджень оцінювання якості засобів ІКТ. Інформаційні технології і засоби навчання. 2012. № 1(27). URL : http://journal.iitta.gov.ua/index.php/itlt/article/view/632/483.

182. Ставицька С. О. Духовна самосвідомість особистості: становлення і розвиток в юнацькому віці : монографія. Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. 727 с.

183. Степанова М. А. Трактовка психологии развития в работах Л. Ф. Обуховой. Вопросы психологии. 2018. № 3. С. 113–123.

184. Стратегія реформування державного управління України на період до 2021 року: Стратегія Кабінету Міністрів України від

24.06.2016 р. № 474-р. Available at: https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/ru/474-2016-%D1%80 (дата звернення 02.10.2020 р.).

185. Страхова О. П. Система автоматизованого контролю функціонального стану людини, що перебуває в ергатичній системі «особа – комп'ютер» : автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.03.11 / Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Київ, 2019. 24 с.

186. Субботский Е. В. Генезис личности: Теория и эксперимент. Москва : Смысл, 2010. 408 с.

187. Таблиці народжуваності, смертності та середньої очікуваної тривалості життя за 2019 рік: статистичний збірник / Державна служба статистики України. Київ, 2020. Available at: http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2020/zb_tabl_nar_2019.pdf (дата звернення 11.09.2020 р.).

188. Татенко В. Соціально-психологічні механізми впливу людини на людину. Соціальна психологія. 2003. № 1. С. 60–72.

189. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ : Либідь, 2003. 376 с.

190. Титаренко Т. М. Індикатори психологічного здоров'я особистості. Психологічні науки: проблеми і здобутки. 2016. Вип. 9. С. 196–215.

191. Тітов І. Г. Теоретико-методологічні засади дослідження суб'єктності. Особистісне становлення дитини: суб'єктний вимір: монографія. Київ : ВЦ «Академія», 2015.152 с.

192. Топчиев А. В. Модели адаптивного обучения в компьютерных системах. Современные наукоемкие технологии. 2010. № 5. С. 62–68.

193. Ушакова Т. Н., Павлова Н. Д. и др. Слово в действии. Интент-анализ политического дискурса. Санкт-Петербург : Алетейя, 2000. 316 с.

194. Федорук П. І. Адаптивна система дистанційного навчання та контролю знань на базі інтелектуальних інтернет-технологій. монографія: Івано-Франківськ : Прикарпат. нац. ун-т ім. В. Стефаника. 2008. 326 с.

195. Федорук П. І. Адаптація інтелектуальних систем дистанційного навчання та контролю знань до індивідуальних особливостей студентів на основі аналізу якості засвоєних знань. Штучний інтелект. 2006. № 3. С. 180–186.

196. Філіпенко А. С. Основи наукових досліджень. Київ : Академвидав, 2005. С. 20.

197. Флоренская Т. А. Диалог в практической психологии: Наука о душе. Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. 208 с.

198. Франкл В. Воля к смыслу. Москва : Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 368 с. http://www.koob.ru/frankl_viktor/volia_k_smusly

199. Франкл В. Сказать жизни «Да!»: Психолог в концлагере. 2-е изд. Москва : Альпина нон-фикшн, 2011. 239 с.

200. Фромм Э. Иметь или быть? Ради любви к жизни. Москва : Айрис-пресс, 2004. 384 с.

201. Фромм Э. Искусство любить. Исследование природы любви [електронний ресурс]. Москва : АСТ Москва : 2009. 224 с. – Режим доступу: http://loveread.ec/read_book.php?id=49432&p=17 (дата звернення: 10.09.2016).

202. Худоба О. В. Підготовка кадрів як інструмент управління суспільними відносинами: адаптивний підхід в контексті проблематики деменції. Публічне управління та регіональний розвиток. 2019. № 5. С. 602–621.

203. Хьелл Л. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). Санкт-Петербург : Издательство «Питер», 1999. 608 с.

204. Цвєтаєва О. В., Знанецька О. М. Адаптивне навчання в сучасній системі освіти. Збірник наукових праць «Педагогічні науки». Секція 4. Теорія і методика професійної освіти. 2019. Випуск 87. С. 170–175. URL: https://ps.journal.kspu.edu/index.php/ps/article/view/4249 (дата звертання 03.10.2020) DOI: 10.32999/ksu2413-1865/2019-87-31.

205. Чайкіна Н.О. Специфіка професійної адаптації практичних психологів. Серія : Психологія. Вісник ХНУ ім. В. Н. Каразіна. Харків. 2010. Вип. 44. С. 174–177.

206. Чепелєва Н. В. Психологічні основи діалогічної взаємодії з текстом. Розуміння. Інтерпретація. Діалог. Діалогічність як форма існування і розвитку особистості : монографія // За заг. ред. Г. О. Балла, М. В. Папучі. Ніжин : «Міланік», 2007. С. 17–57.

207. Чикер В. А. Психологическая диагностика организации и персонала. Санкт-Петербург : Речь, 2006.

208. Шарко В. Д. Методична підготовка вчителя фізики в умовах неперервної освіти : монографія. Херсон : ХДУ, 2006. 400 с.

