

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені. М. І. ПИРОГОВА

Дудікова Лариса Володимирівна

**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ  
КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ  
ЛІКАРІВ У МЕДИЧНИХ  
УНІВЕРСИТЕТАХ:  
ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА**

*Монографія*

Вінниця  
«ТВОРИ»  
2018

УДК 378-047.22:614.253

ББК 74.584

Д 84

Рекомендовано до друку вченою радою Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова (протокол № 10 від 31 травня 2018 року).

**Рецензенти:**

**О. В. Власенко**, доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи ВНМУ ім. М.І. Пирогова;

**А. М. Коломієць**, доктор педагогічних наук, професор, проректор з наукової роботи ВДПУ імені Михайла Коцюбинського;

**Н. О. Федчишин**, доктор педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри іноземних мов ТДМУ імені І.Я. Горбачевського.

**Дудікова Л. В.**

Д 84 Формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах: теорія і практика: монографія. – Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2018. – 488 с.

ISBN 978-617-7706-32-7

У монографії представлено теоретичні та методичні засади формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти. Визначено сутність і зміст ключових понять дослідження, розкрито особливості розвитку морально-етичних поглядів на лікарську діяльність в історичній ретроспективі, представлено актуальні проблеми професійної етики в сучасній медицині та сучасні тенденції підготовки до професійної діяльності лікарів у провідних країнах світу в контексті формування професійно-етичної компетентності. З урахуванням теоретичних основ формування професійно-етичної компетентності, особливостей її змісту, діагностики та характеристики сформованості обґрунтовано концептуальні і технологічні засади формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти. За результатами дослідження визначено педагогічні резерви освітнього процесу та укладено методичні рекомендації науково-педагогічним працівникам медичних закладів вищої освіти щодо формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Монографія призначена для науково-педагогічних працівників медичних закладів вищої освіти, фахівців у галузі теорії і методики професійної освіти та методики навчання, керівників закладів вищої освіти, студентів, аспірантів і науковців, які досліджують психолого-педагогічні аспекти застосування компетентнісного підходу у професійній підготовці майбутніх фахівців.

**УДК 378-047.22:614.253**

**ББК 74.584**

© Дудікова Л. В., 2018

© ТОВ «ТВОРИ» 2018

ISBN 978-617-7706-32-7

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА</b> .....	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ</b> .....	<b>11</b>
1.1 Сутність і характеристика базових понять дослідження .....	11
1.2 Розвиток морально-етичних поглядів на лікарську діяльність в історичній ретроспективі .....	24
1.3 Актуальні проблеми професійної етики в сучасній медицині .....	41
1.4 Професійно-етична компетентність майбутніх лікарів як предмет сучасних наукових досліджень.....	55
Резюме.....	67
<b>РОЗДІЛ 2. ІСТОРИКО-ПЕДАГОГІЧНІ ТА КОМПАРАТИВІСТСЬКІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ</b> .....	<b>71</b>
2.1. Професійна етика та професійно-етична компетентність у змісті медичної освіти кінця ХХ – початку ХХІ століття в Україні.....	71
2.2. Сучасні тенденції підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвинутою економікою в контексті формування професійно-етичної компетентності.....	82
2.3. Морально-етичний контекст професійної діяльності лікарів у зонах збройних конфліктів і громадських заворушень.....	97
Резюме .....	108
<b>РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІСТУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА СФОРМОВАНOSTІ ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ</b> .....	<b>112</b>
3.1. Сутність, характеристика структури і змісту професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.....	112
3.2. Критерії, показники та рівні сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.....	127

3.3. Результати діагностики стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти України .....	150
Резюме .....	170
<b>РОЗДІЛ 4. КОНЦЕПТУАЛЬНІ І ТЕХНОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ .....</b>	
<b>173</b>	
4.1. Обґрунтування концепції формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти .....	173
4.2. Педагогічні умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти .....	195
4.3. Технологія формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.....	252
Резюме .....	301
<b>РОЗДІЛ 5. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	
<b>304</b>	
5.1. Організація, етапи та методика експериментального дослідження.....	304
5.2. Аналіз результатів експериментальної роботи.....	313
5.3. Методичні рекомендації науково-педагогічним працівникам медичних закладів вищої освіти щодо формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів .....	338
Резюме .....	352
<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>355</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>364</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>403</b>

## ПЕРЕДМОВА

Прогресивні тенденції глобалізації європейського та світового освітнього простору визначають необхідність модернізації вищої медичної школи в контексті підписання Україною Болонської декларації. Головною метою реформування вищої медичної освіти є генерація нових медичних кадрів за рахунок впровадження в освітній процес європейських освітніх і медичних стандартів, підвищення інтелектуального, науково-освітнього, професійно-орієнтованого рівня майбутніх лікарів, культури медичного персоналу, забезпечення їх сучасними, більш ефективними інноваційними та інформаційними медичними технологіями. Крім того, інновації в системі підготовки медичних кадрів пов'язані з впровадженням сучасних галузевих стандартів вищої медичної та фармацевтичної освіти, запровадженням процедури ліцензування та сертифікації фахівців. Все це спонукає до перегляду змісту медичної освіти, побудови галузевих стандартів освіти на засадах компетентнісного підходу, визначення нових науково-педагогічних принципів та запровадження інновацій у підготовку фахівців охорони здоров'я.

Актуальність забезпечення якості підготовки, підвищення кваліфікації та перепідготовки медичних працівників особливо зростає останнім часом – в період реформування галузі охорони здоров'я. В угоді про асоціацію між Україною та ЄС наголошується на необхідності реформування медичної галузі відповідно до Європейського плану дій. У зв'язку з цим Міністерство охорони здоров'я запропонувало Національну стратегію реформування системи охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Стратегія як рамковий документ, що формує контекст, бачення, принципи, пріоритети, завдання реформування української системи охорони здоров'я, важливими кроками у цьому напрямі визначає підвищення якості підготовки медичних фахівців, інтеграцію медичної освіти і науки, вирішення кадрових проблем галузі, покращення медичної допомоги населенню, забезпечення конкурентоспроможності випускників вищих навчальних закладів на вітчизняному та міжнародному ринках праці.

Актуальність теми посилюють вимоги й інших нормативно-правових документів, що регламентують професійну підготовку майбутніх лікарів у контексті дотримання моральних, етичних і фахових норм у професійній діяльності, морально-етичних принципів ставлення до живої людини та її тіла як об'єкта анатомічного та клінічного дослідження, морально-етичних принципів спілкування з хворими, а також урахування національних і релігійних особливостей при виконанні професійних функцій. Професійна етика передбачає усвідомлення лікарем професійного обов'язку перед суспільством і пацієнтами, право медиків на професійну гідність і честь, охоплює нормативні принципи поведінки лікаря, морально-деонтологічні принципи медичного фахівця та принципи фахової субординації у хірургії, у клініці внутрішніх хвороб, у педіатрії та фізіотерапії. Сучасні міжнародні вимоги підготовки фахівців у галузі вищої медичної освіти мають на меті забезпечення підготовки кваліфікованих, грамотних, психологічно і соціально компетентних лікарів. Результати аналізу освітніх програм підготовки студентів у медичних університетах указують на те, що сучасний лікар повинен володіти не лише когнітивними та поведінковими навичками прийняття клінічних рішень, а також навичками етичної поведінки в процесі професійної взаємодії з пацієнтами, їх родичами та колегами, високорозвиненими комунікативними навичками, професійними морально-етичними установками на рівні сучасних досягнень медицини. Отже, сучасний лікар повинен у різних видах фахової діяльності мати високий рівень професійно-етичної компетентності.

На думку широкого кола дослідників (К. Абульханової-Славської, Е. Зеєра, А. Каленського, Н. Кузьміної, Н. Петренко, Л. Хоружої, А. Хуторського та ін.), професійно-етична компетентність – це складне індивідуально-психологічне утворення, яке об'єднує теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості й практичні вміння фахівця у сфері професійної діяльності та забезпечує вибір ним усвідомленої етичної поведінки відповідно до професійно-етичних норм, а також акмеологічні інваріанти, що визначають його потребу в професійно-етичному самовдосконаленні.

Проблема формування особистості лікаря, професійної культури, етичної поведінки, професійно-етичної компетентності неодноразово привертала увагу науковців. Особливий інтерес становлять праці з проблем виховання та формування духовних цінностей сучасної молоді у закладах вищої освіти (І. Бех, К. Журба, А. Капська, Д. Пашенко, Н. Чернуха та ін.) та обґрунтування сучасного етичного кодексу лікаря (С. Вековшиніна, В. Кулініченко, О. Насінник та ін.). Проблеми медичної освіти, формування особистості лікаря в аспекті деонтології, біоетики та медичної етики останнім часом були предметом досліджень як зарубіжних (О. Грандо, В. Кордюм, Т. Мішаткіна, А. Моруа, В. Поттер та ін.), так і українських дослідників (В. Демченко, В. Запорожан, Ю. Кундієв, В. Чешко та ін.). У працях науковців сучасного періоду, присвячених проблемам медичної діяльності та освіти, також частково розглядаються різні аспекти проблеми формування професійно-етичної компетентності, зокрема професійно-важливі якості (В. Корзунін та ін.), особливості професійного особистісного розвитку лікаря (В. Андронов, І. Гурвич, В. Зайцев, Л. Матвєєва, О. Одерішева, Т. Рум'янцева та ін.), зміст і структура професійно-особистісної культури (М. Тараришкіна та ін.), особливості формування професійно-комунікативної культури (С. Герасименко, Р. Карсон, О. Метса, М. Мусохранова, Л. Цветкова та ін.), становлення клінічного мислення (Н. Аношкін, Т. Цавеюродієв та ін.), психологічний супровід професійного становлення лікаря (Б. Ясько та ін.), психологічна компетентність лікаря (Є. Андронов, В. Ташликов, Н. Яковлева та ін.), загальні проблеми медичної освіти (В. Аверін, О. Аміров, І. Косирев та ін.), проблеми психології в медичній освіті (Т. Бухаріна, В. Дуброва, А. Кирпиченко, М. Лапкін, С. Лігер та ін.) тощо.

