

УДК 37.091.12:614.8

DOI <https://doi.org/10.32782/eddiscourses/2025-1-12>

ФАХОВА МЕДИЧНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ З НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК БАЗОВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Кучин Юрій Леонідович,

член-кореспондент НАМН України,

доктор медичних наук, професор,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ORCID: 0000-0002-9667-1911

Бойко Юлія Миколаївна,

директорка Навчально-наукового центру медичних симуляцій,

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У статті досліджено структуру фахової компетентності лікаря з надання першої допомоги. На підставі проведеного аналізу літератури визначено фахову компетентність лікаря як інтегровану систему знань, вмінь та навичок, проявлену на практиці, та фахову компетентність з надання першої допомоги. Визначено фахову компетентність з надання першої допомоги лікаря як таку, що відповідає сукупності знань, умінь, навичок, інтеракційних здібностей, здатності до аналізу дій, корекції помилок та постійного вдосконалення щодо надання першої допомоги. У статті визначено основні компоненти фахової компетентності лікаря з надання першої допомоги, і на підставі наданого визначення побудовано модель структури фахової компетентності з надання першої допомоги, яка включає теоретичний, організаційно-діяльнісний, рефлексивний, інтерактивний та акмеологічний компоненти. Теоретичний компонент охоплює знання алгоритму ABCDE, основ анатомії, фізіології, патології, фармакології, медицини надзвичайних ситуацій, травматології, кардіології, пульмонології, неврології, гематології та токсикології. Організаційно-діяльнісний компонент зосереджений на практичних вміннях оцінювати стан пацієнта, виконувати алгоритм ABCDE, організувати стабілізацію, використовувати обладнання, проводити кисневу терапію та інфузійну підтримку. Рефлексивний компонент включає навички короткотривалої (миттєвої) та довготривалої (ретроспективної) рефлексії, самоаналізу й самокорекції. Інтерактивний компонент спрямований на ефективну комунікацію з пацієнтами, родичами, командою, а також дотримання етичних стандартів. Акмеологічний компонент забезпечує постійний професійний розвиток, стійкість до стресу, лідерські якості, готовність до інновацій та передачу знань колегам.

Узагальнено, що всі п'ять компонентів фахової компетентності лікаря взаємопов'язані, і відсутність будь-якого з них знижує якість першої допомоги. Наголошено на необхідності розвитку цих компонентів на етапах додипломного та післядипломного навчання. Авторами вказано на важливість подальшого вивчення цієї тематики для оптимізації підготовки медиків в Україні.

Ключові слова: професійна компетентність, медики, перша допомога, базова екстрена медична допомога, навчання медиків.

Kuchyn Yuriy, Boiko Yuliya. Professional medical competence in providing first aid as a basic competence of a medical specialist

The article explores the structure of professional competence of a medical practitioner in providing first aid. Based on a literature analysis, the concept of professional competence is defined as an integrated system of knowledge and skills, applied in practice. Specifically, professional competence in providing first aid is identified as a combination of knowledge, practical skills, interactive abilities, analytical capacities, error correction, and continuous self-education.

The article outlines the key components of professional competence in providing first aid and presents an author model of its structure. This model includes theoretical, organizational-operational, reflective, interactive, and acmeological components. The theoretical component encompasses knowledge of the ABCDE algorithm, as well as foundational knowledge in anatomy, physiology, pathology, pharmacology, emergency medicine, traumatology, cardiology, pulmonology, neurology, hematology, and toxicology. The organizational-operational component focuses on practical skills, such as patient assessment, applying the ABCDE algorithm, organizing stabilization procedures, using medical equipment, and performing oxygen therapy and infusion support. The reflective component includes skills for short-term (immediate) and long-term (retrospective) reflection, self-analysis, and self-correction. The interactive component emphasizes effective communication with patients, relatives, and team members, as well as adherence to ethical standards. The acmeological component ensures continuous professional development, stress resilience, leadership qualities, readiness for innovation, and the ability to share knowledge with colleagues.

It is summarized that all five components of professional competence are interconnected, and the absence of any one of them reduces the quality of first aid. The importance of developing these components during pre- and postgraduate training is emphasized. The authors highlight the need for further research to optimize the training of medical practitioners in Ukraine.

Key words: professional competence, medical practitioners, first aid, basic emergency care, medical training.

Вступ. Поняття фахової медичної компетентності лікарів та її структури розглядається педагогами в Україні та за кордоном протягом десятиріч. Дійсно, внаслідок реформування системи вищої медичної освіти потребує визначення, в якому напрямі мають втілюватись реформи в медичній освіті. Метою підготовки майбутнього медика у закладі вищої додипломної та післядипломної освіти є формування в нього фахової компетентності, проте для розуміння шляху цього формування необхідне чітке уявлення про поняття фахової компетентності медика та його компоненти. Окрім цього, актуальним є виокремлення ключових фахових компетентностей у структурі професійної підготовки, однією з яких є надання першої медичної допомоги.