209. Штифурак В. С. Адаптація студентів-першокурсників в умовах вищого навчального закладу: автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.04. Луганськ, 1998. 15 с.

210. Щирба М. Фінансова доступність охорони здоров'я: проблеми правового статусу пацієнтів. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Право. 2016. № 39 (1). С. 23–26.

211. Яворський О. В. Структурно-функціональна організація зорової системи на етапі одержання та первинної обробки візуальної інформації: автореф. дис. … д-ра мед. наук: 14.03.11 / Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій і систем. Київ, 2015. 48 с.

212. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Москва : Независимая фирма «Класс», 1999. 576 с.

213. Ясперс К. Смысл и назначение истории. Москва : Политиздат, 1991. 527 с.

214. A 9-Step Theory- and Evidence-Based Postgraduate Medical Digital Education Development Model: Empirical Development and Validation // Robert de Leeuw1, MSc, MD ; Fedde Scheele1, MD, PhD ; Kieran Walsh2, PhD ; Michiel Westerman3, MD, PhD / JMIR Med Educ 2019;5(2):e13004 doi:10.2196/13004 (дата звернення 27.07.2019 р.)

215. Applications and Challenges of Implementing Artificial Intelligence in Medical Education: Integrative Review / Kai Siang Chan1* ; Nabil Zary1,2*, PhD / JMIR Med Educ 2019;5(1):e13930 doi:10.2196/13930 (дата звернення 05.09.2020 р.)

216. Ashford, S., Edmunds, J. and French, D.P. (2010) What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with metaanalysis. British Journal of Health Psychology, volume 15 (2): 265-288. http://dx.doi.org/10.1348/135910709X461752

217. Bandura A. Exercise of Personal and Collective Efficacy in Changing Societies / A. Bandura // Bandura A. (Ed.) Self-efficacy in Changing Societies. – Cambridge University Press, 1999. – P. 1–45.

218. Bandura A. Guide for Constructing Self-efficacy Scales / A. Bandura // Self-efficacy Beliefs of Adolescents (ed. by F. Pajares,

T. Urdan). – Greenwich, Connecticut: Information Age Publishing, 2006. – P. 307–337.

219. Bar-Tal D. Prosocial Behavior: Theory and Research / D. Bar-Tal. – New York, London, Sydney, Toronto, John Wiley & Sons, 1976. – 198 p.

220. Berger P.L. The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge / P.L. Berger, T. Luckmann. – Penguin Books, 1984. – 249 p.

221. Bradley B., Postlethwaite B., Klotz A., Hamdani M., Brown K. Reaping the Benefits of Task Conflict in Teams: The Critical Role of Team Psychological Safety Climate. Journal of Applied Psychology, 2012, Vol. 97, № 1, P. 151–158 DOI: 10.1037/a0024200

222. Brown M., Gordon W.A., and Spielman L. (2003) Participation in Social and Recreational Activity in the Community by Individuals With Traumatic Brain Injury. Rehabilitation Psychology, Vol. 48, № 4, P. 266–274. DOI: 10.1037/0090-5550.48.4.266

223. Caplan S.E. Preference for Online Social Interaction. A Theory of Problematic Internet Use and Psychological Well-Being / Caplan S.E. // Communication Research, Volume 30, Number 6, December, 2003. – P. 625–648.

224. Carr R. B. Combat and human existence: Toward an intersubjective approach to combat-related PTSD / R.B. Carr // Psychoanalytic Psychology, 2011, 28(4), P. 471–496. http://dx.doi.org/10.1037/a0024174.

225. Consensus on Quality Indicators of Postgraduate Medical E-Learning: Delphi Study // Robert Adrianus de Leeuw1,2, MSc, MD ; Kieran Walsh3, MSc, PhD ; Michiel Westerman2, MD, PhD ; Fedde Scheele1, PhD, Prof Dr Med / JMIR Med Educ 2018;4(1):e13 doi:10.2196/mededu.9365 (дата звернення 30.05.2018 р.)

226. Coughlan T. The use of open data as a material for learning. Educational Technology Research and Development. 2019. vol. № 68. P. 383–411. https://doi.org/10.1007/s11423-019-09706-y

227. Crumbaugh J.C. An experimental study in existentialism: The psychometic approach to Frankl's concept of noogenic neurosis / J.C. Crumbaugh, L.T. Maholick // Journal of Clinical Psychology, 1964, 20. P. 200–207.

228. Crumbaugh J.C. Manual of instructions for the Purpose in Life test / J.C. Crumbaugh, L.T. Maholick. – Murfeesboro, TN: Psychometric Affiliates, 1981.

229. Dafermos M. Rethinking Cultural-Historical Theory: A Dialectical Perspective to Vygotsky. Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2018. 310 p.

230. Deci E. L. On the Nature and Functions of Motivation Theories. Psychological Science. 1992. Vol. 3. № 3. P. 167–171.

231. Deci E., Ryan R. The «What» and «Why» of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior / Edward L. Deci, Richard M. Ryan // Psychological Inquiry, 2000, Vol. 11, № 4. – P. 227–268.