Для дослідження важливими є погляди вчених на формування компетентності, зокрема професійної (В. Калінін, Л. Карпова, О. Миропольська), соціально-культурної (Т. Колодько), етнокультурної (О. Гуренко), громадянської (М. Михайліченко), комунікативної (Д. Годлевська), економічної (К. Тушко). Окремі аспекти формування професійної етики фахівців у галузі права досліджували Г. Андрєєв, Г. Гребеньков, Г. Дубов, Д. Фіолевський. Особливості формування професійної культури митників були предметом уваги О. Корольова,

Н. Тимченко, молодших спеціалістів сфери побутового обслуговування – Л. Гасюк, а професійної етики учителів – Л. Хоружої та Л. Шарової. Педагогічні умови забезпечення ефективності процесу формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах були предметом дослідження А. Агаркової.

Разом з тим комплексного дослідження формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти на сьогодні немає: не обґрунтовано концепції та педагогічних умов формування у студентів під час навчання у ВНЗ цієї значущої для професійної діяльності компетентності, не розроблено моделі й технології її формування, не визначено об'єктивно вимірюваних критеріїв та показників сформованості, немає науково-методичного забезпечення впровадження технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти в умовах глобалізації європейського та світового освітнього простору та реформування медичної галузі в Україні.

Натомість результати аналізу професійної підготовки майбутніх лікарів у ВНЗ свідчать про те, що на сьогодні в країні ще не досягнуто рівня клінічної підготовки лікарів відповідно до міжнародних стандартів, повільно запроваджуються у навчальний процес сучасні наукові розробки та засади доказової медицини, помітне старіння науково-педагогічних працівників, у галузі наростає кадровий дефіцит медичних працівників, перш за все у первинній ланці та закладах охорони здоров'я, розташованих у сільській місцевості. Разом з позитивними змінами у системі підготовки майбутніх лікарів спостерігається недостатнє фінансування вищої медичної освіти, складнощі у матеріально-технічному оснащенні та недостатнє стимулювання праці викладачів, невідповідність умов навчання вимогам часу, застосування застарілих педагогічних практик, високий рівень педагогічного навантаження викладача. Про актуальність теми свідчать й інші чинники, зокрема те, що в суспільстві посилюються споживацькі тенденції, частішають випадки байдужості, неуваги до потреб пацієнтів в практиці діяльності медичних установ.



Окрім того, у зв'язку із модернізацією організації освітнього процесу оприявнились суперечності між збільшенням завантаженості викладачів, значним обсягом витрат навчального часу на оцінювання навчальних досягнень студентів, якістю їхньої самостійної роботи і недостатнім науково-методичним забезпеченням і матеріально-технічним оснащенням діяльності вищої медичної школи. Результати аналізу фундаментальних наукових праць, нормативно-правових документів та досвіду практичної діяльності дали можливість виявити суперечності в процесі формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти, зокрема між потенційними можливостями, які мають сучасні медичні заклади вищої освіти для ефективного формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, і недостатнім використанням цих можливостей на практиці; значними педагогічними резервами професійно спрямованих та гуманітарних навчальних дисциплін щодо формування професійно-етичної компетентності та невідповідністю форм, методів і засобів організації освітнього процесу; необхідністю оволодіння студентами інформацією про професійно-етичну поведінку, етику і моральну свідомість майбутніх лікарів, етапи її розвитку та саморозвитку і недостатньою наявністю й обсягом такої інформації у змісті відповідних навчальних дисциплін; реальним станом професійно-етичної компетентності випускників – майбутніх лікарів та сучасними вимогами нормативних документів до їхньої підготовки; між необхідним рівнем професійної етики медичних працівників та усталеними методичними і освітньо-науковими засадами їхньої підготовки в медичних університетах; між необхідністю оновлення змісту підготовки лікарів, розроблення концепції і технології формування професійно-етичної компетентності медичних працівників і недостатньою фаховою та психологічною готовністю науково-педагогічного складу до цього.

Ці проблеми не сприяють якісній підготовці майбутніх лікарів, формуванню у них високого рівня професійно-етичної компетентності. Крім того, серед причин недостатнього рівня сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів можна зазначити низьку установку на формування системи моральних цінностей у викладачів та студентів, домінування знаннево-орієнтованого та

репродуктивного підходів до формування професійно-етичної компетентності, недостатність та низьку ефективність цілеспрямованих форм позанавчальної роботи, несформованість компонентів професійно-етичної культури, недостатня увага у закладах вищої освіти до формування у студентів навичок етичної поведінки та забезпечення умов для прояву етичних вчинків.

Основні ідеї, що були викладені в монографії, протягом 2012–2018 років пройшли широку апробацію на міжнародних, всеукраїнських та міжвузівських наукових конференціях.

Монографія призначена для науково-педагогічних працівників медичних закладів вищої освіти, фахівців у галузі теорії і методики професійної освіти та методики навчання, керівників закладів вищої освіти, студентів, аспірантів і науковців, які досліджують психолого-педагогічні аспекти застосування компетентнісного підходу у професійній підготовці майбутніх фахівців.

## РОЗДІЛ 1

# НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

### 1.1 Сутність і характеристика базових понять дослідження

Вища медична освіта, яку студенти здобувають у медичних закладах вищої освіти України, має на меті забезпечити їх високоякісну підготовку до майбутньої професійної діяльності у галузі знань «Охорона здоров'я». Підготовка майбутніх лікарів є важливим напрямом реформування галузі охорони здоров'я та досягнення соціальних пріоритетів держави, оскільки від рівня підготовки медичних працівників залежить якість надання медичної допомоги населенню країни.

Результати аналізу статистичних даних та публікацій фахівців указують на те, що поточний стан системи охорони здоров'я України (далі СОЗ) характеризується високими показниками захворюваності, смертності та інвалідності, особливо від неінфекційних захворювань, таких як рак, серцево-судинні та церебро-васкулярні захворювання, хвороби обміну речовин. У поєднанні з міграцією це спричиняє глибоку демографічну кризу в Україні, різке скорочення населення (з 52 до 45,3 млн. осіб) протягом двох десятиліть [15, с. 6]. Такі показники засвідчують, що переважна більшість українців не отримує ефективної та якісної допомоги на рівні цивілізованих країн, а також перебуває під впливом серйозних чинників ризику, таких як паління, вживання алкоголю, неправильне харчування, низька фізична активність, забруднення повітря та води.

Такий стан СОЗ, а також сучасний розвиток медичної науки і практики зумовлюють необхідність внесення коректив у систему підготовки та підвищення кваліфікації майбутніх лікарів з метою наближення якості та результатів їх освіти до міжнародних стандартів. На думку таких учених, як А. Агарова [5], О. Андрійчук [11], М. Дем'янчук [93], Л. Кайдалова [191] та ін., якість освіти у медичних закладах вищої освіти необхідно покращити шляхом ефективної організації та інформатизації освітнього процесу, впровадження передових наукових розробок у

практику викладання, забезпечення високого професіоналізму викладачів, створення сучасної навчально-методичної бази.

На думку народних депутатів України О. Богомолець, О. Мусія, І. Сисоєнко та О. Кириченко, представників Адміністрації Президента України, МОЗ України, Міністерства освіти і науки України (МОН), медичних закладів вищої освіти, департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Національної академії медичних наук України, а також представників професійних спілок, громадськості та студентства – учасників засідання круглого столу «Про стан та перспективи медичної освіти в Україні», яке відбулося 14 лютого 2017 року в Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я [401], «в умовах стрімкого розвитку медицини, впровадження нових методів терапії і діагностики потребують перегляду програми підготовки фахівців для української медичної галузі. Вони мають базуватися на європейських стандартах лікування, сучасних інформаційних технологіях, передбачати можливість опанування практичних навичок роботи із новим лікувально-діагностичним обладнанням. Це також дозволить спеціалістам навчатися і працювати в єдиному професійному європейському просторі. Без зміни парадигми базової середньої і вищої медичної освіти в Україні наблизити систему охорони здоров'я до світових стандартів та здійснити її реформування не можливо» [401].