В контексті поточної ситуації в Україні, військових дій та постійної необхідності надавати першу допомогу як військовим, так і цивільному населенню за форс-мажорних обставин фахова компетентність з надання першої медичної допомоги займає одну з ключових позицій у структурі загальної фахової компетентності. Проте це поняття потребує уточнення: яку саме роль відіграє фахова медична компетентність з надання першої медичної допомоги в структурі фахової медичної компетентності і якими знаннями, вміннями та навичками вона представлена.

Мета статті: спираючись на український та світовий досвід, визначити поняття фахової медичної компетентності з надання першої медичної допомоги в структурі фахової медичної компетентності, окреслити основні компоненти цієї компетентності.

Аналіз літератури. Питання фахової компетентності лікаря піднімалось численними іноземними та українськими науковцями. Іноземні вчені надають цьому питанню більш дискусійного характеру, тоді як українські науковці прагнуть чіткого визначення поняття та структури фахової компетентності лікарів. Зазначимо, що в роботах іноземних вчених зазначається, що фаховість лікаря обумовлена набором характеристик, які включають як суто медичні, так і комунікаційні, логічні, навчальні, наукові. У своїй роботі С. Блек зазначає, що поняття компетентного лікаря по-різному визначається різними вченими, проте його базовими характеристиками є сформований набір знань та навичок фахової взаємодії [1]. Р. Епстейн у структурі фахової компетентності лікаря виділяє здатність до судження, комунікації, наявність медичних знань, технічних вмінь, клінічного мислення, емоційного стану, ціннісної системи та рефлексії щоден-

ної практики, спрямованої на благо пацієнта [2]. В. Дан зазначає, що фахова компетентність лікаря визначає результативність його фахової діяльності – лікування пацієнтів, отже, структура фахової компетентності може змінюватись поміж спеціальностями [3]. А. Дхалівал зводить власне фахову компетентність лікаря до його клінічних навичок, які, своєю чергою, сформовані на підставі наявності відповідних знань та навичок [4]. Як визначає О. Єсіна, компетентність – це «інтегрована система знань, вмінь, навичок, здібностей і цінностей, яка необхідна для професійної і соціальної діяльності та розвитку особистості випускників і яку вони зобов'язані засвоїти та продемонструвати після завершення частини або всієї навчальної програми» [5]. А. Варданян вказує на такі фахові компетентності медиків, систематизовані в групи: академічну, фахову, соціальну, професійно-релевантну та лінгвістичну [6]. Л. Лимар виділяє в межах фахової компетентності лікаря професійну, культурно-етично-правову, індивідуальну [7]. Г. Єрошенко зазначає, що фахова компетентність лікаря представлена сформованою системою знань про професію, навичками виконання професійних обов'язків, а також професійним зростанням особистості лікаря, без якого неможлива підтримка фахової компетентності [8]. Х. Левандовська визначає в межах структури фахової компетентності лікаря чітко взаємопов'язану систему знань та навичок здійснення лікарської діяльності задля одужання пацієнта, що включає знання теоретичних та клінічних дисциплін, навички практичної діяльності, а також навички фахової взаємодії задля здійснення практичної діяльності [9].

Більшість авторів погоджується з тим, що знання лікаря, які включають знання теоретичних дисциплін, а також знання теорії кожної дисципліни клінічного циклу, є когнітивним компонентом фахової компетентності лікаря. Практичний компонент фахової діяльності лікаря деякі автори визначають як діяльнісний, інші ж, аналізуючи сутність лікарської роботи, визначають його за такими напрямками: діагностико-прогностичний, інформаційний, деонтологічний, емпатійний, комунікативний.

Виклад основного матеріалу. Аналіз численних праць українських та іноземних науковців дав змогу визначити власну структуру фахової компетентності лікарів, яка складається з теоретичного (знання), організаційно-діяльнісного, рефлексорного, інтерактивного та акмеологічного компонентів. Запропонована авторська схема представлена на рис. 1. Розглянемо кожний

компонент більш детально. Як показано на рис. 1, фахова компетентність лікарів складається з кількох взаємопов'язаних компонентів, кожен з яких відіграє важливу роль. Ці компоненти забезпечують гармонійний розвиток лікаря як фахівця, сприяють наданню якісної медичної допомоги та підвищують ефективність його роботи.

Теоретичний компонент охоплює глибокі знання у галузі медицини. Лікар повинен володіти фундаментальними знаннями з нормальної та патологічної анатомії, нормальної та патологічної фізіології, фармакології, біофізики, біохімії, гістології, мікробіології та численних клінічних дисциплін, які формують основу його професійної діяльності. Окрім того, цей компонент включає обізнаність щодо сучасних методів діагностики та лікування, розуміння принципів функціонування доказової медицини та клінічних рекомендацій. Також важливим є знання етичних норм і медичного законодавства, які регулюють професійну діяльність.