232. Digital Problem-Based Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration // Lorainne Tudor Car1,2, MD, MSc, PhD ; Bhone Myint Kyaw1, MBBS, MSc, PhD ; Gerard Dunleavy3, MSc ; Neil A Smart4, PhD ; Monika Semwal3, PhD ; Jerome I Rotgans5, PhD ; Naomi Low-Beer5, MBBS, MD, MRCOG ; James Campbell6, MPH, MSc / J Med Internet Res 2019;21(2):e12945 doi:10.2196/12945 (дата звернення 13.12.2019 р.)

233. Educational Technologies in Problem-Based Learning in Health Sciences Education: A Systematic Review // Jun Jin1, BA, MA, PhD ; Susan M Bridges2, BA, Dip Ed, GradCert(TESOL), MA (AppLing), EdD / J Med Internet Res 2014;16(12):e251 doi:10.2196/jmir.3240 (дата звернення 15.08.2016 р.)

234. Formation of a New Entity to Support Effective Use of Technology in Medical Education: The Student Technology Committee // Jared Andrew Shenson1, BS ; Ryan Christopher Adams1, BS ; S. Toufeeq Ahmed2, PhD, MS ; Anderson Spickard1,2,3, MD, MS / JMIR Medical Education 2015;1(2):e9 doi:10.2196/mededu.4676 (дата звернення 29.11.2015 р.)

235. Gamification in Stress Management Apps: A Critical App Review // Alexandra Hoffmann, MSc ; Corinna A Christmann, PhD ; Gabriele Bleser, PhD / JMIR Serious Games 2017;5(2):e13 doi:10.2196/games.7216 (дата звернення 09.03.2018 р.)

236. Gillespie A. Conflicting community commitments: a dialogical analysis of a British woman's World War II diaries / Gillespie A., Cornish F., Aveling E.-L. and Zittoun T. // Journal of community psychology, 2007, 36 (1). P. 35–52. DOI: 10.1002/jcop.20215.

237. Health Professions' Digital Education: Review of Learning Theories in Randomized Controlled Trials by the Digital Health

Education Collaboration // Shweta Bajpai1,2, PhD ; Monika Semwal1,2, PhD ; Ram Bajpai1, PhD ; Josip Car1,3, MD, PhD ; Andy Hau Yan Ho1,4,5, PhD, EdD / J Med Internet Res 2019;21(3):e12912 doi:10.2196/12912 (дата звернення 03.12.2019 р.)

238. Holmes W., Bialik M., & Fadel C. Artificial Intelligence in Education: Promises and Implications for Teaching and Learning. A report from the Center for Curriculum Design: Boston, MA: Center for Curriculum Redesign, 2019. P. 242

239. How an Environment of Stress and Social Risk Shapes Student Engagement With Social Media as Potential Digital Learning Platforms: Qualitative Study //Becky Hartnup, BSc Econ, MBA ; Lin Dong*, BA (Hons), MSc ; Andreas Benedikt Eisingerich*, BSc, MPhil, PhD / JMIR Med Educ 2018;4(2):e10069 doi:10.2196/10069 (дата звернення 06.06.2018 р.)

240. How We Evaluate Postgraduate Medical E-Learning: Systematic Review // Robert de Leeuw1,2, MSc, MD ; Anneloes de Soet2, BSc ; Sabine van der Horst2, BSc ; Kieran Walsh3, MD, PhD ; Michiel Westerman4, MD, PhD ; Fedde Scheele1, MD, PhD / JMIR Med Educ 2019;5(1):e13128 doi:10.2196/13128 (дата звернення 19.10.2019 р.)

241. Influences on the Implementation of Mobile Learning for Medical and Nursing Education: Qualitative Systematic Review by the Digital Health Education Collaboration // Priya Lall1, PhD ; Rebecca Rees2, PhD ; Gloria Chun Yi Law3, PhD ; Gerard Dunleavy3, MSc ; Živa Cotič4, MSc ; Josip Car3,5, MSc, MD, PhD, DIC, FFPH, FRCP / J Med Internet Res 2019;21(2):e12895 doi:10.2196/12895 (дата звернення 23.12.2019 р.)

242. Investigating the Relationship Between Resilience, Stress-Coping Strategies, and Learning Approaches to Predict Academic Performance in Undergraduate Medical Students: Protocol for a Proof-of-Concept Study // Yajnavalka Banerjee1,2,3, BSc (Hons), PhD ; Aya Akhras1, HSC ; Amar Hassan Khamis4, BSc, MSc, PhD, DEA ; Alawi Alsheikh-Ali1, MD ; David Davis2,5, MD // JMIR Res Protoc 2019;8(9):e14677 doi:10.2196/14677 (дата звернення 21.10.2019 р.)

243. Jerusalem M. Self-efficacy as a Resource Factor in Stress Appraisal Process / M. Jerusalem, R. Schwarzer // Schwarzer R (Ed.) Self-efficacy: Thought control of action. – Washington, DC: Hemisphere. – 1992. – P. 195–213.

244. Jerusalem M. Self-efficacy in Stressful Life Transitions / M. Jerusalem, W. Mittag // Bandura A. (Ed.) Self-efficacy in Changing Societies. – Cambridge University Press, 1999. – P. 177–201.

