

Barbara Seweryn, Mikołaj Spodaryk

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

KSZTAŁCENIE I OCENIANIE KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH RATOWNIKA MEDYCZNEGO - INSPIRACJA KRAJOWYCH RAM KWALIFIKACJI

adres korespondencyjny:

Barbara Seweryn, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia
i Nauk Medycznych, ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
e-mail: barbara_seweryn@wp.pl

Streszczenie: Kompetencje społeczne są jedną z trzech kategorii, obok wiedzy i umiejętności, jakie uczelnie dziś powinny wdrażać i weryfikować u studenta podczas realizacji programu nauczania. Pomimo, że zobowiązują do tego przyjęte w Polsce Krajowe Ramy Kwalifikacji, napotykamy trudności w doborze metod i narzędzi ewaluacji. Celem badania było poznanie opinii absolwentów oraz studentów kierunku Ratownictwo medyczne na temat skuteczności nauczania kompetencji społecznych podczas całego okresu studiowania. Przeprowadzono dobrowolne badanie sondażowe pośród studentów trzeciego roku ratownictwa medycznego oraz absolwentów naboru zimowego 2010/2011 Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego. Kwestionariusz zawierał pytania zamknięte dotyczące 10 kompetencji społecznych znajdujących się w kierunkowych efektach kształcenia dla tego kierunku studiów. Przy każdej odpowiedzi umieszczone było pytanie otwarte dotyczące przedmiotu, na którym, w opinii respondentów, realizowane były poszczególne kompetencje. Zdecydowana większość badanych uznała, że postawy oraz zachowania wyrażone w kompetencjach społecznych dla ratownictwa medycznego są realizowane w dostateczny sposób. Wskazywano przede wszystkim na korzystny wpływ wykładów i ćwiczeń jako formy zajęć. Badanie ukazuje potrzebę do-

skonalenia ćwiczeń jako zajęć najwyżej ocenionych i szczególnego zwrócenia uwagi na zajęcia praktyczne i praktyki, które niedostatecznie spełniają swoją funkcję. Konieczne są dalsze badania w tym kierunku ze względu na ograniczenia wykonanego badania i brak reprezentatywnej grupy badanych.

słowa kluczowe: kompetencje społeczne, efekty kształcenia, ratownik medyczny

Wprowadzenie

Z uwagi na znaczenie społeczne zawodów medycznych oraz obserwowane w ostatnim czasie niekorzystne zjawiska zmniejszenia zaufania publicznego do służby zdrowia, celowe wydaje się dokonanie analizy kompetencji społecznych uzyskiwanych już na etapie kształcenia zawodowego. W związku z tym konieczne jest równoczesne wprowadzanie innowacyjnych metod nauczania adekwatnych do zdefiniowanych efektów kształcenia w zakresie kompetencji społecznych, nierzadko specyficznych dla obszaru nauk.

W tej sytuacji niezbędnym elementem powinno być odmienne spojrzenie na programy studiów i zaproponowanie przedmiotów/modułów odpowiadających aktualnym potrzebom nauczania, dotyczących przede wszystkim kompetencji społecznych. Niezbędne staje się tworzenie nowych narzędzi weryfikujących wielopłaszczyznowo efekty kształcenia. Istotna staje się także uwaga dotycząca konieczności zachowania szczególnej rozwagi przy tworzeniu narzędzi pozwalających na precyzyjne dokumentowanie efektów kształcenia, z jednoczesnym zachowaniem rzeczywistego obrazu zawodu, którego się uczy.

Zmiana ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, wprowadzona 18 marca 2011 r. i Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2 listopada 2011 r. w sprawie Krajowych Ram Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego, znoszące obowiązujące do tej pory standardy kształcenia, sprawiły, że polskie uczelnie przeżyły programowy przewrót. Założenia Europejskich i Krajowych Ram Kwalifikacji wymusiły na instytucjach edukacyjnych zaawansowane prace dążące do przystosowania się do nowych wymagań postawionych przez ministerstwo [1,2].