Організаційно-діяльнісний компонент включає вміння та навички лікаря ефективно органі-

зовувати свою роботу, планувати медичні втручання. Власне, цей компонент є практичним вираженням теоретичного компонента, адже засвоєні в теоретичному компоненті знання тут реалізуються на практиці. Лікар повинен швидко приймати рішення у критичних ситуаціях, координувати дії в межах колегіальної взаємодії, вести медичну документацію, працювати з обладнанням. Цей компонент також передбачає навички керування часом і забезпечення злагодженої роботи в умовах багатозадачності.

Рефлекторний компонент передбачає навички постійного самоаналізу власної діяльності, саморефлексії, з їх подальшим коригуванням за потреби. Лікар має оцінювати результати своєї роботи, виявляти слабкі сторони та працювати над їхнім удосконаленням. Рефлексія також допомагає формувати індивідуальний стиль роботи, який ґрунтується на практичному досвіді та постійному вдосконаленні.

Інтерактивний компонент є ключовим у взаємодії лікаря з пацієнтами, їхніми родичами та

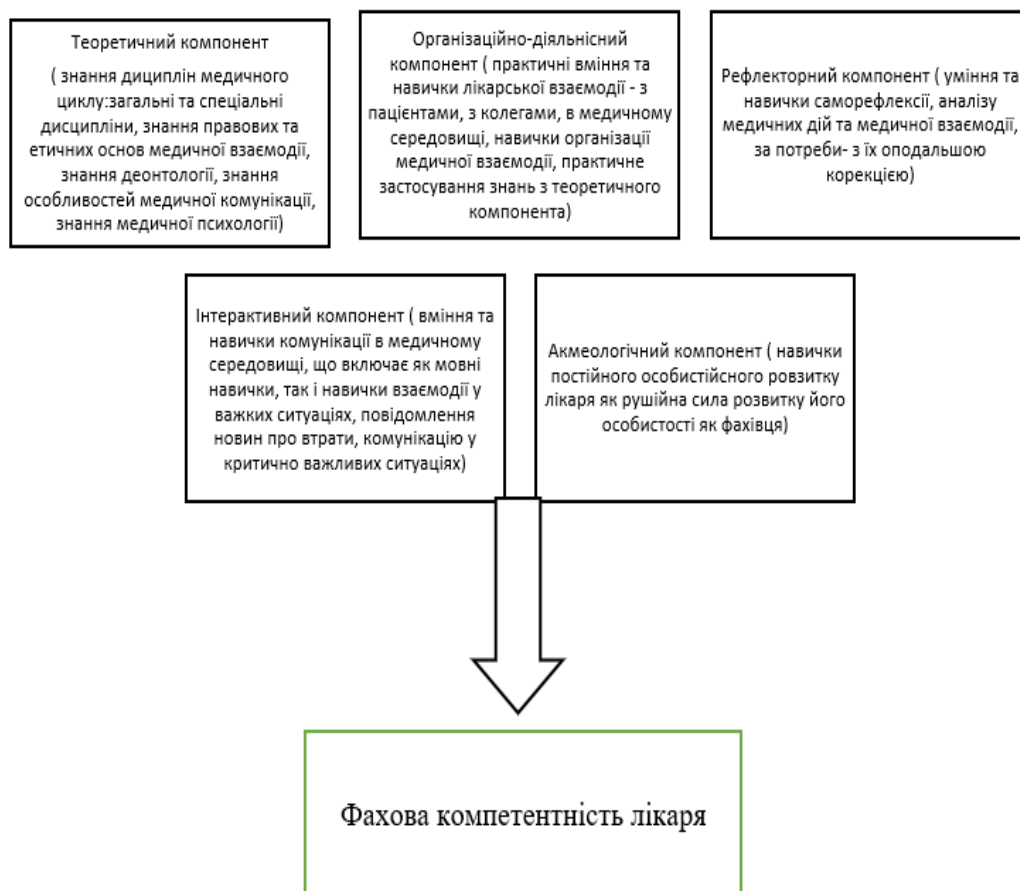


Рис. 1. Структура фахової компетентності лікаря

(авторська модель Юлії Бойко)

колегами. Сформовані навички ефективної комунікації – вміння слухати, співчувати, доступно пояснювати медичні аспекти, забезпечувати підтримку пацієнтам та їхнім родинам – забезпечують ефективність роботи лікаря. Важливо також працювати з пацієнтами різних культур, враховуючи їхні цінності, традиції та мову. Окрім цього, сучасний лікар має використовувати новітні технології, як-от телемедицина, для підвищення ефективності комунікації.