245. Koshevaya S.P., Mihalchuk V.N., Shaporenko O.I., Radysh Y.F. The role and place of public policy in the processes of reforming the state governance system. Wissenschaft für den modern menschen. wirtschaft, management, tourismus, bildung, philosophie, gesetz. Book 1. Part 3 / [team of authors: Halynska Y., Lvovich Y.E., Pishenina T.I., Preobrazhenskiy A.P., Shaporenko O.I., Stovpets O.V. and etc.]. Karlsruha: NetAkhatAV. 2020. 181p. ISBN 978-3-9821783-2-5. P. 29–39.

246. Malmström M.F. Gender, agency, and embodiment theories in relation to space » / Maria Frederika Malmström // Égypte/ Monde arabe [Online], Troisième série, Local Governance in the Arab World and the Mediterranean: What Role for Women?, Online since 31 December 2012, connection on 26 April 2017. URL : http://ema.revues.org/2985 ; DOI : 10.4000/ema.2985.

247. Managing and Controlling Stress Using mHealth: Systematic Search in App Stores // David Blázquez Martín1*, PhD ; Isabel De La Torre1*, PhD ; Begonya Garcia-Zapirain2*, PhD ; Miguel Lopez-Coronado1*, PhD ; Joel Rodrigues3*, PhD /JMIR Mhealth Uhealth 2018;6(5):e111 doi:10.2196/mhealth.8866 (дата звернення 25.11.2018 р.)

248. Medical Doctors' Offline Computer-Assisted Digital Education: Systematic Review by the Digital Health Education Collaboration // Hayfaa Abdelmageed Wahabi1, MSc, MD, PhD, FRCOG, FRCS (Ed) ; Samia Ahmed Esmaeil1, MD, MBBS ; Khawater Hassan Bahkali1,2, MD, MPH ; Maher Abdelraheim Titi1,3, RN, MSN ; Yasser Sami Amer1,4, MD, MPed ; Amel Ahmed Fayed5,6, MD, PhD ; Amr Jamal1,2, MD, PhD ; Nasriah Zakaria7, PhD ; Amna Rehana Siddiqui2,8, MD, PhD ; Monika Semwal9, PhD ; Lorainne Tudor Car10, MD, PhD ; Paul Posadzki9, PhD ; Josip Car9, MSc, MD, PhD, FRCP, FFPH / J Med Internet Res 2019;21(3):e12998 doi:10.2196/12998 (дата звернення 09.01.2020 р.)

249. Medical education today: all that glitters is not gold L. Maximilian Buja BMC Medical Education volume19, Article number: 110 (2019) Cite this article 5428 Accesses 2 Citations (дата звернення 11.09.2020 р.)

250. Microlearning in Health Professions Education: Scoping Review // Jennie Chang De Gagne1, PhD, DNP, RN-BC, CNE, ANEF, FAAN ; Hyeyoung Kate Park1, PhD, RN ; Katherine Hall2, MSN, RN ; Amanda Woodward3, MLIS ; Sandra Yamane4, MS, MSN, AGNP-C ; Sang Suk Kim5, PhD, RN / JMIR Med Educ 2019;5(2):e13997 doi:10.2196/13997 (дата звернення 03.01.2020 р.)

251. Muddy S. Hardiness: an Operationalization of Existential Courage / S. Muddy // Journal of Humanistic Psychology. 2004. Vol. 44, № 3. – P. 279–298.

252. Muddy S. The Personality Construct of Hardiness III: Relationships with Repression, Innovativeness, Authoritarianism and Performance / S. Muddy, R. Harvey, D. Khoshaba, J. Lu, M. Persico, M. Brow // Journal of Personality. 2006. Vol. 74, № 32. – P. 575–598.

253. Muddy S. The Story of Hardiness: 20 Years of Theorizing, Research and Practice / S. Muddy // Consulting Psychology Journal. 2002. Vol. 54. – P. 173–185.

254. Myers D.G. The pursuit of happiness: Who is happy – and why. New York: William Morrow, 1992.

255. Offline Digital Education for Medical Students: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration // Bhone Myint Kyaw1, MBBS, MSc, PhD ; Pawel Posadzki2, PhD ; Gerard Dunleavy2, MSc ; Monika Semwal2, PhD ; Ushashree Divakar2, MSc ; Vasilis Hervatis3, PhD ; Lorainne Tudor Car1,4, MD, MSc, PhD / J Med Internet Res 2019;21(3):e13165 doi:10.2196/13165 (дата звернення 12.12.2019 р.)

256. Offline Digital Education for Postregistration Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration // Pawel Posadzki1, PhD ; Malgorzata M Bala2, MD, PhD ; Bhone Myint Kyaw3, PhD, MBBS ; Monika Semwal1, PhD ; Ushashree Divakar1, MSc ; Magdalena Koperny4, PhD ; Agnieszka Sliwka5, PhD ; Josip Car1, MD, PhD, FRCP, FFPHм / J Med Internet Res 2019;21(4):e12968 doi:10.2196/12968 (дата звернення 29.11.2019 р.)

257. One on one for everyone. The unique advantage of Knewton adaptive learning. Режим доступу: https://www.knewton.com/approach/.