Wprowadzenie ram kwalifikacji, pomimo krótkiego czasu, jaki pozostawiono uczelni na przystosowanie, było okazją do gruntownego zastanowienia się nad efektami kształcenia w szkole wyższej na danym kierunku kształcenia. Powstała możliwość skonfrontowania zgodności programów z realnym wizerunkiem danego zawodu w Polsce, jego użytecznością społeczną i praktyczną odpowiedzią na potrzeby rynku pracy. Równocześnie należało zadać sobie pytanie, jak te efekty wdrażać i jak weryfikować. Konsekwencją zmian musiało być dostosowanie metod kształcenia do realnych potrzeb i oczekiwań społecznych oraz stworzenia logicznych i obiektywnych narzędzi oceny. Szczególnym wyzwaniem organizacyjnym okazała się grupa efektów kształcenia nazwana

kompetencjami społecznymi (obok efektów dotyczących wiedzy i umiejętności). Kadra dydaktyczna uczelni wyższych wielokrotnie zgłaszała brak zrozumienia oczekiwań i niejednoznaczne metody modelowania kompetencji społecznych, a także ich oceniania. Osobnym zagadnieniem staje się problem, w jaki sposób zmierzyć nabywane przez studenta kompetencje społeczne i jak wystawić studentowi adekwatną ocenę. Aby swobodnie posługiwać się terminem kompetencje społeczne, należy go precyzyjnie zdefiniować: Instytut Badań Edukacyjnych określa w swoim internetowym słowniku, że kompetencje społeczne to: „Zdolność kształtowania własnego rozwoju oraz autonomicznego i odpowiedzialnego uczestniczenia w życiu zawodowym i społecznym, z uwzględnieniem etycznego kontekstu własnego postępowania” [3].

Dla kierunków studiów z zakresu: nauki medyczne, nauki o zdrowiu oraz nauki o kulturze fizycznej, podobnie jak dla innych obszarów, określono w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2 listopada 2011 r. tzw. obszarowe efekty kształcenia [2] (tab. 1). Wymienione efekty kształcenia mogły zostać dostosowane do specyfiki studiów i zdobywanego zawodu w ramach efektów dla każdego z kierunków w wyżej wymienionym obszarze, niektóre uczelnie świadomie z tego rezygnowały.

Tabela 1. Kompetencje społeczne wymienione w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2 listopada 2011 r. w sprawie Krajowych Ram Kwalifikacji dla obszarów: nauki medyczne, nauki o zdrowiu, nauki o kulturze fizycznej

KOMPETENCJE SPOŁECZNE	
OM1_K01	Rozumie potrzebę uczenia się przez całe życie
OM1_K02	Jest świadom własnych ograniczeń i wie, kiedy zwrócić się do ekspertów
OM1_K03	Okazuje szacunek wobec pacjenta, klienta, grup społecznych oraz troskę o ich dobro
OM1_K04	Potrafi współdziałać i pracować w grupie, przyjmując w niej różne role
OM1_K05	Potrafi odpowiednio określić priorytety służące realizacji określonego przez siebie lub innych zadania
OM1_K06	Potrafi rozwiązywać najczęstsze problemy związane z wykonywaniem zawodu
OM1_K07	Realizuje zadania w sposób zapewniający bezpieczeństwo własne i otoczenia, w tym przestrzega zasad bezpieczeństwa pracy
OM1_K08	Potrafi formułować opinie dotyczące pacjentów, klientów, grup społecznych w kontekście związanym z wykonywaniem zawodu
OM1_K09	Dbą o poziom sprawności fizycznej niezbędnej dla wykonywania działań właściwych dla działalności zawodowej związanej z kierunkiem studiów

Implementacja programowa kompetencji społecznych przez uczelnie i nacisk na ich realizację jest dużym sukcesem i takie dążenia powinno przyjmować się jako obowiązujące, nie tylko ze względu na zmiany wprowadzone w związku z Krajowymi Ramami Kwalifikacji. Przyczyn jest kilka:

- polscy studenci oceniają się sami jako niekompetentni społecznie w wielu aspektach, takich jak np. radzenie sobie z trudnymi i nieprzewidywanymi sytuacjami, bycie obiektem uwagi i oceny, otwarcie na społeczeństwo, umiejętność pomagania etc. [4];
- eksperci z Unii Europejskiej od lat podkreślają kluczowe znaczenie kompetencji społecznych, które są nieodzowne dla obywatela nowoczesnej Europy. Projekt międzynarodowy DeSeCo zakłada ich niezbędną rolę do samorealizacji i rozwoju osobistego, bycia aktywnym obywatelem, a także do integracji społecznej i zatrudnienia. Deklaracja lizbońska uznała kompetencje społeczne za kluczowe dla obywateli państw członkowskich zobowiązanych do ich rozwijania w systemie edukacji i wsparcia społecznego [5];
- na tle innych państw europejskich Polska wypada bardzo źle w rankingach w zakresie tzw. miękkich kapitałów. Nasze społeczeństwo posiada kapitał intelektualny, jednakże brak mu kreatywności, zaufania społecznego, etyki i aktywności obywatelskiej [6].