Результати аналізу наукових джерел, фахових публікацій та вимог нормативних документів, що регламентують підготовку майбутніх лікарів, засвідчують, що сучасні вимоги підготовки фахівців сфери охорони здоров'я в Україні повинні наблизити стандарти медичної освіти до міжнародних з метою формування кваліфікованих, психологічно і соціально компетентних медичних працівників [78, с. 5–6; 537, с. 328–330; 540, с. 580–581]. Результати аналізу освітніх програм підготовки студентів у медичних університетах указують на те, що сучасний лікар повинен володіти не лише когнітивними та поведінковими навичками прийняття клінічних рішень, а також навичками етичної поведінки під час професійної взаємодії з пацієнтами, їх родичами та колегами, високорозвиненими комунікативними навичками, мати професійні морально-

етичні установки. У Законі України «Про вищу освіту» від 1 липня 2014 року також вказується на значення морально-етичного аспекту у вищій освіті. Вищу освіту трактовано як «сукупність систематизованих знань, умінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, *морально-етичних цінностей* (виділено автором), інших компетентностей, здобутих у вищому навчальному закладі (науковій установі) у відповідній галузі знань за певною кваліфікацією на рівнях вищої освіти, що за складністю є вищими, ніж рівень повної загальної середньої освіти» [344].

Освітньо-професійна програма підготовки здобувачів другого рівня вищої освіти зі спеціальності 222 «Медицина», розроблена згідно з вимогами Закону України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 № 1556-VII та стандарту вищої освіти України зі спеціальності 222 «Медицина» на другому рівні вищої освіти, визначає програмні компетентності, серед яких, наприклад, здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів), уміння застосовувати етичні та деонтологічні норми і принципи у професійній діяльності тощо [311].

Освітньо-професійна програма, що поширюється на кафедри медичного та інших факультетів Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, які здійснюють підготовку фахівців ступеня магістрів спеціальності 222 «Медицина», визначає спеціальні (фахові, предметні) компетентності, якими має володіти лікар. При цьому в формулюванні спеціальних (фахових, предметних) результатів навчання розробники ОПП наголошують на необхідності дотримання відповідних етичних норм. Наприклад:

уміти виділити та зафіксувати провідний клінічний симптом або синдром (за списком 1) шляхом прийняття обґрунтованого рішення, використовуючи попередні дані анамнезу хворого, дані його обстеження, знання про людину, її органи та системи, *дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм;*

надавати екстрену медичну допомогу, за будь-яких обставин, використовуючи знання про людину, її органи та системи, *дотримуючись відповідних етичних норм,* шляхом прийняття обґрунтованого рішення, на підставі

діагнозу невідкладного стану в умовах обмеженого часу згідно з визначеною тактикою, використовуючи стандартні схеми;

в умовах закладу охорони здоров'я, його підрозділу на виробництві робити оцінку стану здоров'я закріпленого контингенту населення з використанням, знань про людину, її органи та системи, дотримуючись *відповідних етичних норм*;

приймати обґрунтоване рішення у закладі охорони здоров'я або вдома у хворого на підставі отриманих даних про стан його здоров'я, за допомогою стандартних схем, використовуючи знання про людину, її органи та системи, *дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм*.

Отже, сучасний лікар повинен у різних видах фахової діяльності мати високий рівень професійно-етичної компетентності.

Щодо поняття «майбутній лікар», то його тлумачення потрібно узгодити з урахуванням положень Закону України «Про вищу освіту» [344], а також тлумачних словників української мови. У Законі України «Про вищу освіту» подано поняття «здобувач вищої освіти» таким чином: це особа, яка навчається у вищому навчальному закладі на певному рівні вищої освіти з метою здобуття відповідного ступеня і кваліфікації [344].

Лікар (англ. Medical Doctor (M.D.) – фахівець із повною вищою медичною освітою, який в установленому законом порядку постійно займається підтримкою або відновленням людського здоров'я, через запобігання (профілактика), розпізнавання (діагностика) та лікування захворювань і травм. Це він здійснює завдяки ґрунтовним знанням з анатомії, фізіології, хвороб і лікування, досвіду та практики – науки і мистецтва медицини [349].

У короткій медичній енциклопедії поняття «лікар» потрактовано таким чином: це «фахівець із закінченою вищою медичною освітою, який має юридичне право займатися медичною (лікувально-профілактичною, санітарно-епідеміологічною) діяльністю. Лікар є фахівцем у різних галузях медицини, наприклад, він може бути терапевтом, хірургом, акушер-гінекологом, офтальмологом, рентгенологом, невропатологом, психіатром, дерматовенерологом, стоматологом та под. (додаток А). Первинна спеціалізація

лікаря здійснюється в інтернатурі (тривалість залежить від конкретної спеціальності. Наприклад, сімейний лікар навчається на інтернатурі 2 роки, акушер-гінеколог – 1,5 року, дерматовенеролог – 1 рік тощо). Лікар має право на підвищення професійного рівня – спеціалізацію та удосконалення кваліфікації, які організовано у вищих навчальних закладах післядипломної освіти, на спеціалізованих факультетах медичних університетів і курсах підвищення кваліфікації не менше одного разу на 5 років. Лікар також постійно підвищує рівень своїх медичних знань під час практичної діяльності. Для оцінки кваліфікації та рівня професійної підготовки передбачено атестації, за результатами яких визначається рівень практичних і теоретичних знань лікаря-спеціаліста та присвоюється відповідна категорія (друга, перша або вища) [237].

Єдині кваліфікаційні вимоги до осіб, які займаються певними видами медичної і фармацевтичної діяльності, в т. ч. у галузі народної і нетрадиційної медицини, встановлює МОЗ України. Лікар може працювати в закладі охорони здоров'я будь-якої форми власності чи самостійно, надаючи медичну допомогу пацієнтам. Лікарі, які здобули медичну освіту в навчальних закладах зарубіжних країн, можуть працювати за фахом після перевірки їхньої кваліфікації у порядку, встановленому МОЗ, якщо інше не передбачено законодавством або міжнародними договорами, в яких бере участь Україна [344].

Отже, з урахуванням наведених положень у дослідженні поняття «майбутній лікар» передбачено вживати у такому значенні: *це особа, яка здобуває повну вищу освіту (освітній рівень «магістр») у галузі знань «Охорона здоров'я» в медичному закладі вищої освіти з метою отримання кваліфікації «Лікар» для надання кваліфікованої лікувально-діагностичної допомоги пацієнтам в закладах охорони здоров'я будь-якої форми власності чи самостійно, з високим рівнем володіння сучасними методами діагностики, лікування та профілактики захворювань.*

У відповідності з отриманим освітньо-кваліфікаційним рівнем та напрямом підготовки випускник медичного закладу вищої освіти згідно з Класифікатором професій ДК 003:2010 зможе працювати за такими первинними професіями: «Охорона здоров'я та соціальна допомога», «Діяльність з охорони здоров'я»,

«Діяльність лікувальних закладів», «Медична практика». Після підготовки в інтернатурі (резидентурі) фахівцю присвоюється кваліфікація – лікар з певної спеціальності і він може виконувати зазначену в ДК 003-95 професійну роботу і може займати відповідну первинну посаду.

Майбутні лікарі мають бути готові до роботи в умовах конкуренції, коли хворий має право обирати лікаря, до оцінки своєї праці за показниками кінцевих результатів. Такі засади організації надання медичної допомоги потребують від майбутніх лікарів глибоких знань, навиків та вмінь. Спрямувати студентів на необхідність фундаментального володіння знаннями з етіології, патогенезу, діагностики, лікування та профілактики хвороб – одне із головних завдань сучасної вищої медичної школи. Одночасно з цим при навчанні студентів слід акцентувати увагу на провідній zasadі Європейської стратегії з підтримки дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя: у центрі уваги системи повинна бути людина (пацієнт) [175; 176]. З огляду на це етичні та деонтологічні засади у навчанні майбутніх лікарів є надзвичайно важливими. Виховання емпатії до своїх пацієнтів, почуття відповідальності за свої дії, уміння колегіально вирішувати конфліктні ситуації стануть запорукою успішної праці майбутніх лікарів [102, с. 53].

Життя та здоров'я людини – найважливіші, фундаментальні цінності. Діяльність лікаря покликана їх зберігати, вона вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до неї, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодійності й милосердя, терпіння, взаємодовіри, порядності та справедливості. Лікар повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху – це насамперед совість [163]. Ці моральні засади з огляду на застосування досягнень біології та медицини систематизовано в Етичному кодексі лікаря України (з урахуванням положень Міжнародного кодексу лікарської етики), Гельсінкській декларації, Загальній декларації про геном і права людини й Конвенції про захист прав та гідності людини. Етичний кодекс лікаря України затверджено на Х з'їзді Всеукраїнського лікарського об'єднання, який відбувся у Євпаторії 24–27 вересня 2009 року. Основна мета кодексу – впорядкувати відносини між лікарями,



пацієнтами, медичними організаціями, а також визначити етичні норми під час проведення наукових досліджень. У європейських державах Етичний кодекс лікаря використовують для регламентування морально-правових аспектів діяльності медичних працівників з 1949 року, коли Генеральна асамблея Всесвітньої медичної асоціації у Лондоні затвердила Міжнародний кодекс медичної етики. У жовтні 2008 року Україна стала членом цієї асоціації, тому вітчизняний етичний кодекс розробляли з урахуванням міжнародних вимог.

Необхідно зазначити, що у науковій педагогічній і медичній літературі вживаються поняття «лікарська етика» і «медична етика».

Лікарська етика – сфера етичного знання, предметом якого є дослідження *принципів* взаємодії лікаря та хворого з метою відновлення фізичного і психічного здоров'я людини. Суб'єкти відносин перебувають при цьому в нерівному становищі. Хворий довіряє лікарю своє життя з надією на допомогу. Лікарська етика вимагає задіяти фахові знання та моральне сумління, щоб максимально допомогти хворому відновити здоров'я [293].