258. Online Digital Education for Postregistration Training of Medical Doctors: Systematic Review by the Digital Health Education

Collaboration // Pradeep Paul George1,2,3, BSMS, MSc, PhD ; Olena Zhabenko4, MD, PhD ; Bhone Myint Kyaw5, MSc, MBBS, PhD ; Panagiotis Antoniou6, PhD ; Pawel Posadzki4, PhD ; Nakul Saxena7, PhD ; Monika Semwal4, PhD ; Lorainne Tudor Car5, MSc, PhD, MD ; Nabil Zary8,9,10, PhD ; Craig Lockwood2, PhD ; Josip Car4,11, MD, PhD, DIC, MSc, FFPH, FRCP (Edin) / J Med Internet Res 2019;21(2):e13269 doi:10.2196/13269 (дата звернення 24.11.2019 р.)

259. Piff P., Dietze P., Feinberg M., Stancato D., Keltner D. Awe, the Small Self, and Prosocial Behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 2015, Vol. 108, № 6, 883–899. http://dx.doi.org/10.1037/pspi0000018

260. Posttraumatic Stress Disorder and Mobile Health: App Investigation and Scoping Literature Review // Carolina Rodriguez-Paras1*, MS ; Kathryn Tippey2*, PhD ; Elaine Brown3*, MA ; Farzan Sasangohar1,4,5*, PhD ; Suzannah Creech6*, PhD ; Hye-Chung Kum1,4,7*, PhD ; Mark Lawley1,4*, PhD ; Justin K Benzer6,8*, PhD / JMIR Mhealth Uhealth 2017;5(10):e156 doi:10.2196/mhealth.7318 (дата звернення 27.11.2017 р.)

261. Reis H.T. Daily well-being: The role of autonomy, competence, and relatedness / H.T. Reis, K.M. Sheldon, S.L. Gable, J. Roscoe, R.M. Ryan // Personality and Social Psychology Bulletin. – 2000. Vol. 26, № 4, April. – P. 419–435.

262. Rogers, Carl R., and Rosalind F. Dymond, eds. Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach. Chicago: University of Chicago Press, 1954.

263. Rotter J.B. Internal versus External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable / J.B. Rotter // American Psychologist, 1990, № 45. – P. 489–493.

264. Shaporenko O.I., Mihalchuk V.N., Radysh Y.F., Koshevaya S.P. The role and place of public policy in the processes of reforming the state governance system. International scientific symposium (Germany) (30-31. March. 2020). Режим доступу: www.sworld.edukation. International scientific symposium (Germany) (30-31. March. 2020).

265. Smartphone-Based Self-Assessment of Stress in Healthy Adult Individuals: A Systematic Review // Helga Þórarinsdóttir, B Med ; Lars Vedel Kessing, MD, Prof. Dr. med. ; Maria Faurholt-

Jepsen, MD / J Med Internet Res 2017;19(2):e41 doi:10.2196/jmir.6397 (дата звернення 30.12.2017 р.)

266. Stellar J., Willer R. Unethical and Inept? The Influence of Moral Information on Perceptions of Competence. Journal of Personality and Social Psychology, 2018, Vol. 114, №. 2, p. 195–210. http://dx.doi.org/10.1037/pspa0000097

267. Telemedicine Training in Undergraduate Medical Education: Mixed-Methods Review Shayan Waseh1, MPH ; Adam P Dicker2,3, MD, PhD, FASTRO JMIR Med Educ 2019;5(1):e12515 doi:10.2196/12515 (дата звернення 13.07.2019 р.)

268. Test-Enhanced E-Learning Strategies in Postgraduate Medical Education: A Randomized Cohort Study // Lisa A DelSignore1,2,3*, MD ; Traci A Wolbrink1,2,3*, MPH, MD ; David Zurakowski2,3*, PhD ; Jeffrey P Burns1,2,3*, MPH, MD / J Med Internet Res 2016;18(11):e299 doi:10.2196/jmir.6199 (дата звернення 30.11.2016 р.)

269. The Benefit of Web- and Computer-Based Interventions for Stress: A Systematic Review and Meta-Analysis // Elena Heber1,2,3, PhD ; David Daniel Ebert2,4, PhD ; Dirk Lehr1,2, PhD ; Pim Cuijpers2,5, PhD ; Matthias Berking2,4, PhD ; Stephanie Nobis2, PhD ; Heleen Riper2,5,6, PhD / J Med Internet Res 2017;19(2):e32 doi:10.2196/jmir.5774 (дата звернення 10.01.2018 р.)

270. The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis Qian Liu, MMSc, Weijun Peng, MMSc, [...], and Weirong Yan, PhD Computers & Education Volume 145, February 2020, 103726 (дата звернення 05.03.2020 р.)

271. The Use of Social Media in Interprofessional Education: Systematic Review // Audra Rankin1, DNP, APRN, CPNP, CNE ; Maria Truskey2, MLIS ; Margaret S Chisolm3, MD / JMIR Med Educ 2019;5(1):e11328 doi:10.2196/11328 (дата звернення 31.08.2019 р.)