Polskie szkolnictwo wyższe powinno popierać i rekomendować intensywną realizację kształcenia w zakresie kompetencji społecznych oraz promować ich znaczenie w całym katalogu efektów kształcenia. Wydaje się, że przy okazji wdrażania Krajowych Ram Kwalifikacji nadszedł właściwy czas dokonywania takich zmian. Ponadto wiedza środowiska akademickiego na temat kompetencji społecznych w Polsce powinna być pogłębiona i bardziej perspektywiczna, a samo rozumienie pojęcia – szersze.

Dodatkowym argumentem dla podnoszenia rangi kompetencji społecznych, nie tylko w odniesieniu do polskiego społeczeństwa, ale do nauk medycznych są alarmujące dane dotyczące poziomu zaufania społecznego w Polsce do służby zdrowia, w tym do pogotowia ratunkowego i szpitalnych oddziałów ratunkowych. Pacjenci oczekują od służb medycznych profesjonalizmu medycznego, którego elementy zawarte powinny być właśnie w zakresie kompetencji społecznych.

„Profesjonalne zachowania są kamieniem milowym efektywności działania służb ratunkowych i koniecznym elementem edukacji ratowników medycznych” [7]. Najważniejsze zidentyfikowane cechy profesjonalizmu ratownika medycznego w Polsce są wydają się następujące:

- dbanie o to, aby pacjent uzyskał najskuteczniejszą w jego sytuacji pomoc,
- świadomość dużej odpowiedzialności związanej z wykonywanym zawodem,
- unikanie krytyki członka swojego zespołu w obecności pacjentów,
- pewne i zdecydowane wykonywanie swoich obowiązków w zespole ratunkowym.

W Państwowym Systemie Ratownictwa Medycznego pozycja ratownika medycznego przyjmuje stopniowo fundamentalne znaczenie – coraz częściej ka-

retki z lekarzem zastępowane są przez karetki, w których lekarzy nie ma, a kierownikiem zespołu jest ratownik medyczny. Zmiany takie są zgodne ze światowymi trendami profesjonalizacji służb pomocy przedszpitalnej. Systemowe zmiany idące w tym kierunku zmieniają obraz ratownictwa medycznego, a zamierzczył przeszłością jest pojmowanie pogotowia ratunkowego jako „przychodni na kołach”. Jeszcze kilka lat temu było to w Polsce nie do wyobrażenia i nie wierzono, że tak nierealne transformacje mogą zostać zrealizowane. Zmiana koncepcji ratownictwa medycznego wymusza na uczelniach zmiany w ramach programu studiów, które muszą uwzględniać społeczne oczekiwania dla zawodu ratownika medycznego.

Dalsza problematyka tematu kompetencji społecznych – po odpowiednim zdefiniowaniu efektów kształcenia dla kierunku studiów z uwzględnieniem wszystkich niezbędnych dla przyszłego absolwenta zachowań i postaw interpersonalnych, międzykulturowych, społecznych i obywatelskich – skupia się wokół metod kształcenia. Metody klasyczne, takie jak wykład czy ćwiczenia są współcześnie wypierane i w znacznym zakresie zastępowane przez metody innowacyjne, które są efektywniejsze i chętniej przyjmowane przez studentów. Kompetencje społeczne można kształtować podczas najrozmaitszych form zajęć z różną wydajnością. Zalecanymi metodami w naukach medycznych są symulacje (symulacja medyczna na poziomie czwartym i piątym zgodnie z systematyką symulatorów w medycynie) [8]. Problem *based learning*, *case study* oraz realizacja zajęć wiążąca się bezpośrednio z pracą przy pacjencie – zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe. Aby urzeczywistniać wymienione metody sprzyjające podnoszeniu jakości kształcenia, potrzebna jest dobrze przygotowana pod względem merytorycznym w tym zakresie kadra nauczycielska i odpowiednie do realizowanych planów nakłady finansowe.