Лікарська і медична етика відображають історично-конкретні уявлення про цінність людини, і тому гуманізм професії іноді має відносно моральне спрямування. Сучасна тенденція в розвитку медичної етики – пошук шляхів використання досягнень медицини для збереження життя та покращення здоров'я і довголіття людини в планетарному масштабі.

Гуманність є однією з вихідних засад професійної придатності лікаря. Від його компетентності, людяного ставлення до інших та від гуманності медицини загалом залежать здоров'я та життя людей. Лікар може бути рятувальником хворого, а може перетворитися на вбивцю. Рівень розвитку медицини, соціальне становище медиків – об'єктивні показники усвідомлення суспільством цінності людського життя.

Медична етика – галузь етичної науки, яка досліджує об'єктивні основи, сутність, специфіку, структуру й основні функції моралі працівників медичної сфери діяльності [421, с. 234]. Мораль медпрацівників є одним з ефективних механізмів запобігання і розв'язання суперечностей та конфліктів, які виникають

(чи можуть виникнути) у цій сфері їх діяльності. Її специфіку досліджує медична етика, якій належить особливо важлива роль у формуванні принципів та відповідних правил, на яких ґрунтується Етичний кодекс лікаря. Є різні точки зору на систему та субординацію принципів моралі лікарів (їх називають принципами медичної етики). Етичний кодекс лікаря містить такі принципи:

принцип гуманізму (у моралі лікарів цей принцип має особливе значення, оскільки збереження здоров'я, життя людини є основою цього принципу);

принцип «Не зашкодь» (лат. *primum non nocere*);

принцип «Роби благо»;

принцип поваги до автономії пацієнта;

принцип справедливості.

Етичні принципи діяльності лікарів конкретизуються і доповнюються правилами, насамперед правилами правдивості, конфіденційності, інформаційної згоди. Вони виявляються у взаємодії «лікар – пацієнт» [421, с. 234].

Медична етика має внутрішній зв'язок з компетентністю, культурою, класифікацією лікарів та їхніми діловими якостями. З огляду на тему дослідження нас цікавить сутність і зміст понять «моральна культура», «етична культура», «комунікативна компетентність» та «професійна етична компетентність».

Результати аналізу наукових досліджень [28; 222, с. 65] дозволяють трактувати поняття «*моральна культура*» як цілісну систему елементів, що охоплює різні види культур – світосприйняття, відчуттів, емпатії, поведінки, вчинків, життєвих установок і принципів моральної практики.

На думку вчених [28; 222, с. 62–70; 103], професійна медична мораль має відповідні кодекси певних положень стосовно трудової діяльності, які сприяють виробленню в медичного персоналу здатності до моральної орієнтації у складних ситуаціях, які вимагають морально-ділових і соціальних якостей. У сучасному уявленні мораль є сукупністю норм і принципів поведінки людей у відносинах один з одним і в суспільстві [49; 164]. При цьому йдеться не тільки про побутову, а й службову, трудову поведінку. Мораль характеризує культуру та етику людських

відносин, їх основою є не юридичні закони і службові принципи, яких потрібно дотримуватися, а виховання, совість і честь [426].

Мораль (від лат. *moralis* – моральний, *moris* – звичай) – це сукупність історично зумовлених правил, норм, звичаїв, принципів співжиття і поведінки людей, їхніх відносин у процесі виробництва матеріальних і духовних цінностей. Вона визначає їхні обов'язки стосовно один одного, соціальних груп, верств та суспільства загалом. Моральна свідомість особистості – це різновид форми суспільної свідомості. Моральні норми, принципи, що склалися в суспільстві, кожна особистість сприймає й усвідомлює суб'єктивно. Проте їх об'єктивна оцінка відбувається залежно від професійної діяльності та відносин [49, с. 46]. Поняття «етика», «мораль», «людина», «пацієнт» є найвагомішими соціальними орієнтирами у становленні особистості лікаря. Найвища суспільна й особистісна цінність моралі полягає в її людяності, оскільки ідеал моралі підноситься над особистими, відомчими та вузькопрофесійними інтересами. Людське сумління не може бути сумлінням різних верст населення. Воно єдине, і моральний рівень людини не може визначатися її професією, так само як національним походженням чи станомою приналежністю. Професійна мораль є невід'ємною складовою моралі загальнолюдської [221].

На думку дослідників проблеми моралі та етики [21; 49; 63; 221; 420], *морально-етична культура* є невід'ємною частиною духовної культури. Це ступінь моральної соціалізації особистості, тобто ступінь освоєння і привласнення панівних у суспільстві моральних цінностей, ступінь вияву їх у діяльності людей. Інакше кажучи, це досягнутий людиною ступінь морального розвитку, який характеризується засвоєними і реалізованими в діяльності морально-етичними цінностями. У повсякденному слововживанні морально-етичну культуру найчастіше трактують як моральну вихованість людини, ступінь засвоєння нею морально-етичних норм, вимог і слідування їм у своїх вчинках [17, с. 173–176].

Морально-етична культура, крім культури моральної свідомості, охоплює й культуру моральної поведінки, тобто зовнішню культуру. Це знання і дотримання людиною у вчинках, поведінці правил етикету. Словом «етикет» позначали

встановлений порядок і форму поведінки при дворі монарха, тобто придворний протокол. Кожна епоха, кожне суспільство відрізняється своїми правилами поведінки, системою норм пристойності [17, с. 176]. Сучасний етикет – це сукупність правил повсякденної поведінки, що стосується зовнішнього прояву ставлення до людини, основою якого є уявлення про моральне і прекрасне. Сучасний етикет ґрунтується на моральних принципах гуманізму й демократизму, що сприяють взаєморозумінню, взаємодії, комфортному спілкуванню між людьми. Ввічливість, скромність, простота, тактовність, точність – це найважливіші вимоги культури поведінки, дотримання зовнішніх правил порядності [298, с. 298].

Серед розмаїття проявів культури слід вказати на здатність людини діяти відповідно до суспільних законів. Важливо окреслити ту сферу людської екзистенції, яка є простором вияву суто людського – етичного способу буття. *Етична культура* є внутрішньою ознакою людяності індивіда і зовнішньо виявляється лише у способі вирішення конфліктів інтересів. На думку О. Воеводіна, етична культура пов'язана з вирішенням випадкових конфліктних інтересів, що супроводжують буття людини у всіх сферах її діяльності, у тому числі й таких, що виникають поза правовим полем взаємодії людей. Специфічною рисою етичної культури особистості є її здатність до безкорисливості й самопожертви. Етична форма вирішення соціального конфлікту передбачає добровільну самопожертву на користь того учасника конфлікту або суспільства, що потребує більше [64]. Парадокс етичної норми порівняно з іншими нормами культури полягає у тому, що її вимога, наприклад, «допоможи слабшому» або «віддай життя за Батьківщину», суперечить особистому інтересу. Етична культура, як і будь-яка духовно-практична форма культури, має два основні аспекти: 1) цінності, ідеали, 2) регулятиви. Етичні (моральні) цінності в суспільстві прийнято називати «етичними чеснотами», головними з яких ще стародавні греки вважали розсудливість (мудрість), поміркованість, мужність і справедливість. Окрім цих, усі народи визнають чесність (честь), вірність, дружбу, пошану до старших, власну гідність, працьовитість, патріотизм. Чесноти завжди є досконалими, їх заохочує суспільство як цільові ціннісні установки або етичні ідеали [64, с. 7–11].

З філософської точки зору, досконалість етичної культури окремого індивіда і суспільства загалом залежить від різноманітності та розвиненості суспільних етичних уявлень про добро, зло, справедливість, совість, почуття обов'язку, дружбу, милосердя, чесність, любов, повагу, патріотизм та под. Етична культура суспільства визначається, з одного боку, етичною культурою індивідів, а з іншого, панівними в цьому суспільстві економічними і політичними відносинами, що встановлюють «межі людяності» конкретного суспільства. «Царство моралі» й «всезагальність людяності» панують тільки у такому суспільстві, яке не має політичних (насильницьких, класово-державних) регулятивів, завдяки чому ступінь індивідуального щастя визначається ступенем задоволення інтересів (щастя) всіх членів суспільства [64, с. 7–11].

З'ясуванню сутності поняття «професійна етична компетентність» має передувати визначення поняття «комунікативна компетентність», оскільки комунікативний аспект діяльності лікаря є надзвичайно важливим. У науковій літературі наводять слова, які належать Гіппократу: «Якщо пацієнту запропонувати, до якого лікаря звернутися, – до того, який лікує травами, чи до іншого, який лікує ножем, то він насамперед звернеться до того, який лікує словом» [361].

Для успішної професійної діяльності лікар повинен досягнути вершини майстерності спілкування, перетворити на внутрішню потребу досконалу техніку фахового спілкування [82]. Кожна соціальна роль завжди залишає певний особистий простір для її виконавця, що є основою для виникнення міжособистісних (психологічних) відносин, які складаються на емоційному підґрунті (на підставі певних почуттів, що виникають між людьми). У соціальній психології почуття об'єднують у дві великі групи: кон'юнктивні (такі, що зближують, об'єднують людей) та диз'юнктивні (антипатичні почуття, що роз'єднують людей). У професійній діяльності лікаря важливим є його вміння вибудовувати свої відносини з пацієнтами, їх родинами та колегами, ґрунтуючись на кон'юнктивних почуттях і, відповідно, – реалізувати їх у спілкуванні.