272. Usability Factors Associated With Physicians' Distress and Information System–Related Stress: Cross-Sectional Survey // Tarja Heponiemi1, PhD ; Sari Kujala2, PhD ; Suvi Vainiomäki3, PhD ; Tuulikki Vehko1, PhD ; Tinja Lääveri4, MD ; Jukka Vänskä5, MSocSci ; Eeva Ketola1, PhD ; Sampsa Puttonen6, PhD ; Hannele Hyppönen1, PhD / JMIR Med Inform 2019;7(4):e13466 doi:10.2196/13466 (дата звернення 13.09.2019 р.)

273. Using Machine Learning to Derive Just-In-Time and Personalized Predictors of Stress: Observational Study Bridging the Gap Between Nomothetic and Ideographic Approaches // Alan Rozet1, BA ; Ian M Kronish1, MPH, MD ; Joseph E Schwartz1, MS, PhD ; Karina W Davidson2, MASc, PhD / J Med Internet Res 2019;21(4):e12910 doi:10.2196/12910 (дата звернення 22.12.2019 р.)

274. Virtual Reality for Health Professions Education: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration // Bhone Myint Kyaw1, MBBS, PhD ; Nakul Saxena2, PhD ; Pawel Posadzki3, PhD ; Jitka Vseteckova4, PhD ; Charoula Konstantia Nikolaou5, PhD ; Pradeep Paul George2, BSMS, MSc ; Ushashree Divakar3, MSc ; Italo Masiello6,7, PhD ; Andrzej A Kononowicz8, PhD ; Nabil Zary9,10,11, MD, PhD ; Lorainne Tudor Car1,12, MD, MSc, PhD / J Med Internet Res 2019;21(1):e12959 doi:10.2196/12959 (дата звернення 09.12.2019 р.)

275. Voronenko Y.V., Koshova S.P., Tolstanov A.K. Informational and psychological technologies development of educational competencies in medical e-education. Wiadomosco Lekarskie, tom LXXII, 2019, № 11. P. 2167–2171.

276. Walther J.B. Self-Generated Versus Other-Generated Statements and Impressions in Computer-Mediated Communication. A Test of Warranting Theory Using Facebook / Walther J.B., Van Der Heide B., Hamel L.M., Shulman H.C. // Communication Research, Volume 36, Number 2, April, 2009. P. 229–253.

277. What Are We Looking for in Computer-Based Learning Interventions in Medical Education? A Systematic Review // Tiago Taveira-Gomes1, MD ; Patrícia Ferreira1, MD ; Isabel Taveira-Gomes2, MD ; Milton Severo1,3, PhD ; Maria Amélia Ferreira1, MD, PhD / J Med Internet Res 2016;18(8):e204 doi:10.2196/jmir.5461 (дата звернення 17.07.2017 р.)

278. Zimmer M. But the data is already public. Ethics and Information Technology. 2010. vol. № 12(4). P. 313–325. doi:10.1007/s10676-010-9227-5.

ДОДАТОК А

Таблиця 1.1.1.

Принципи адаптивного навчання

Принцип	**[3]**	**[22]**	**[12]**	**[5]**	**[11]**	**[9]**
Сукупності фронтальних, групових та індивідуальних форм навчання						+
Варіативності методичного забезпечення					+	
Індивідуалізації	+	+	+	+	+	+
Диференціації	+		+			
Активності			+		+	+
Самостійності			+			+
Системності			+		+	
Послідовності			+		+	
Соціально-особистісного розвитку				+		
Культурно-історичного та ціннісного розвитку				+		
Компетентнісного підходу				+		
Коригування мислення та діяльності суб'єктів навчання		+				
Адаптивного управління інноваційними моделями організації навчання		+				
Всебічного стимулювання та мотивації		+				+
Контролю та самоконтролю						+
Функціонування при мінімальній інформації про учнів						+
Нечутливості						+
Науковості					+	
Динамічності					+	
Паритетності					+	

ДОДАТОК Б

Таблиця 2.2.1.

Узагальнена таблиця закордонного досвіду країн світу щодо навчання державних службовців та державних управлінців у сфері охорони здоров'я

№ з/п	Країна	Коротка характеристика
	Австрія	Ніяких формальних вимог на федеральному рівні (кожна «земля» має власні повноваження для встановлення вимог або рекомендацій); освіта з управління отримується добровільно для покращення особистих шансів кандидата отримати призначення на посаду керівника медичного закладу.
	Бельгія	Ніяких формальних вимог. Лікарні є здебільшого неприбутковими підприємствами, що можуть встановлювати власні вимоги до відбору та підвищення на посаду керівника. Освіта з управління отримується добровільно для покращення особистих шансів кандидата отримати призначення на посаду керівника медичного закладу.
	Болгарія	Основною вимогою є наявність медичної освіти плюс одне з наступного: програма навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», що надається кількома акредитованими навчальними закладами (мінімум 200 академічних годин); післядипломна освіта за спеціальностями «Управління охороною здоров'я» та «Охорона громадського здоров'я» (два роки, 675 годин обов'язкових предметів та 90 годин предметів за вибором); програма навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», що надається трьома із чотирьох акредитованих медичних університетів, та здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» (очна форма навчання – 4 роки; заочна – 5 років) або освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр» (очна форма навчання – 1 рік; заочна – 2 роки). Жодних формальних вимог щодо подальшого навчання з управління після призначення на посаду.