Aby proces kształcenia doprowadzić do końca wymagana jest weryfikacja osiągniętych kompetencji społecznych. Tymczasem z obserwacji wynika, że nie ma spójnej koncepcji dotyczącej metod oceniania postępów w kształceniu odpowiednich zachowań i postaw studenta. Brak jest także doświadczeń w tym zakresie, poszukiwane są narzędzia ewaluacji i procedury dokumentowania realizacji zamierzeń edukacyjnych. Obecnie do oceny używanych jest wiele sposobów: począwszy od testów, które poprzez specjalnie konstruowane pytania sprawdzają etyczne rozumowanie i właściwą argumentację oraz wyciąganie wniosków, relacje zdarzeń pisane przez studentów i narracje kontaktu z pacjentem, karty bezpośredniej obserwacji zajęć, portfolio, aż po karty obserwacji zdarzeń symulowanych (egzaminu OSCE), karty postępowania z symulowanym niezapowiedzianym pacjentem i symulatorem w postaci fantomu [9]. Wszystkie wymienione wyżej sposoby oceny wykazują dużą rzetelność. Dzięki zastosowaniu takich metod możliwa jest ewaluacja kompetencji społecznych bez większych zastrzeżeń. Do pełnej realizacji zamierzeń niezbędna staje się akceptacja nauczycieli akademickich śmiałych i niekonwencjonalnych narzę-

dzi dydaktycznych i szersze spojrzenie na efekty kształcenia odnoszące się do postaw i zachowań.

Zasadne wydaje się rozważenie tworzenia modułów/przedmiotów, w trakcie realizacji których studenci skupialiby się w założeniu tylko na umiejętnościach i kompetencjach społecznych. Poprzez zastosowanie zróżnicowanych metod dydaktycznych możliwe jest zaproponowanie nowatorskich jak na polskie warunki modułów zajęć. Ukierunkowane dyskusje, analizy przypadków postępowań personelu medycznego, projekty i kampanie społeczne, symulacje zdarzeń pod kątem etyki postępowania, filmy dokumentalne i użycie metod aktywizujących grupę podczas zajęć na kierunku ratownictwo medyczne oraz stworzenie możliwości studentom do wykazania się swoimi inicjatywami może okazać się pomysłem godnym uwagi. Wykorzystanie takiego modelu kształcenia pozwoliłoby na modelowanie niektórych – trudnych do wykazania podczas konwencjonalnych zajęć kompetencji społecznych.

Material i metody

Celem badania było poznanie opinii studentów i absolwentów ratownictwa medycznego na temat skuteczności nauczania kompetencji społecznych podczas nauki. Aby uzyskać informację, jak prowadzący zajęcia kształtują kompetencje społeczne, przeprowadzono wśród studentów i absolwentów badanie sondażowe – zastosowano kwestionariusz ankiety do samodzielnego uzupełniania przez respondentów przy obecności ankietera. Pytania dotyczyły subiektywnych odczuć studentów, na ile i w ramach jakich zajęć kompetencje społeczne wymienione w efektach kształcenia dla kierunku były realizowane podczas różnego rodzaju zajęć zawartych/realizowanych w programie studiów.

Zdecydowano, że jedynie studenci trzeciego roku (nabór zimowy 2011/2012) oraz absolwenci naboru zimowego 2010/2011 będą odpowiadać na pytania zawarte w ankiecie. Studenci z tych grup posiadali pełne doświadczenie edukacyjne. Dodatkowo wzięto pod uwagę fakt, że w programie nauczania nie były w wymienionym naborze jeszcze realizowane Krajowe Ramy Kwalifikacji, jednak, co ważne, prace nad wdrażaniem Ram Kwalifikacji na uczelni już trwały i uznano taką grupę badawczą za jedyną możliwą do zdiagnozowania i przygotowania kierunku do kształtowania kompetencji społecznych. Dobór próby był okolicznościowy i nie można uznać grupy badawczej za reprezentatywną.

Ankieta została przeprowadzona anonimowo. Wyjaśniono studentom cel badania oraz zapytano o zgodę na udział w badaniu. Studenci, którzy nie wyrażali zgody byli wykluczani z badania ankietowego. Ankieta zawierała zadanie: „Oceń, czy wymienione poniżej kompetencje społeczne były propagowane i przekazywane studentom podczas zajęć na kierunku ratownictwo medyczne”. Wymieniono następnie kompetencje społeczne przyjęte dla kierunku.