Акмеологічний компонент спрямований на досягнення лікарем найвищого рівня професійної майстерності. Це включає розвиток лідерських якостей, стресостійкості, емоційної стабільності та збереження психічного здоров'я. Лікар повинен працювати над своїм професійним та особистісним зростанням, постійно вдосконалювати кваліфікацію та впроваджувати інноваційні підходи у свою практику. Такий підхід дає змогу лікарю досягати високих результатів і робити внесок у розвиток медицини.

Тільки взаємна інтеграція всіх п'яти компонентів в єдине ціле забезпечує формування професійної компетентності будь-якого спеціаліста медичного профілю. В межах цієї компетентності важливо виділити напрям, який є пріоритетним та основним – фахова компетентність щодо надання першої допомоги.

Питання фахової компетентності щодо надання першої допомоги не вивчалось активно українськими науковцями, адже цій тематиці присвячені здебільшого роботи М. Омельчука, який є лікарем інтенсивної терапії та українським педагогом-тренером курсів з надання першої допомоги [10]. Питання надання першої допомоги підіймалось в колективних монографіях [11], а також в окремих роботах, в контексті медичної підготовки не тільки фахівців спеціальності «Медицина», але й «Фармація» та «Стоматологія». О. Рябова вивчала формування знань про надання першої допомоги фармацевтів [12], М. Поєдінцева та В. Зюзь – особливості навчання студентів-медиків надання першої допомоги [13].

Безумовно, навчання студентів-медиків основ надання першої допомоги охоплює базові знання та навички, які мають бути сформовані в межах загальної фахової компетентності медика. Цей курс може викладатись на декількох рівнях, причому загальний не потребує медичної освіти, тоді як просунутий, як-от базова екстрена медична допомога, потребує знань основ теоретичних медичних та клінічних дисциплін.

Визначимо фахову компетентність з надання першої медичної допомоги як таку, що обумовлена наявністю знань, умінь та навичок першої

допомоги та їх застосуванням на практиці, інтеракції під час надання першої допомоги, лікаря, аналізом дій та коригуванням помилок, а також прагненням лікаря до постійного самовдосконалення. Адаптувавши структуру фахової компетентності медика до надання першої допомоги, отримуємо ті самі 5 компонентів професійної компетентності: теоретичний, організаційно-діяльнісний, рефлексивний, інтерактивний та акмеологічний (рис. 2).

Розглянемо ці компоненти більш детально.

Так, теоретичний компонент представлений знаннями алгоритму ABCDE (дихальні шляхи, дихання, кровообіг, неврологічний статус, зовнішній огляд), необхідного для початку організації першої допомоги, загальних принципів та послідовності допомоги в разі травм, основ першої допомоги за утруднення дихання, допомоги під час стану шоку та надання допомоги в разі зміненого стану свідомості. Розвиток цього компонента обумовлений знаннями нормальної анатомії та фізіології (знання анатомії та морфології дихальних шляхів, органів кровообігу, нервової системи та інших анатомічних структур, нормальної фізіології дихання, кровообігу та регуляції свідомості), патологічної анатомії та патологічної фізіології (знання принципів розвитку патологічних змін в органах і системах органів в разі травм, шоку, обструкції дихальних шляхів та неврологічних порушень, типології патологічних станів, що призводять до змін у свідомості, диханні чи кровообігу), фармакології (знання препаратів, що використовуються за невідкладних станів, як-от адреналін, антигістамінні, бронхолітики, вазопресори, анальгетики та седативні засоби; розрахунку дозування лікарських засобів, основ взаємодії лікарських засобів та алгоритму оцінки ефективності діючих лікарських засобів), медицини надзвичайних ситуацій (знання алгоритмів сортування постраждалих, принципів організації екстреної допомоги в умовах катастроф чи обмежених ресурсів, тактики дій у разі масових травм або підозри на біологічні чи хімічні загрози), травматології та ортопедії (знання послідовності дій під час травм: стабілізації шийного відділу хребта, іммобілізації кінцівок, оцінки наявності внутрішніх пошкоджень, оцінки та лікування відкритих і закритих переломів, вивихів та інших ушкоджень), кардіології та основ першої невідкладної допомоги (знання основ серцево-легеневої реанімації, протоколів лікування аритмій, зупинки серця, гіповолемічного, кардіогенного чи анафілактичного шоку, протоколів моніторингу життєвих показників, як-от артеріальний