Оскільки одним із результатів навчання майбутніх лікарів є комунікативна і професійно-етична компетентність, важливо уточнити сутність поняття

«компетентність». Варто зазначити, що у науково-педагогічних колах останніми роками велась жвава дискусія навколо сутності цього поняття та його спорідненості й відмінності від поняття «компетенція». Вважаємо, що не доцільно вступати в полеміку, оскільки з прийняттям закону України «Про вищу освіту» [344] та за результатами численних наукових досліджень сутність цих понять визначено. Так, наприклад, у Законі України «Про вищу освіту» компетентність визначено як «динамічну комбінацію знань, умінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, яка визначає здатність особи успішно здійснювати професійну та подальшу навчальну діяльність і є результатом навчання на певному рівні вищої освіти» [344]. Однак нам більше імponує визначення академіка С. Сисоевої про те, що «компетентність фахівця варто розглядати як його особистісну характеристику (особистісний капітал), цілісне, інтегративне, багаторівневе, особистісне новоутворення, що є результатом здобуття кваліфікацій у процесі неперервної освіти, рівень якої підтверджується сукупністю сформованих у фахівця компетенцій, що визначають успішність виконання різних видів професійної діяльності, здатність до самореалізації, саморозвитку та самовдосконалення впродовж життя та сприяють соціалізації особистості, формування у неї світоглядних та науково-професійних поглядів, творчості та майстерності. Особі із сформованою компетентністю властиві ціннісні орієнтації, вона усвідомлює своє місце в суспільстві, розуміє навколишній світ. Їй притаманні загальна та професійна культура, набутий досвід взаємодії з іншими людьми» [381, с. 18–44]. Саме такого тлумачення компетентності ми і дотримуємося.

Щодо комунікативної компетентності майбутніх лікарів слід зазначити, що вона є одним з ефективних механізмів передбачення й розв'язання суперечностей і конфліктів, які виникають у комунікативній сфері. *Комунікативна компетентність лікаря* є багаторівневою інтегральною особистісною якістю (сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей), що ґрунтується на вмінні продуктивно спілкуватися з пацієнтами та іншими учасниками лікувально-профілактичного процесу, будувати конструктивні відносини,

уникаючи конфліктних ситуацій. Крім того, це поняття включає володіння певною культурою спілкування, поведінки [47, с. 173].

Комунікативні якості, як зазначає О. Стукало, залежно від виду комунікативної діяльності можна поділити на вербальні, що характеризують мовну культуру фахівця, та невербальні, які характеризують уміння використовувати немовні засоби, емоційну культуру, вміння управляти своїм темпераментом [384].

Підсистема комунікативних якостей лікаря охоплює здатність до емпатії, професійну рефлексію, гнучкість спілкування (уміння вислухати, тактовність, реактивність, справедливість, чуйність і делікатність), спрямованість на відкрите спілкування, здатність швидко встановлювати контакт, соціальну сміливість. Від рівня сформованості *комунікативної компетентності лікаря* залежить характер відносин, які складаються між лікарем і пацієнтом, – довіра чи недовіра, симпатія чи антипатія.

Для визначення сутності поняття «професійно-етична компетентність лікаря» важливе значення має урахування *системного* (розглядає усі компоненти у взаємозв'язку один з одним; виявляє єдність взаємозв'язку всіх компонентів педагогічної системи (цілей, завдань, змісту, принципів, форм, методів, умов і вимог), виділяє загальні властивості й характеристики окремих компонентів), *особистісного* (розглядає сутність людини як особистості; орієнтує організацію освітнього процесу на особистість як мету, результат і критерій ефективності; вимагає визнання унікальності особистості, права на свободу і повагу; використовує опору на природний процес розвитку творчого потенціалу, саморозвитку особистості), *діяльнісного* (розглядає діяльність як основу, засіб і головну умову розвитку та формування особистості; орієнтує особистість на організацію творчої праці як найбільш ефективне перетворення навколишнього світу; дозволяє визначити найбільш оптимальні умови розвитку особистості в процесі діяльності) та *культурологічного* підходів (передбачає розгляд проблеми порівняно з аналогічними процесами в історії вітчизняної і зарубіжної педагогіки, з позицій змін у сучасній культурі; передбачає орієнтацію на соціальні та культурні вимоги до формування та розвитку особистості).

Важливим для визначення сутності ключового поняття дослідження є також урахування характеристики етичних вимог до професійної діяльності лікаря та результатів аналізу науково-педагогічних праць, зокрема публікацій К. Абульханової-Славської [1–2], Е. Зеєра [177.], Н. Кузьміної [247–248], Н. Петренко [323], Л. Хоружої [442], А. Хуторського [444, с. 48–51] та ін. Результати аналітико-пошукової роботи дозволяють зробити висновок, що *професійно-етична компетентність лікаря* – складне, цілісне, індивідуально-психологічне, інтегративне, багаторівневе утворення, що є результатом здобуття неперервної освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» та об'єднує теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості, практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибір ним свідомої етичної поведінки відповідно до професійно-етичних норм, а також здатність до самореалізації, потребу у професійно-етичному самовдосконаленні впродовж життя.

Отже, у підрозділі визначено сутність, висвітлено зміст і характеристику ключових понять дослідження. Оскільки основним поняттям дослідження є професійно-етична компетентність майбутніх лікарів, то важливим етапом аналітико-пошукової роботи є з'ясування стану розробленості проблеми її формування у наукових дослідженнях вітчизняних і зарубіжних вчених. Саме цьому важливому аспекту дослідження буде присвячено черговий підрозділ дисертаційної роботи.

## **1.2. Розвиток морально-етичних поглядів на лікарську діяльність в історичній ретроспективі**

Проблеми морально-етичного характеру в підготовці фахівців сфери охорони здоров'я неодноразово були предметом уваги науковців. Про це свідчить значна кількість наукових досліджень, монографій і науково-методичної літератури, наукових публікацій у періодичних фахових виданнях. Необхідність вивчення особливостей формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у



медичних закладах вищої освіти на сучасному етапі обумовлена низкою чинників, основними з яких є:

реформування сфери охорони здоров'я в Україні та нові, більш суворі вимоги до якості підготовки лікарів у медичних закладах;

прогресивні тенденції глобалізації європейського та світового освітнього простору, які передбачають реструктурування системи підготовки медичних кадрів та підвищення кваліфікації персоналу, інтенсифікацію його професійного розвитку;

негативні показники вітчизняної системи охорони здоров'я (в європейському регіоні Україна має один із найгірших показників серед систем охорони здоров'я та посідає друге місце за рівнем смертності);

потреба у нових медичних кадрах за рахунок впровадження у процес їхньої підготовки європейських освітніх і медичних стандартів та підвищення інтелектуального, науково-освітнього, професійно-орієнтованого рівня майбутніх лікарів, забезпечення їх сучасними, більш ефективними інноваційними та інформаційними медичними технологіями;

недостатній обсяг медичної практики (через недостатність університетських клінік), недофінансування вищої медичної освіти, складнощі у матеріально-технічному оснащенні та неналежне стимулювання праці викладачів;

невідповідність умов навчання вимогам часу, застосування застарілих педагогічних технологій, надмірне педагогічне навантаження викладачів, низький рівень соціального захисту викладачів і студентів [296, с. 3–5];

психологізація праці лікаря в сучасних умовах та вплив його особистісних якостей (професійних і морально-ділових якостей, досвіду, авторитету) на психічне здоров'я пацієнтів [407; 72, с. 29].

У сучасному світі професійна компетентність і кваліфікація лікаря є не лише його особистісним капіталом, а й додатковим ресурсом економічного розвитку країни. Конкурентоспроможність знань і вмінь, їх мобільність, здатність лікаря швидко реагувати на зміни в суспільстві є основними складовими успіху його професійної діяльності. Саме тому, на думку вчених [72; 296; 407], підготовка фахівця у галузі охорони здоров'я потребує не лише накопичення практичних

навичок щодо діагностики та лікування конкретних патологій. Лікар повинен визначити діагноз, розробити план лікування з урахуванням усіх даних анамнезу та діагностики, активно працювати з хворим, використовуючи елементи психологічного впливу, передбачити заходи реабілітації та профілактики. Це вимагає посилення уваги в процесі освіти на емоційно-почуттєвий, етичний та естетичний розвиток особистості майбутнього лікаря, його виховання, всебічне і гармонійне формування [227, с. 97]. Найважливішою моральною вимогою до лікаря, що визначає гуманізм його професії, має бути постійна готовність надавати медичну допомогу, уважно ставитися до хворого як до індивідуальності та піклуватися про нього, сповідуючи етичний принцип Гіппократа «Non nocere» (не нашкодь).

Основи професійної етики як учення про професійну мораль викладено в моральних кодексах, які є сукупністю моральних норм і правил. Вони регламентують певний тип відносин, доцільних при виконанні фахівцями професійних обов'язків. Професійна етика обґрунтовує необхідність саме таких моральних кодексів, тлумачить їх з урахуванням специфіки професії, її утилітарного й гуманістичного призначення. Моральні кодекси декларують моральні вимоги, вироблені раніше у сфері буденної свідомості, та охоплюють загальнолюдські вимоги (чесність, правдивість), вимоги до фахової діяльності (професіоналізм, компетентність), а також вимоги, детерміновані конкретним видом професійної діяльності (збереження лікарської таємниці) (додаток Б). Моральні засади професійної етики медиків систематизовано в Етичному кодексі лікаря України, який ураховує основні положення Клятви Гіппократа («Присяга Гіппократа»). Її за традицією дають усі лікарі перед початком практики. Вважається, що текст присяги склав «батько медицини» Гіппократ, який жив у IV-му столітті до н. е., або ж один із його учнів. За даними науково-історичних джерел, Гіппократу належить виняткова роль у розвитку медичної деонтології [29; 35, с. 4–7]. Він уперше звернув увагу на питання належного ставлення лікаря до хворого, до своїх учителів, взаємин між лікарями [77]. Історичні та соціальні умови

багаторазово трансформували текст «Клятви» і тлумачення, однак і сьогодні вона є документом, який є основою етичного виховання студентів-медиків [265].