Student:

- Rozumie potrzebę podnoszenia kompetencji zawodowych i osobistych, posiada nawyk i umiejętność pogłębiania wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych przez całe życie.
- Jest świadomy własnych ograniczeń: wie, kiedy potrzebuje pomocy specjalisty lub kontaktu z koordynatorem medycznym.
- Okazuje szacunek wobec pacjenta i troskę o jego dobro, rozumie różnice kulturowe i światopoglądowe oraz przestrzega praw pacjenta.
- Ma przekonanie o znaczeniu zachowania się w sposób profesjonalny i przestrzegania zasad etyki zawodowej.
- Potrafi pracować w zespole przyjmując w nim różne role i ma poczucie odpowiedzialności za wspólnie realizowane zadania związaną z pracą zespołową.
- Określa priorytety służące do realizacji odpowiednich działań ratunkowych, zabezpieczających, ewakuacyjnych, transportowych.
- Potrafi samodzielnie identyfikować i rozwiązywać najczęstsze problemy związane z pracą ratownika medycznego.
- Wykazuje dbałość o bezpieczeństwo własne i otoczenia.
- Formułuje opinie dotyczące pacjentów w sposób zapewniający przestrzeganie tajemnicy zawodowej z zachowaniem ostrożności i krytycyzmu w ich wyrażaniu.
- Dbą o własne zdrowie i sprawność ruchową niezbędną do wykonywania zawodu.

Odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie oceniano według skali: zdecydowanie tak, raczej tak, trudno powiedzieć, raczej nie, zdecydowanie nie. Dodatkowo studenci poproszeni byli o ewentualne podanie modułu/przedmiotu, w ramach którego konkretne kompetencje społeczne mogą uznać za zrealizowane. Ponadto istniała możliwość zaznaczenia formy zajęć (ćwiczenia, laboratoria, wykłady i konwersatoria, zajęcia praktyczne, praktyki zawodowe).

Wyniki

Ankieta została wypełniona przez 75 osób. 10 osób stanowili studenci III roku trybu stacjonarnego (nabór 2011/2012), 42 osoby – studenci tego samego naboru realizujący studia niestacjonarnie oraz 23 ankiety pochodziły od absolwentów studiów niestacjonarnych z naboru 2010/2011, wypełnione po odebraniu dyplomów. Wyniki wybranych odpowiedzi na sformułowane zadanie, dotyczące kształtowania kompetencji („Oceń, czy wymienione poniżej kompetencje społeczne były kształtowane wśród studentów podczas zajęć na kierunku ratownictwo medyczne”), ujęto w tabeli 2. Rozkład odpowiedzi badanych, którzy mieli wskazać formę zajęć, na których realizowane są kompetencje społeczne zawarto w tabeli 3. Dopuszczalne było wskazanie więcej niż jednej formy zajęć.

Tabela 2. Wdrażanie kompetencji społecznych na kierunku – opinia studentów

Kompetencje kierunkowe	Zdecydowanie TAK n (%)	Raczej TAK n (%)	Trudno powiedzieć n (%)	Raczej NIE n (%)	Zdecydowanie NIE n (%)	Brak odpowiedzi n (%)	Razem n
K_01	32 (43)	34 (45)	7 (9)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	75
K_02	17 (23)	43 (57)	11 (15)	4 (6)	0 (0)	0 (0)	75
K_03	30 (43)	37 (49)	6 (8)	2 (3)	0 (0)	0 (0)	75
K_04	36 (51)	34 (45)	5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	75
K_05	34 (49)	34 (45)	4 (5)	1 (1)	1 (1)	1 (1)	74
K_06	26 (37)	41 (55)	4 (5)	2 (3)	0 (0)	2 (3)	73
K_07	17 (24)	36 (51)	17 (23)	4 (6)	0 (0)	1 (1)	74
K_08	34 (49)	30 (43)	6 (8)	2 (3)	0 (0)	3 (4)	72
K_09	28 (37)	29 (41)	12 (17)	4 (6)	1 (1)	1 (1)	74
K_10	25 (33)	26 (36)	15 (20)	6 (8)	2 (3)	1 (1)	74

Tabela 3. Zajęcia wskazane przez studentów, na których realizowane są kompetencje społeczne

	ćwiczenia	laboratoria	wykłady i konwersatoria	zajęcia praktyczne	praktyki zawodowe
K_01	38	5	21	16	7
K_02	24	3	18	9	3
K_03	23	8	27	14	13
K_04	26	9	24	12	14
K_05	44	7	9	17	8
K_06	33	4	25	14	4
K_07	29	4	15	11	8
K_08	28	9	18	14	10
K_09	15	3	15	15	14
K_10	17	2	9	11	11