тиск і пульс), пульмонології (знання протоколів оцінки та лікування станів, пов'язаних із утрудненим диханням (бронхоспазму, обструкції дихальних шляхів, пневмоторакса), методів кисневої терапії та механічної вентиляції легень), неврології (знання алгоритмів оцінки стану свідомості за шкалами AVPU та Глазго, причин зміненої свідомості, як-от черепно-мозкові травми, інсульти, метаболічні розлади або інфекції центральної нервової системи, знання алгоритмів диференціації неврологічних причин від інших станів), гематології (знання механізмів коагуляції та кровотеч, принципів зупинки кровотеч (джгут, тиск, гемостатичні засоби), інфекційних хвороб та токсикології (знання основ надання допомоги за септичного шоку, інтоксикацій чи анафілактичних реакцій, алгоритму оцінки ризику інфекцій в разі травм (наприклад, відкриті рани, укуси), судової медицини (знання правил документування травм, отриманих пацієнтом, особливо у разі кримінальних або підозрілих обставин), гігієни та епідеміології (знання алгоритмів оцінки ризиків інфекційного зараження під час надання допомоги, правил використання засобів індивідуального захисту для запобігання передачі інфекцій). Рівень сформованості цього компонента можна визначити за рівнем знань, відповідно за 5-бальною шкалою,

де опанування 90–100% інформації відповідає оцінці «відмінно», 80–90% – «добре», 60–80% – «задовільно», а проявленість на рівні нижче 60% свідчить про оцінку «незадовільна». Недарма пороговий рівень для складання тесту «Крок», який відповідає сформованим знанням, близький до відмітки 60%.

Організаційно-діяльнісний компонент в межах фахової компетентності з надання першої допомоги представлений уміннями та навичками оцінити стан пацієнта за етапами алгоритму ABCDE (дихальні шляхи, дихання, кровообіг, неврологічний статус, зовнішній огляд) та провести первинний огляд; швидко виявити та усунути найбільш критичні загрози для життя; організувати іммобілізацію переломів, стабілізувати шийний відділ хребта, зупинити кровотечу; використати допоміжне обладнання (шини, джгути, биндажі) для забезпечення стабільності стану пацієнта до транспортування; забезпечити прохідність дихальних шляхів, усунути обструкцію; застосувати методи кисневої терапії або штучної вентиляції легень; визначити причини утруднення дихання (наприклад, пневмоторакс, бронхоспазм) та організувати негайне втручання; оцінити стан кровообігу пацієнта, контроль пульсу, артеріального тиску, капілярного наповнення; організувати введення



Рис. 2. Структурна модель фахової компетентності лікаря з надання першої допомоги

(авторська модель Ю. Бойко)

інфузійної терапії для стабілізації гемодинаміки; виявити причини шоку (гіповолемічний, кардіогенний, анафілактичний тощо) та розробити план екстреного лікування; забезпечити моніторинг стану пацієнта та коригування втручань залежно від його динаміки; оцінити свідомість пацієнта за шкалою AVPU або Глазго; організувати заходи щодо виявлення причин зміненого стану свідомості (черепно-мозкові травми, гіпоглікемія, інтоксикація тощо); надати базову екстрену та спеціалізовану медичну допомогу, наприклад забезпечити кисневу підтримку, вводити антидоти або коригувати рівень глюкози; забезпечити безпеку пацієнта та транспортувати його у спеціалізований медичний заклад).

Оцінювання рівня сформованості організаційно-діяльничого компонента відбувається за аналогією з оцінюванням теоретичного компонента, за 5-бальною шкалою, з таким самим розподілом балів за відсотками правильних дій.

Рефлекторний компонент представлений навичками короткотривалої (або миттєвої) рефлексії, довготривалої (ретроспективної) рефлексії, самоаналізу та самокоригування, які необхідні для кожного лікаря.

Так, навички короткотривалої рефлексії, назвемо їх миттєвої, в процесі надання першої допомоги представлені вміннями та навичками аналізувати стан пацієнта та ефективність своїх дій у реальному часі; оцінювати правильність застосування алгоритму ABCDE на кожному етапі; визначати пріоритетність дій залежно від критичності стану та помилки; коригувати свої дії у разі неефективності первинного втручання.

Навички ж довготривалої рефлексії після проведення втручань представлені вміннями та навичками аналізувати весь процес лікування після завершення надання допомоги; визначати сильні та слабкі сторони у своїх діях під час конкретного клінічного випадку; оцінювати результативність використаних методів та інструментів; узагальнити досвід для вдосконалення практики у майбутньому; виявляти помилки або прогалини у знаннях, які вплинули на якість допомоги.

Отже, проявлення рефлексивного компонента спирається на сформованість всіх чотирьох інших – теоретичного (знання), операційно-діяльничого (сформовані навички та вміння, а також їх проявлення), інтерактивного (організація роботи в команді та комунікації з пацієнтом) та акмеологічного.

Навички саморефлексії під час надання першої допомоги включають уміння та навички визначати рівень власної компетентності у конкретних

аспектах надання допомоги (наприклад, лікування травм, утрудненого дихання чи шоку), аналізувати свою готовність до роботи в екстрених ситуаціях, розпізнавати прогалини у знаннях та практичних навичках, визначити емоційні реакції на стресові ситуації та їхній вплив на якість роботи, формувати об'єктивне уявлення про свої професійні здібності та зони для розвитку.