Необхідно зазначити, що клятви, які формулюють моральні норми поведінки лікаря, були відомі ще в догіппократівський період. Серед цінних пам'яток культури минулого, що дійшли до нас та відображають розвиток етики і деонтології у медицині, на особливу увагу заслуговують давньоіндійські трактати, твори видатних лікарів і філософів Стародавнього Сходу, Стародавньої Греції і Стародавнього Риму. На початковій стадії розвитку медичної етики в рабовласницький (догіппократівський) період формуються загальні вимоги до підготовки і діяльності лікаря, до його особи, зовнішнього вигляду і внутрішнього світу [289]. Так, наприклад, у Месопотамії медичну етику підтримували як грошовою винагородою за успішне лікування, так і відповідальністю лікаря за результати лікування пацієнта. У Вавилоні більше 2000 років до н.е. діяли закони Хаммурапі (або Кодекс Хаммурапі), в якому разом із правилами надання лікувальної допомоги було визначено й критерії оцінки роботи лікарів, плату за різні види медичної допомоги.

Етичний поведінці лікаря приділялася велика увага і в Стародавній Індії. Так, наприклад, у відомому індійському трактаті «Аюрведа» («Наука життя»), складеному в VI столітті до н. е., викладено міркування про обов'язок лікаря, його поведінку щодо хворих. Відповідно до цих уявлень, лікар повинен володіти високими моральними якостями, співчувати своїм пацієнтам, бути терплячим і спокійним, ніколи не втрачати самовладання. У Стародавній Індії було розроблено також правила поведінки лікаря щодо хворих у передопераційний і післяопераційний періоди, їхніх родичів, а також до тих, кому медицина допомогти вже не могла [37; 265; 302].

У Стародавній Індії відома проповідь, яку вчитель мистецтва лікування виголошував своїм учням на урочистій церемонії, присвяченій закінченню навчання. У ній йдеться про те, що лікар має прагнути зцілити хворого, не творити зла, бути розсудливим, завжди підвищувати свій рівень знань, не робити нічого такого, що могло би зашкодити хворому.

Медична етика Стародавньої Індії неухильно вимагала, щоб лікар, який прагне успіху в медичній практиці, був «здоровим, охайним, скромним, терплячим, мав коротко обстрижену бороду, старанно вичищені, обрізані нігті, білий, з пахощами одяг, виходив з будинку з палицею і парасолькою, особливо ж уникав базікання» [289]. Згідно із законами Ману, за дотриманням медичної етики уважно стежив раджа, який надавав право на лікарську практику. Відповідно до юридичних приписів того часу, суворо засуджувалося неправильне лікування, яке карали штрафом, розміри якого залежали від статусу пацієнта. З морально-етичної точки зору цікавим є те, що за лікування заборонялося вимагати винагороду від знедолених, друзів лікаря і брахманів – служителів культу. У Стародавній Індії лікар не повинен був прописувати ліків тим, хто потрапив у немилість до раджі. Лікареві рекомендувалося лікувати пацієнтів за умови, що хвороба була виліковною. У випадку невиліковних хвороб від пацієнта слід було відмовлятися.

Заслуговеє на увагу практика відбору майбутніх лікарів і методи їх психологічної та етичної підготовки. Результати наукових джерел, а також відомостей, що дійшли до нас із давнини, дозволяють стверджувати, що у Стародавній Індії обов'язково враховували вік, стан здоров'я, пам'ять і такі етичні якості лікаря, як скромність, благочестя, «любов до істини», «упокорювання» і справедливість [179]. Той, хто бажав стати лікарем, повинен був позбутися ненависті, користолюбства, хитроців і под. Про це свідчать результати ретроспективного огляду морально-етичних аспектів у Стародавній Індії. Тут лікарів готували досвідчені лікарі-наставники. Так, наприклад, було передбачено спеціальний ритуал прийому в учні до лікаря, під час якого лікар-наставник говорив: «Ти тепер залиш свої пристрасті, гнів, користолюбство, божевілля, пихатість, гордість, заздрість, грубість, фальшивість, лінощі та гріховну поведінку. Відтепер ти матимеш волосся і твої нігті коротко обстриженими, будеш одягатися в червоний одяг, вестимеш праведне життя» [302]. Важливим вважалося дотримання лікарської таємниці: лікар не повинен був розголошувати діагнозу хворому, а також висловлювати сумніви щодо його одужання. Щоб завоювати повну довіру хворого, лікар зобов'язаний був свято шанувати сімейні таємниці.

Основи медичної справи Стародавнього Китаю викладено у книзі Хуан ді Ней-дзіня «Про природу і життя». Особливістю медичної практики стародавніх китайських лікарів був психологічний підхід до пацієнта. Лікарі дотримувалися індивідуального підходу до хворого та лікували з урахуванням характеру захворювання. При лікуванні китайський лікар повинен був вселити хворому віру в одужання. Серед основних правил, яких повинен був дотримуватися лікар щодо хворого, було «вміння тримати серце в грудях», тобто не допускати поспіху та інших екстремальних реакцій [16].

Велика увага разом з етичним вихованням приділялася також удосконаленню лікарської майстерності. З цією метою всіляко заохочували бесіди з колегами, обговорення із старшими і досвідченішими лікарями складних захворювань. Молодим і недосвідченим лікарям рекомендували розвивати свою пам'ять і мислення.

У стародавній персидській медицині, крім глибокого знання медицини, лікар повинен був бути начитаним, уміти спілкуватися з хворим, спокійно вислуховувати його і сумлінно лікувати. У Персії лікарі психологічно впливали на хворого за допомогою своїх духовних, психологічних й етичних якостей. Медики володіли мистецтвом спостереження, що дозволяло визначити хвороби на початку їх виникнення. Незважаючи на відсутність точних засобів діагностики, методи встановлення діагнозу були наймовірно ефективними, оскільки лікарі були дуже уважними до пацієнтів, терплячими, що дозволяло виявляти такі тонкощі, які для необізнаного видавалися просто наймовірними. Загалом секрет успіху цілителів стародавнього світу полягав у поєднанні лікарської терапії з тонким розумінням психології хворого й умінням на неї впливати.

Ретроспективні узагальнення про етичні аспекти діяльності лікарів у різні часи були б не повними без згадки про важливі рекомендації етичного і психологічного характеру відомого вченого, філософа, лікаря, музиканта Абу Алі аль-Хусейн ібн Абдаллах ібн Сіні (латинізоване – Авіценна), який жив у Середній Азії та Ірані. У його спадщині особливе місце займає геніальна праця «Канон лікарської науки», що була протягом тривалого часу основним посібником з

медицини як на Сході, так і в західноєвропейських країнах. Дослідники історії медицини стверджують, що погляди великого мислителя про лікарську етику майже на 700 років випередили появу медичної деонтології. Так, наприклад, у «Поємі про медицину» Ібн Сіна пише про те, що душевне (емоційне) хвилювання (стрес) підвищує температуру тіла, а іноді викликає серйозне порушення в організмі. З огляду на це Авіценна під час прийому хворих дуже вимогливо ставився до себе і до своїх учнів. На його думку, лікарі повинні бути відданими і доброзичливими до пацієнтів. Особливого значення Авіценна надавав красномовству лікаря: «Поети – владика слова, лікарі – ангели здоров'я. Перші красномовством радують душу, другі відданістю і доброзичливістю виліковують тіло» [289].

Отже, узагальнення відомостей про морально-етичні аспекти діяльності лікарів у стародавні часи дозволяє зробити висновок про те, що у той час до цілителя ставилися з пошаною, оскільки від лікаря залежало здоров'я і життя людей. Однак гуманізм догіппократівської медицини був певною мірою обмеженим, бо передбачав диференційоване ставлення до хворих різних соціальних станів. Незабезпеченим, а також безнадійним хворим лікарі взагалі відмовляли в допомозі.

Важливим етапом розвитку медичної етики є медицина Гіппократа. У його час у Греції особливої актуальності набули філософські питання етики і моралі (приблизно IV століття до н. е.). За даними досліджень історії розвитку медицини та медичної етики [30; 42; 61; 84; 89], Гіппократ першим спробував систематизувати правила медичної етики з урахуванням усього медичного досвіду. У своїх працях, написаних близько двох з половиною тисяч років назад, він створив кодекс моральних норм, обов'язкових для тих, хто вирішив присвятити своє життя лікуванню людей. Під впливом ідей Гіппократа в Стародавній Греції виняткова увага приділялася етичному аспекту діяльності лікарів, норми поведінки яких було сформульовано відповідно до наявних знань, про людину і її здоров'я. Погляди Гіппократа на той час були передовими і демократичними, оскільки у своїх працях (трактатах) він визнавав однакові права вільних і рабів на увагу, турботу і пошану

лікаря [77]. Оцінити гіппократівський гуманізм можна лише через порівняння змісту його праць з поглядами інших відомих мислителів Стародавньої Греції – Платоном і Арістотелем, які жили після Гіппократа, поділяли думку про природне рабство, тобто приреченість деяких людей на рабське становище. Вони вважали рабів живими предметами і відмовляли їм у праві називатися людьми.