	Великобританія	Ніяких формальних вимог, окрім вищої освіти; курси післядипломного навчання та практичного навчання були нещодавно впроваджені для підготовки нового покоління управлінських кадрів. Від керівників медичних закладів та заступників здебільшого очікується здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр». Все більш поширеним стає навчання на магістерській програмі з «Управління Бізнесом» (MBA).
	Греція	Керівники медичних закладів та їх заступники повинні мати вищу освіту та продемонструвати особливі здібності у виконанні управлінських обов'язків у державній організації або у приватному підприємстві. Післядипломна освіта й наукова спеціалізація за напрямам «Стратегічне планування та управління медичними закладами», «Економіка охорони здоров'я» та «Адміністрування соціального сектору» визначаються законом як елементи, що мають бути враховані в рамках процедури призначення на посаду.
	Данія	Ніяких формальних вимог; втім, фактично негласні вимоги зросли протягом останніх років. Більшість управлінців у лікарнях мають університетську освіту (з соціальних дисциплін), багато з них є медичними працівниками (лікарями або медсестрами), що мають освітньо-кваліфікаційних рівень «Магістр» за спеціальностями «Управління бізнесом», «Медицина», «Управління охороною здоров'я», «Охорона громадського здоров'я».
	Естонія	Ніяких формальних вимог. Освіта з управління отримується добровільно для покращення особистих шансів кандидата отримати призначення на посаду керівника медичного закладу. Визнаються дипломи країн ЄС.
	Ірландія	Немає формальних освітніх або професійних вимог до кваліфікації, але кандидат повинен досягти стандарту рівня освіти, який би дозволив йому ефективно виконувати свої робочі обов'язки. Достеменне знання медичного законодавства та всіх його аспектів є необхідним, а певні знання бухгалтерії, економіки та бізнес-

		адміністрування є бажаними. Освіта з управління отримується добровільно для покращення особистих шансів кандидата отримати призначення на посаду керівника медичного закладу.
	Іспанія	Ніяких формальних вимог на національному рівні; кожен автономний регіон (для державних закладів), а також кожен власник приватної лікарні має власні повноваження для встановлення вимог або рекомендацій. На практиці, втім, керівники все частіше отримують освіту з управління. Керівники медичних закладів, які ієрархічно вищі за головних лікарів, можуть мати немедичну освіту, наприклад, економічну або управлінську.
	Італія	Для директорів лікарень основною вимогою є ступінь доктора медицини та післядипломна спеціалізація за спеціальністю «Гігієні та охорона громадського здоров'я» (4 роки) плюс обов'язкове навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» в акредитованому навчальному закладі, отримане до або протягом року після призначення на посаду.
	Кіпр	Ніяких формальних вимог. Відповідно до нової схеми національного страхування, яка наразі обговорюється, державні лікарні будуть автономними, а доступ до посад вищого керівництва буде можливий за передумов, що наразі формулюються. У приватних лікарнях єдиною вимогою до кандидатів на посаду керівника є завершене навчання на магістерській програмі з «Управління бізнесом» (MBA), іноді навіть без досвіду роботи в сфері охорони здоров'я, оскільки на ринку праці недостатньо кандидатів, що можуть задовольнити обидві вимоги.
	Латвія	Немає окремих вимог; власник закладу (наприклад, держава або муніципалітет) можуть встановити певні вимоги при оприлюдненні умов тендеру на зайняття вакантної посади керівника закладу. Єдиний виняток є для керівників університетських клінік: вони повинні бути лікарями, мати ступінь доктора медичних наук та принаймні 3 роки академічного досвіду.

	Литва	Керівники не обов'язково повинні бути лікарями; вони можуть мати іншу спеціальність (фахівці з управління громадським здоров'ям, менеджери, економісти тощо), але вони повинні мати досвід роботи у медичних закладах. Здобуття освітньо-кваліфкаційного рівня «Магістр» за спеціальністю «Охорона громадського здоров'я» ще не є формальною вимогою, але надає велику перевагу у конкурентній боротьбі за обіймання посади керівника. При роботі на посаді обов'язковим є навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я» (мінімум 36 годин кожен рік; відвідання конференцій та публікації у професійних виданнях також допомагають досягти відповідності вимогам).
	Словенія	Основною вимогою є вища освіта та 5 років практичного управлінського досвіду в секторі охорони здоров'я. У випадку, якщо функції управління бізнесом та управління наданням медичних послуг не розділені, керівник повинен мати медичну вищу освіту. Якщо ж ці функції розділені, керівник може мати будь-яку вищу освіту, а головний лікар повинен мати медичну освіту. Жодних вимог щодо подальшого навчання з управління після призначення на посаду. Спроби впровадити післядипломні курси з управління охороною здоров'я не призвели до встановлення нових вимог для здобуття кар'єри у сфері управління охороною здоров'я.
	Угорщина	Керівники медичних закладів та їх заступники мають продемонструвати здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» або освітньо-кваліфікаційного рівня «Магістр» за спеціальністю «Управління» та не менше 5 років управлінського досвіду. Власник закладу (місцевий уряд, недержавні організації, ін.) може встановити п'ятирічне «відстрочення» для досягнення відповідності вимогам, якщо кандидат погоджується стати слухачем магістерської програми.
	Фінляндія	Основною вимогою є медична освіта та навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», що надаються спеціальними факультетами (школами)