Навички самоконтролю, який є тотожним поняттям до саморефлексії, включають уміння та навички слідкувати за послідовністю та точністю своїх дій під час надання допомоги; дотримуватися протоколів і стандартів медичної практики; відстежувати свої емоції та уникати їхнього негативного впливу на рішення; контролювати час, витрачений на виконання окремих етапів алгоритму; уникати хаотичності у виконанні завдань.

Зрештою, кінцевим компонентом є навички самокоригування, які представлені навичками внесення змін до своїх підходів після аналізу помилок; впровадження нових методів лікування, заснованих на сучасних доказових рекомендаціях, удосконалення мануальних навичок; розроблення стратегій для уникнення повторення помилок у майбутньому.

Оцінювання сформованості рефлексивного компонента окремо не проводиться, в межах оцінювання теоретичного та організаційно-діяльничого компонентів, проте за наявності небажання здобувача до рефлексії, виявлення тенденції до ігнорування помилок та повторення їх вважаємо за можливе віднімати відсоток успішності від загальної компетентності, в межах 10%, адже помилки, яких припускається здобувач, руйнують результат навчання.

В межах інтерактивного компоненту, особливо важливою є взаємодія лікаря з навколишнім середовищем під час надання першої допомоги. Функціонування інтерактивного компоненту залежить від сформованого теоретичного компонента (знання про взаємодію з пацієнтом, колегами, роботу в команді під час надання першої допомоги), організаційно-діяльничого (власне, сформовані навички надання першої допомоги) та акмеологічного (прагнення лікаря до самовдосконалення). Проте ми виділяємо цей компонент окремо від організаційно-діяльничого, оскільки він включає безпосередньо питання взаємодії, комунікації та деонтології. До інтерактивного компонента належать знання та навички встановлення контакту з пацієнтом, демонструючи емпатію та увагу; пояснення діагностичних і лікувальних процедур доступною мовою; заспокоєння пацієнта у стресових ситуаціях, спостереження за

невербальними сигналами пацієнта (міміка, рухи, емоційна реакція) для уточнення стану. Щодо взаємодії з родичами чи супроводжуваними особами – знання та навички інформування про стан пацієнта та сутність медичних втручань зрозумілими термінами; комунікації щодо обставини, що передували події (анамнез, можливі фактори ризику, історія захворювання); підтримки психологічного стану родичів чи супроводжуваних; знання та навички збереження конфіденційності інформації, пояснюючи її обмеження у доступі.

Іншими проявами інтерактивного компонента є знання та навички, необхідні для взаємодії в команді. Сюди належать знання та навички швидкого обміну інформацією про стан пацієнта під час командної роботи; координації дії з іншими лікарями, медсестрами та допоміжним персоналом; розподілу ролей та завдань; використання стандартизованих протоколів комунікації (наприклад, SBAR: Situation, Background, Assessment, Recommendation); готовності до взаємодопомоги та підтримки в екстрених ситуаціях; конструктивне вирішення розбіжності у підходах до лікування; використання зворотного зв'язку та організації обговорення складних випадків в команді.

Взаємодія у медичному середовищі неможлива без взаємодії з керівництвом, тому в межах інтерактивного компонента також необхідні знання, вміння та навички погодження дій з керівництвом під час організації медичної допомоги у складних або нестандартних випадках; інформування про необхідність залучення додаткових ресурсів або фахівців; дотримання стандартів медичної етики й юридичних норм під час документування клінічних випадків; співпраці із зовнішніми службами, як-от швидка допомога, поліція чи рятувальники.

Оцінювання сформованості інтерактивного компонента окремо не проводиться, в межах оцінювання теоретичного та організаційно-діяльницького компонента, проте за виявлення тенденції до абсолютно некоректної командної взаємодії, некоректного поводження з пацієнтом, вважаємо за можливе віднімати відсоток успішності від загальної компетентності, в межах від 10% до 20% за умов виявлення грубої та некультурної поведінки.

Акмеологічний компонент спрямований на досягнення лікарем найвищого рівня професійної майстерності, безперервне самовдосконалення, розвиток лідерських якостей і здатність до впровадження інновацій. У контексті фахової компетентності з надання першої допомоги цей компонент включає такі компоненти, як навички

постійного удосконалення знань та навичок як безперервного професійного розвитку (удосконалювати навички роботи з алгоритмом ABCDE, забезпечуючи швидкість і точність оцінки стану пацієнта; поглиблення знань сучасних протоколів і методів допомоги в разі травм, утрудненого дихання, шоку та змінених станів свідомості; навчання на тренінгах, семінарах і курсах безперервного професійного розвитку, як-от сформована стресостійкість та емоційна стабільність, виражені навичками спокою та концентрації в критичних ситуаціях; сформованій стратегії подолання професійного вигорання та підвищення психологічної витривалості; готовність брати на себе відповідальність за координацію дій медичної команди, стимулювати ефективну командну роботу, спрямовану на досягнення спільних результатів, виявляти ініціативу в удосконаленні процесів надання медичної допомоги).