Dyskusja

Jakkolwiek przeprowadzone badanie należy potraktować jako pilotażowe i diagnostyczne ze względu na brak możliwości doboru reprezentatywnej grupy badanych oraz brak standaryzacji kwestionariusza przed wykonaniem badania, rozkład uzyskanych odpowiedzi na pytania ankietowe sugeruje, że kadra dydaktyczna na kierunku ratownictwo medyczne w Krakowskiej Akademii, na dobrym poziomie realizuje założenia edukacyjne dotyczące kompetencji społecznych. Wydaje się, że jest gotowa na wdrażanie wszystkich trzech kategorii kompetencji: wiedzy,

umiejętności i kompetencji społecznych. Ze względu jednak na subiektywny wymiar opinii wyrażonych w badaniu sondażowym należałoby potraktować wyniki jedynie jako wstępne rozpoznanie, które dostarcza materiału ewaluacyjnego i ewentualnych sugestii prowadzących do wprowadzania zmian w programie studiów. Odbywać się to powinno poprzez zestawienie wyciągniętych z analizy ankietowej wniosków z sylabusami realizowanych na kierunku przedmiotów.

Warto zwrócić uwagę na to, że zdecydowanie częściej studenci wskazywali na realizację kompetencji społecznych na ćwiczeniach i wykładach niż na zajęciach praktycznych i praktykach zawodowych, co jest zjawiskiem niepokojącym i niezgodnym z propagowanymi teoriami [8,9]. Prawdopodobnie jest to związane ze specyfiką polskiej służby zdrowia oraz brakiem profesjonalizmu personelu w polskich szpitalach i zespołach ratownictwa medycznego i przede wszystkim brakiem odpowiedniego nadzoru i kompetencji osób nadzorujących studentów na praktykach i zajęciach praktycznych. Studenci na ogół wskazują na brak odpowiedniego wpływu praktyk zawodowych na postawę studenta.

Liczne narzędzia walidacji i sposoby nauczania kompetencji społecznych zidentyfikowane w dydaktyce akademickiej na kierunkach medycznych na świecie [9,10] nie są wykorzystywane w programie studiów na kierunku ratownictwo medyczne w Krakowskiej Akademii lub są znacznie uproszczone, a procedury potwierdzania kompetencji nie są przeprowadzane w sposób rygorystyczny. Ponadto koszty niektórych przedsięwzięć walidacyjnych nie pozwalają na ich wykorzystanie w procesie dydaktycznym. Wskazane jest zestawienie dostępnych strategii uczenia i egzaminowania formatywnego w trakcie studiowania i próba ich implementacji oraz zbadania efektywności w celu wytypowania tych, które najlepiej pasowały będą do specyfiki zawodowej, wykażą skuteczność i będą możliwe do zaakceptowania pod względem ekonomicznym.

Wnioski

Autorzy w oparciu o wyniki wykonanych badań sformułowali wnioski, wraz z propozycjami działań optymalizujących proces dydaktyczny w zakresie nabywania kompetencji społecznych.

1. Kompetencje społeczne studentów ratownictwa medycznego weryfikowane są w głównej mierze na ćwiczeniach, wobec czego powinno się dążyć do możliwego udoskonalania tych zajęć i wprowadzania innowacyjnych metod dydaktycznych oraz metod oceny takich, jak wykorzystywanie symulacji na możliwie najwyższym poziomie zaawansowania i ukierunkowanych na zdobywanie efektów kształcenia, takich jak np. praca w zespole czy wskazywanie priorytetów w pracy ratownika medycznego, rzetelne stosowanie feedbacku i indywidualne traktowanie każdego studenta, zastosowanie pacjentów standaryzowanych, pisanie narracji z kontaktu z pacjentem – ewentualne zmodyfikowanie dzienniczków praktyk.