Результати аналізу наукових джерел, у яких висвітлюються погляди на роль медицини Гіппократа [30; 42; 61; 77; 84; 89; 182; 183], дозволяють зробити висновок про те, що основою його гуманістичних ідей є самовіддане служіння тим, хто потребує медичної допомоги, незалежно від їхнього соціального положення. Гіппократ сформулював основні правила медичної етики для багатьох поколінь лікарів. Ці правила ґрунтуються на таких професійно важливих якостях, як доброта, справедливість, повага до людей, безкорисливість, пристойність, скромність в поведінці та одязі. Згодом учні Гіппократа давали клятву, що стала найзначнішою пам'яткою лікарської етики, – «Клятву Гіппократа». У ній сформульовано етичні принципи, а також визначено ціннісні орієнтири, серед яких зобов'язання цінувати тих, хто вчить лікарського мистецтва (вдячність наставнику, зобов'язання щиро ділитися знаннями зі своїми учнями); принцип незавдання шкоди, зобов'язання надавати допомогу хворому (милосердя); принцип домінування інтересів хворого, турботи про нього; ціннісне ставлення до життя і негативне до евтаназії, до штучного переривання вагітності; зобов'язання не мати інтимних зв'язків з пацієнтами; зобов'язання зберігати лікарську таємницю (принцип конфіденційності) та підтримувати високий рівень професійної майстерності.

Отже, з ім'ям Гіппократа пов'язують насамперед уявлення про високі морально-етичні вимоги до медичної практики, етичної поведінки та особистості лікаря. Багато положень «Клятви Гіппократа» не втратили значення до наших днів. Однак при цьому, за спостереженнями сучасників гіппократівської епохи, помітні деякі суперечливі факти. Так, наприклад, Гіппократ у своїй праці «Настанови» радить своєму учневі: «...Не роби своїх послуг безкоштовно, бо те, що дається безкоштовно, не цінується і не зберігається. Хворий повинен платити, щоб знати ціну свого здоров'я, а лікар повинен брати, щоб знати ціну своєї роботи. ...Лікар

повинен безкоштовно надавати допомогу своїм колегам та їхнім сім'ям і не зобов'язаний надавати допомогу бідним людям, щоб всі не потягнулися до безкоштовної медицини і не знецінили лікарської справи...» [77]. Не можна також не згадати і про деякі рекомендації Гіппократа, які суперечать й іншим благородним принципам «Клятви». Так, наприклад, розмірковуючи про тактику лікування смертельних захворювань (коли хворі приречені), він не радить лікарям втручатися, бо «медицина не повинна протягувати руку тим, кого вже перемогла хвороба» [77].

Далі слід зазначити, що у країнах Західної Європи в розвитку медичної етики, окремих поглядах на сутність захворювань, їх причини і наслідки помітні певні суперечності. Так, наприклад, англійський філософ І. Бентам, який вперше запропонував термін «деонтологія», зазначав, що загальне благо недосяжне в умовах непереборного для суспільства антагонізму, і тому кожна людина повинна піклуватися тільки про себе сама. Інакше кажучи, деонтологію як вчення про особисте належне в поведінці індивіда І. Бентам протиставляє етиці як науці про мораль [218, с. 17; 538].

Близькі до цього ідеї проповідував англійський економіст Т. Мальтус. За його теорією («Нарис про закон народонаселення», 1798), населення Землі збільшується в геометричній прогресії, а засоби забезпечення існування людей можуть збільшуватися лише в арифметичній. Отже, не можна задовольнити потреби всіх людей, а убогість і голод є не соціальними явищами, а мають природне і біологічне походження. На думку вченого, природа сама регулює кількість населення, і в цей її «природний порядок» не можна втручатися. Т. Мальтус вважав лікарську діяльність протиприродною, оскільки порятунок «зайвих людей» перешкоджає природному регулюванню чисельності населення [218, с. 17].

Для розв'язання проблеми дослідження важливе значення має з'ясування історичних витоків медичної справи і в Україні. Слід зазначити, що народна медицина у Давньокіївській державі з глибокої давнини була частиною язичницької культури. Власне історія української професійної медицини бере свій початок у XI столітті, коли при монастирях, храмах і церковних парафіях створювалися притулки, що надавали необхідну допомогу тим, хто її потребував.



Як свідчать результати дослідження історичних джерел [43; 214, 188], медичною справою в Україні у той час займалися переважно волхви, відуни, кудесники і кметі (всебічно обдаровані люди, що вміли допомогти і навчити) [188, с. 51].

З етичної точки зору важливим є той факт, що ці люди, як правило, не одружувались, бо вважалося, що після одруження відчуття й зв'язок із небесами зменшується, реакція у відповідальні моменти сповільнюється, стає поверховою, холоднокровною, нещирою, без відчуття відповідальності перед обов'язком провідника і рятівника [214]. Досвід, набутий лікувальниками (слово «ліки» походить від санскритського «лікі» – потаємний дух чогось, а «лікар» – від санскритського «лікіті, лікітар» – мудрець, митець, той, що вміло пише, протинає, різьбить), передавався із покоління в покоління. Лікувальника за спадковістю називали в народі «вченим лікарем», його шанували і ретельно виконували його приписи.

У праці Л. Мірончикова «Дохристиянське жрецтво Древньої Русі» подано опис того, як обирали учня на лікаря, вчителя чи проповідника. По-перше, батьки кандидата повинні були бути чесними, порядними і глибоко віруючими. По-друге, дитина мала бути старанною, кмітливою і... білявою та синьоокою. Вважалося, що саме такі мали здатність краще відчувати на відстані [290]. Дослідник історії медицини В. Кобилух у статті «Українські ескулапи» стверджує, що Джавахарлал Неру в своїх історичних працях розповідав про філософа, історика, лікаря, письменника, релігійного проповідника і оратора середини VI тис. до н. е. Агастія, який потрапив на територію сучасної Індії з Трипілля, де, окрім релігійної мудрості, проповідував «філософію серця, добродійства та беззастережного служіння Богіві й земній красі для блага свого народу [214].

Прогресивні та сучасні погляди на лікарську справу виникли в Київській Україні-Русі із християнством. Християнство утверджувало високі духовно-моральні цінності милосердя, співчуття, служіння ближньому, визнавало цінність життя кожної окремої людини як особистості: служити людині означало служити Богу. Церковний статут князя Володимира Великого, прийнятий у 996 році, оголосив лікарні церковними установами, а самих «лічців» (лікарів) – людьми

церковними, підлеглими єпископові. Сам Володимир Великий, прийнявши хрещення, будував церкви й лікарні, запровадив десятину для вбогих, сиріт, старих і немічних. Як засвідчують літописи, він звелів розшукувати по місту хворих і приставляти їм додому поживок; те саме робили й інші князі, які будували спеціальні палати при церквах, де утримували хворих [331, с. 194–195].

У першому збірнику законодавчих актів Київської України-Руси «Руській правді», яким визначались норми суспільного життя, регламентовано положення лікаря в суспільстві та оплату його праці. Документ на основі звичаєвого права затвердив положення про право на медичну практику, а також законність стягування з хворих плати за лікування. «Руська Правда» законодавчо встановила оплату праці лічцям: за законами того часу людина, завдавши збитків здоров'ю іншої людини, повинна була сплатити штраф до державної скарбниці й видати потерпілому гроші для оплати за лікування [36, с. 113–114; 215, с. 143]. У документі також йдеться про те, що церкви та монастирі мають будувати лічниці й лазні, безкоштовно надавати допомогу хворим і немічним.

Як зазначає М. Брайчевський, монастирі були своєрідними академіями, де концентрувалися основні кадри інтелігенції, у тому числі й медичні. Це було передбачено Студійським статутом, що його запровадив у Київській Русі ігумен Києво-Печерського монастиря (1062–1074) Феодосій Печерський. Статут зобов'язував чернечі осередки засновувати лікувальні заклади, богодільні та інші добротинні установи. Зокрема, при Печерській лаврі було створено шпитальний монастир св. Миколи [43, с. 813]. За Феодосія було заведено такий порядок: усіх хворих, що приходили до монастиря, спочатку оглядав настоятель та з огляду на характер захворювання направляв їх до одного з ченців-«лічців».

Монастирі мали серед ченців багато медиків. Першими визначними лікарями, як зазначає І. Крип'якевич, були чужинці. За князя Всеволода (1077–1093) в Києві славився лікар-вірменин: «хитрий був на лікування такий, якого перед ним не було; як тільки побачив слабого, пізнавав і приповідав йому смерть, день і годину; і ніколи не змінилося його слово, і такого не лікував». Другий чужинець, Петро Сурянин, із Сурожа (Судака) у Криму, грек, був лікарем чернігівського князя

Святоші. 1105 року переїхав до Києва й тут «лікував много». Вони обидва скінчили життя ченцями у Печерському монастирі. В цьому ж монастирі були й перші українці-лікарі – Дем’ян-пресвітер і Агапіт-лічець [188, с. 52].