Акмеологічний компонент також представлений готовністю до змін, відкритістю до нових технологій та методів лікування, гнучкістю медичного мислення, готовністю до адаптації підходів до лікування відповідно до специфіки клінічних випадків.

Власне, індивідуально акмеологічний компонент проявлений готовністю враховувати результати саморефлексії для коригування професійної поведінки, виявлення та усунення слабких сторін в знаннях, готовністю до визначення індивідуальних цілей та пріоритетів щодо надання першої допомоги, формування до досягнення максимальної компетентності в наданні першої допомоги, визначення індивідуальних цілей та пріоритетів у професійній діяльності. Також акмеологічний компонент включає готовність дотримуватись етичних принципів у всіх аспектах професійної діяльності та передавати досягнуті знання, ділитись досвідом з колегами для їх особистого професійного розвитку. Оцінювання сформованості акмеологічного компонента окремо не проводиться, в межах оцінювання теоретичного та організаційно-діяльницького компонента, проте за відсутності прагнення до особистісного розвитку вважаємо за можливе віднімати відсоток успішності від загальної компетентності, в межах 10%.

Загальний рівень фахової компетентності з надання першої допомоги пропонуємо визначати як середнє арифметичне відсоткового змісту за теоретичним та практичним компонентами, а також за відніманням відсотків за погано сформовані рефлективний, інтеракційний чи акмеологічний компоненти, адже суто знання та навички не становлять фахову компетентність.

Як спостерігаємо, п'ять компонентів фахової професійної компетентності медика з надання першої допомоги (теоретичний, організаційно-діяльнісний, рефлексивний, інтерактивний та акмеологічний) утворюють загальну структуру, будучи тісно пов'язаними між собою і в деяких випадках перетинаючись. Проте без одного з них неможливо сформулювати компетентність на високому рівні, оскільки відсутність знань та навичок навіть одного приведуть до надання першої допомоги на низькому рівні.

Висновки. Питання фахової компетентності лікаря вивчалось численними науковцями, проте питання фахової компетентності з надання першої допомоги не досліджено детально в Україні, тож потребує подальшого вивчення задля оптимізації підготовки лікарів за напрямом. Фахову компетентність з надання першої медичної допомоги

автором визначено як таку, що обумовлена наявністю знань, умінь та навичок першої допомоги та їх застосуванням на практиці, інтеракції під час надання першої допомоги, аналізом дій та коригуванням помилок, а також прагненням лікаря до постійного самовдосконалення. В межах структури фахової компетентності медика з першої допомоги виділяємо п'ять компонентів професійної компетентності, як-от теоретичний, організаційно-діяльнісний, рефлексивний, інтерактивний та акмеологічний. Структура фахової компетентності медика функціонує тільки за взаємопов'язаної роботи всіх п'яти компонентів, які потребують розвитку на етапах додипломного та післядипломного навчання, а також безперервного професійного розвитку медиків.

Список літератури:

1. Black C., Craft A. The competent doctor: a paper for discussion. *Clinical medicine*. 2024. № 4 (6). P. 527–533.
2. Epstein R.M., Hundert E.M. Defining and assessing professional competence. *Jama*. 2002. № 287 (2). P. 226–235.
3. Dunn W.R., Hamilton D.D., Harden R.M. Techniques of identifying competencies needed of doctors. *Medical Teacher*. 1985. № 7 (1). P. 15–25.
4. Dhaliwal, U., et al. Producing competent doctors – the art and science of teaching clinical skills. *Indian pediatrics*. 2017. № 54. P. 403–409.
5. Єсіна О. Критерії оцінки якості підготовки сучасних фахівців. Одеса : Одеський національний економічний університет. 250 с.
6. Варданян А., Євєндієва С., Ніколаєва Н. Формування основних груп компетентностей студентів-медиків. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії*. 2017. № 17.3 (59). С. 253–255.
7. Лимар Л. Зміст і складові професійної компетентності сімейного лікаря: психологічний аспект. *Вісник післядипломної освіти. Серія: Соціальні та поведінкові науки. Серія: Управління та адміністрування ПОЧАТОК*. 2019. № 8.37. С. 67–83.
8. Єрошенко Г. та ін. Особливості формування професійної компетентності студентів-медиків. 2021. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/1f63a30f-6d1b-48f8-aacb-67030bd9241f/content>.
9. Левандовська Х. Формування професійної компетентності у студентів-медиків в умовах дистанційного навчання. *Буковинський медичний вісник*. 2022. № 26.4 (104). С. 82–88.
10. Омельчук М. Модель формування компетентності з надання першої долікарської допомоги у провізорів. *ScienceRise. Pedagogical Education*. 2016. № 7. С. 46–50.
11. Цехмістер Я., Кучин Ю., Лисенко О., Галига Т. Практичний курс невідкладної допомоги як обов'язковий базис професійної компетентності лікарів хірургічних спеціальностей. *Клінічна хірургія*. 2016. № 7. С. 73–75 (Шифр КУ5/2016/7).
12. Рябова О. Надання домедичної допомоги як фахова компетентність фармацевтичного працівника. *Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи* : матеріали V Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., м. Харків, 25–26 квітня 2019 р. Харків : НФаУ, 2019. С. 142–143.
13. Зюзь В., Бабич Т., Балухтіна В. Навчання студентів основам надання першої медичної допомоги. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова*. 2020. Серія 15 (3 (123)). С. 66–70. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2020.3\(123\).13](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2020.3(123).13).