2. Większa uwaga powinna zostać zwrócona na realizację i nadzór praktyk zawodowych i zajęć praktycznych, ponieważ nie spełniają one w stopniu zadowalającym swojej funkcji. Wskazane byłoby wprowadzenie osoby – praktyka nadzorującego praktyki i zajęcia odbywane w małych grupach. Osoba ta mogłaby indywidualnie rozdzielać zadania dla studentów, oceniać ich możliwości i dostosowywać realizowane zadania do potrzeb. W trakcie praktyk mobilizująca mogłaby stać się tzw. ocena 360 stopni, polegająca na ocenie studenta przez przełożonych, współpracujący personel, studentów, pacjentów.
3. Stwierdzono potrzebę uregulowań wewnątrzwydziałowych, dotyczących procedur potwierdzających efekty kształcenia – w sposób bardziej rygorystyczny i sumienny oraz prowadzenie solidnej i rzetelnej dokumentacji. Jednocześnie niezbędne jest prowadzenie statystyki tego typu działań.
4. Celowe byłoby szersze zapoznanie studentów naborów podlegających Krajowym Ramom Kwalifikacji z problematyką efektów kształcenia – w szczególności z tematyką kompetencji społecznych i uwrażliwienie na potrzebę ich kształtowania.
5. Kadra dydaktyczna wymaga edukacji w zakresie narzędzi ewaluacji kompetencji, szczególnie zapoznania z efektywnymi technikami stosowanymi w innych krajach na świecie.
6. Pożądane jest rozszerzenie egzaminów OSCE na inne moduły i przedmioty i ukierunkowanie ich na ocenę kompetencji społecznych.
7. Rozważeniu podlegać może również wprowadzenie do programu studiów nauczania interprofesjonalnego, dzięki któremu studenci różnych kierunków medycznych nabywają pewne kompetencje społeczne przez wzajemne interakcje.

Bibliografia

1. Ustawa z 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Dz.U. Nr 84. Kancelaria Sejmu RP, Warszawa 2011.
2. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2 listopada 2011 r. w sprawie Krajowych Ram Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego. Dz.U. Nr 253. Kancelaria Sejmu RP, Warszawa 2011.
3. www.kwalifikacje.edu.pl/pl/slownik [04.03.2014].
4. *Fiński model kształcenia i oceniania kompetencji społecznych – inspiracje dla polskich interesariuszy szkolnictwa wyższego*. Biblioteka Instytutu Badań Edukacyjnych. Warszawa 2011.
5. *Key Competences for Lifelong Learning, European Reference Framework, Education and Culture DG, European Communities*. Official Journal of the European Union on 30 December 2006/L394. Belgium 2007.

6. Czapiński J, Panek T. (red). *Diagnoza społeczna*, PrintQIT, Warszawa 2009.
7. Brown WE Jr, Morgolis G, Levine R. *Peer evaluation of the professional behaviors of emergency medical technicians*. Prehospital And Disaster Medicine. 2005; 20 (2): 107–114.
8. Guillaume A. *A typology of educationally focused medical simulation tools*, *Medical Teacher*. 2007; 29 (8): 243–250.
9. Rodriguez E, Siegelman J, Leone K, Kessler CH. *Assessing professionalism: summary of the working group on assessment of observable learner performance*. Academic Emergency Medicine, 2012; 19: 1372–1378.
10. Reinert A. *Assessment in Medical Education: A Primer on Methodology, Perspectives*. www.ps.columbia.edu/education/edu-news-archive/article-anna-reinert-md-class-2013 [10.10.2014].

Education and assessment of social competences in paramedic studies – inspired by National Framework of Qualifications

Abstract: Introduction: Social competences are the one of three categories of learning outcomes collaterally to knowledge and skills which should be evaluated and verified in students by academies. Polish Qualifications Framework obligate academies to do it, but we can see difficulties in matching methods and evaluation tools. The study shows how academic teachers deal with creating attitudes connected with social competences for paramedic students. The aim of our study was the recognition of the opinions of paramedic students and graduates about the effectiveness of teaching social competences during the entire period of education.

Material and methods: Voluntary survey was conducted among third-year paramedic students and graduates. Closed questionnaire contained questions about the ten social skills which are in learning outcomes for the course of paramedic study. Open-ended question about the course in which, in the opinions of respondents, social competencies were implemented, was placed after each closed question.

Results: Majority of respondents considered that the attitudes and behaviors expressed in social competence for paramedics are implemented in a satisfactory manner. It was pointed out that lectures and exercises beneficial as a form of classes.

Conclusions: The study shows the need to improve exercises as a top rated classes and draw attention to practical classes and practices that inadequately fulfill their function. Further research is needed in this direction because of the limitations of study and the lack of a representative group.

Key words: social competences, learning outcomes, paramedic