		при медичних навчальних закладах. Навчання концентрується на формуванні знань, умінь та навичок із власне управління, управління медичним персоналом і нормативно-правового забезпечення медичної діяльності та охорони здоров'я. Додаткова освіта з управління часто отримується добровільно для покращення особистих шансів кандидата отримати призначення на посаду керівника медичного закладу.
	Франція	Основною вимогою є вища освіта та успішне проходження обов'язкової 27-місячної програми навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», яка може розпочатися безпосередньо після отримання кандидатом освітньо-кваліфікаційного рівня «Бакалавр» без обов'язкового попереднього практичного досвіду роботи у секторі охорони здоров'я або обов'язкового навчання за медичною спеціальністю (включно із 14 місяцями стажування). Вступ до програми відбувається на конкурсній основі. Жодних вимог щодо подальшого навчання з управління після призначення на посаду.
	Чеська Республіка	Ніяких формальних вимог (в принципі, керівнику лікарні не потрібно навіть мати вищу освіту). Освіта з управління отримується добровільно для покращення особистих шансів кандидата отримати призначення на посаду керівника медичного закладу.
	Швеція	Ніяких формальних вимог на національному рівні; кожна провінція, в принципі, має власні повноваження для встановлення вимог або рекомендацій. На практиці всі управлінці мають вищу освіту, здебільшого в економіці та управлінні; меншість має медичну освіту (лікар або медична сестра). Медичні працівники на керівних посадах зазвичай мають докторський ступінь або принаймні диплом магістра. Національні професійні мережі для управлінців підтримують безперервне навчання через регулярні семінари та конференції.
	Мальта	Вимоги залежать від конкретної посади, але зазвичай не вимагається жодних дипломів, хоча вони вважаються перевагою при розгляді кандидатур. Так само освіта зі спеціальності «Управління охороною здоров'я» не вимагається, але вважається перевагою.

	Нідерланди	Ніяких формальних вимог на національному рівні (кожний медичний заклад має власні повноваження для встановленн вимог або рекомендацій); освіта з управління отримується добровільно для покращення особистих шансів кандидата отримати призначення на посаду керівника медичного закладу.
	Німеччина	Ніяких формальних вимог на федеральному рівні (кожна «земля» має власні повноваження для встановлення вимог або рекомендацій); освіта з управління отримується добровільно для покращення особистих шансів кандидата отримати призначення на посаду керівника медичного закладу.
	Польща	Відповідно до норм, встановлених МОЗ Польщі, державні медичні заклади можуть приймати осіб із університетським дипломом та, які мають: 1) принаймні 6 років практичного досвіду у секторі охорони здоров'я; 2) принаймні 3 роки практичного досвіду у секторі охорони здоров'я та/або післядипломну освіту за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», отриману у Польщі, або курси навчання за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», що тривають не менше 6 місяців, передбачають складання іспитів та підтверджуються сертифікатом встановленого зразка, організовані закордонним навчальним закладом та затверджені МОЗ Польщі.
	Португалія	Ніяких формальних вимог; втім, перевага може надаватися професіоналам із практичним досвідом з управління медичними закладами. Освіта з управління отримується добровільно для покращення особистих шансів кандидата отримати призначення на посаду керівника медичного закладу.
	Румунія	Основною вимогою є вища освіта та проходження курсу навчання з управління або управління охороною здоров'я, який був погоджений у МОЗ Румунії. Керівники медичних закладів, за умовами контракту, що вони підписують з МОЗ Румунії, зобов'язуються щорічно відвідувати безперервну програму навчання з «Управління охороною здоров'я» (зазвичай двотижневу),

		що організовується Національною школою охорони громадського здоров'я та управління охороною здоров'я.
	Словаччина	Вимогу щодо наявності медичної освіти було скасовано у 2002 році; з того часу основною вимогою є вища освіта. Подальший професійний розвиток та що найменше 10 років практичного досвіду є обов'язковою вимогою. Післядипломна трирічна освіта за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», що надається Школою громадського здоров'я, є бажаною. Більш бажаною вважається магістерська программа з «Управління бізнесом» (MBA) (від 3 до 4 років навчання). Дводенні курси з управління охороною здоров'я для керівників медичних закладів організовуються на регулярній основі; обов'язкове відвідання принаймні раз на три роки.

Кошова С. П., Гбур З. В., Пархоменко-Куцевіл О. І.

РОЗВИТОК ФАХІВЦІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКАРІВ: ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Підписано до друку 01.02.2021 р.
Формат 60х84/16
Гарнітура Times New Roman.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 19,8.
Тираж 300 прим. Замовлення № 56

Віддруковано ТОВ «Друкарня "Рута"»
(свід. Серія ДК №4060 від 29.04.2011 р.)
м. Кам'янець-Подільський, вул. Руслана Коношенка, 1
тел. 0 38 494 22 50, drukruta@ukr.net