References:

1. Black, C., & Craft, A. (2024). The competent doctor: A paper for discussion. *Clinical Medicine*, 4 (6), 527–533 [in English].
2. Epstein, R.M., & Hundert, E.M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287 (2), 226–235 [in English].
3. Dunn, W.R., Hamilton, D.D., & Harden, R.M. (1985). Techniques of identifying competencies needed of doctors. *Medical Teacher*, 7 (1), 15–25 [in English].
4. Dhaliwal, U., et al. (2017). Producing competent doctors – the art and science of teaching clinical skills. *Indian Pediatrics*, 54, 403–409 [in English].
5. Yesina, O. Kryterii otsinky yakosti pidhotovky suchasnykh fakhivtsiv [Criteria for assessing the quality of modern specialists]. Ukraine, Odesa: Odessa National Economic University, 250 [in Ukrainian].

6. Vardanyan, A., Yevendiieva, S., & Nikolaieva, N. (2017). Formuvannia osnovnykh hrup kompetentnosti studentiv-medykiv [Formation of the main groups of competencies of medical students]. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk ukrainskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii*, 17 (3(59)), 253–255 [in Ukrainian].
7. Lyman, L. (2019). Zmist i skladovi profesiinoi kompetentnosti simeinoho likaria: psykholohichnyi aspekt [The content and components of the professional competence of a family doctor: A psychological aspect.]. *Visnyk pislidyplomnoi osvity: Zb. nauk. pr. Ser. Sotsialni ta povedinkovi nauky. Ser. Upravlinnia ta administruvannia*, 8 (37), 67–83 [in Ukrainian].
8. Yeroshenko, H., et al. (2021). Osoblyvosti formuvannia profesiinoi kompetentnosti studentiv-medykiv. [Features of the formation of professional competence of medical students]. Retrieved from: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/1f63a30f-6d1b-48f8-aacb-67030bd9241f/content> [in Ukrainian].
9. Levandovska, Kh. (2022). Formuvannia profesiinoi kompetentnosti u studentiv-medykiv v umovakh dystantsiinoho navchannia [Formation of professional competence in medical students under conditions of distance learning]. *Bukovynskyi medychnyi visnyk*, 26 (4(104)), 82–88 [in Ukrainian].
10. Omelchuk, M. (2016). Model formuvannia kompetentnosti z nadannia pershoi dolikarskoi dopomohy u provizoriv [Model of competence formation in providing first pre-medical aid among pharmacists]. *ScienceRise. Pedagogical Education*, 7, 46–50 [in Ukrainian].
11. Tsekhmister, Ya., Kuchyn, Yu., Lysenko, O., & Halyha, T. (2016). Praktychnyi kurs nevidkladnoi dopomohy yak oboviazkovi bazys profesiinoi kompetentnosti likariv khirurhichnykh spetsialnosti [Practical course of emergency care as a mandatory basis of professional competence for surgeons]. *Klinichna khirurgiia [Clinical Surgery]*, (7), 73–75 [in Ukrainian].
12. Riabova, O. (2019). Nadannia domedychnoi dopomohy yak fakhova kompetentnist farmatsevychnoho pratsivnyka [Providing pre-medical assistance as a professional competence of a pharmaceutical worker]. *Sotsialna farmatsiia: stan, problemy ta perspektyvy: materialy V Mizhnar. nauk.-prakt. internet-konf., m. Kharkiv*, 25–26 kvitnia 2019. Kharkiv: NFaU, 142–143 [in Ukrainian].
13. Ziuzi, V., Babych, T., & Balukhtina, V. (2020). Yavchannia studentiv osnovam nadannia pershoi medychnoi dopomohy [Teaching students the basics of providing first medical aid]. *Naukovyi chasopys Ukrainskoho derzhavnoho universytetu imeni Mykhaila Drahomanova*, 15, 3 (123), 66–70. [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2020.3\(123\).13](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2020.3(123).13) [in Ukrainian].