Агапіт є найвидатнішим медиком домонгольської Русі. Він жив наприкінці XI – в першій половині XII століття, прийняв постриг у Печерському монастирі й працював там до кінця життя, здобувши неабияку славу і популярність у народі. Агапіт зціляв хворих молитвою та «зелієм» (тобто використовував психотерапію, фітотерапію та фізіотерапію). Як згадано у «Киево-Печерському патерику», «... блаженний Агапіт... допомагав хворим. А вже як нездужав хто із братії, то він полишав свою келію, приходив до хворого брата і прислуговував йому: піднімав та вкладав, носив на руках і годував своєю стравою, яку варив із зілля. То й одужував хворий його молитвою... А тому, що дарував йому Господь дар зцілення, назвали його Лікарем» [204, с. 131–132]. Творячи над хворим молитву, лікар приводив психічний стан хворого до оптимальної форми, яка найкраще сприяла боротьбі враженого хворобою організму і цим забезпечувала його видужання.

«Кисво-Печерський патерик» зображує Агапіта принциповим ворогом славолубства. Зокрема, розповідається про те, що, захворівши, чернігівський князь Володимир Всеволодович Мономах, посилає у Київ за Агапітом. Той, дізнавшись про всі симптоми хвороби, вислав йому зілля. Випивши ці ліки, князь швидко одужав і встав зі смертного одра. Коли князь хотів віддячити Агапітові, той відповів: «О дитино, ніколи й ні від кого нічого я не брав, то чи ж занпащу свою нагороду задля золота, що його я ні від кого не потребую?» [204, с. 133]. Сердечне, щире ставлення Агапіта до хворих, скромність, безкорисливість зажили йому слави й поваги народу. Сьогодні про це свідчить ікона «Прп. Агапіт, врач безмездний», тобто безкорисливий.

Таким чином, результати аналізу морально-етичних поглядів щодо лікарської діяльності в Україні дозволяють стверджувати, що з упровадженням християнства в Київській Русі важливими в житті наших предків стали такі чесноти, як милосердя і допомога ближньому. Лікарі того часу мали великий дар лікування, зцілювали багатьох хворих, своїм прикладом утверджуючи ідеї гуманізму й людинолюбства.

У XV–XVII століттях значну роль у розвитку практичної медицини та становленні медичної етики відіграли братства – організації, поширені по всій Україні [186]. Крім різноманітної релігійно-благодійницької та освітньої діяльності, братства у Львові, Луцьку, Бересті, Перемишлі, Кам'янці (Подільському) влаштовували притулки, так звані «шпиталі», де лікували та утримували хворих та інвалідів. Щодо функціонування світських лікарень, то слід зазначити, що першу, відповідно до наявних відомостей, було відкрито у Львові у XIII столітті.

В описі Павла Алеппського, який з Антіохійським Патріархом подорожував через Україну до Московії в 1654 році, зазначено: «Знай, що по всій землі козацькій, у кожному місті, в кожному селі для їхніх убогих, немічних та сиріт збудовано по краю чи в середині населеного місця будинки, в яких вони мають притулок». Ці притулки (шпиталі) утримувались коштом братств [385, с. 59].

Поряд з братськими у XV–XVII століттях у діяли шпиталі й на території Запорозької Січі. Прості методи лікування, що їх застосовували козаки, описав Г. Боплан: «Бачив я хворих козаків, у лихоманці, які замість того, щоб уживати якихось ліків, брали півзаряду гарматного пороху, змішували його навпіл з горілкою і все це випивали; а далі вкладалися спати, щоб прокинутися зовсім здоровими... бачив, як козаки, поранені стрілами, перебуваючи далеко від хірургів, змазували свої рани землею, замоченою власною слиною» [39, с. 110]. Важливим є той факт, що родовід відомих народних лікарів України здебільшого бере свій початок із земель Запорозької Січі [365, с. 729].

Повертаючись із походів, козаки привозили з собою поранених, які потребували тривалого лікування. Для цього створювалися спеціальні шпиталі при монастирях. Одним з перших у кінці XVI столітті був шпиталь при Самарському монастирі (між річками Старою та Новою Самарою – притоками Дніпра). 1602 року настоятелем Самарського монастиря став запрошений із Києва ієромонах Паїсій, який, крім Святого Писання, знав, як «рани лікувати і хворим допомагати». Самарський монастир став справжнім духовним центром Запорожжя. У XVIII столітті він давав притулок хворим і пораненим, не відмовляючи навіть

полоненим татарам, туркам і ногайцям. Багатьох із них ретельні пастирі навернули до християнства. Військові шпиталі діяли і при інших монастирях Запоріжжя. 1672 року Кіш уклав угоду з Межигірським монастирем у Києві про утворення в ньому шпиталю для утримання скалічених запорожців. Цей шпиталь, ставши головним, отримав назву «Запорозького Спасу» й діяв протягом століття. Його разом із монастирем, як і інші, було закрито у 1775 році за наказом князя Г. Потьомкіна після ліквідації Запорозької Січі [365, с. 730–731].

Загалом можна стверджувати, що у XVI–XVIII століттях важливою характеристикою медичної етики і Україні є демократичний характер надання медичних послуг. Братські шпиталі та ті, що розташовувались на території Запорозької Січі, надавали допомогу представникам різних верств населення.

У XIX столітті гуманістичні та етичні погляди на лікарську діяльність викладено у працях учених-медиків (Д. Самойлович, І. Дядьківський, С. Боткін, М. Мудров, М. Пирогов та ін.). У творах М. Пирогова «Про труднощі розпізнавання хірургічних хвороб і про щастя в хірургії» [68; 316, с. 68–78] пропагуються ідеї поваги до своєї справи, високого професіоналізму і турботи про хворих. Відомий хірург-онколог М. Петров писав про те, що основне завдання медичної деонтології полягає в тому, щоб постійно нагадувати медичним працівникам, що медицина повинна служити користі хворих людей, а не хворі люди – користі медицини. На перший погляд, зазначає учений, такі нагадування просто зайві – до такої міри це зрозуміло, проте досвід показує, що подібні нагадування важливі не тільки в медицині, але й у всіх галузях людської діяльності, бо будь-які фахівці дуже легко і часто переоцінюють роль своєї спеціальності, забуваючи тих, кому вона повинна служити [325].

М. Мудров у працях «Слово про спосіб учти і вчитися медицині практичній» та «Слово про благочестя й етичні якості Гіппократова лікаря» створив портрет лікаря-гуманіста і мислителя, здатного виховувати і впливати на хворого власним прикладом, а також розкрив моральні аспекти виховання лікарів [300]. М. Мудров не тільки пропагував етику лікаря, але і сам був носієм високих гуманних

принципів, про що свідчить такий факт: коли в 1831 році у Петербурзі спалахнула холера, він добровільно приїхав туди для надання допомоги хворим.

Важливі ідеї медичної етики викладено також у працях Г. Захар'їна – творця методу анамнезу. Він надавав великого значення проблемі спілкування лікаря з пацієнтом, під час якого можна зібрати інформацію про особливості виникнення і розвитку захворювання. Г. Захар'їн стверджував, що довірче спілкування з пацієнтами сприяє не тільки отриманню якнайповнішої інформації про стан хворого і його хворобу, але і позитивному перебігу всього лікувального процесу [218].

Відомі лікарі-клініцисти обґрунтували принципи індивідуального підходу до хворих, які базуються на наукових і морально-психологічних засадах. Ці принципи є основою вітчизняної медичної освіти. Так, наприклад, академік Ф. Яновський – яскравий представник української терапевтичної школи, на одному із засідань Київського терапевтичного суспільства говорив про помилки, допущені ним протягом 40 років роботи, і детально розглядав найбільш характерні, щоб лікарі знали про них і не повторювали в своїй практиці. Ф. Яновський радив своїм учням у випадку, якщо вони скаржилися на «важку» вдачу хворого, уявити, що це їх брат або батько. Вчений підкреслював, що представники будь-якої іншої професії можуть відповідним чином відреагувати на образу, відмовити людині, але не лікар: лікар повинен уміти тримати себе в руках за будь-яких обставин [218].

У формуванні принципів медичної деонтології велику роль відіграли прогресивні представники земської медицини, які вважали своїм етичним обов'язком допомагати бідним і знедоленим. Гуманістичну спрямованість діяльності лікарів того часу описали письменники-лікарі А. Чехов і В. Вересаєв [453]. На той час випускники вищих медичних навчальних закладів давали так звану факультетську обіцянку. Великого значення у ній надавалося відносинам між лікарями: «Обіцяю бути справедливим до своїх співтоваришів... По совісті та справедливо оцінюватиму їх заслуги і старання...» [88]. Загальне визнання здобула подвижницька діяльність доктора Ф. Гааза (випускника Віденського університету),

що працював у в'язницях. Його девізом було: «Поспішайте робити добро!» [34, с. 38–42].

Багато вітчизняних лікарів були зразком високої моральності, демократизму і професіоналізму. Вони мали визнання як на Батьківщині, так і за кордоном. У багатьох країнах Європи медики намагалися брати за приклад їх високий професіоналізм і універсалізм, запозичували їх методи організації медичної допомоги за дільничним принципом. На міжнародних медичних виставках вітчизняна медицина незмінно завойовувала почесні дипломи. Необхідно зазначити, що зарубіжні історики медицини і тепер виявляють велику цікавість до феномена земської медицини, де велику увагу приділяли питанням лікарської етики, а деякі провінційні відділення лікарських товариств створили свої кодекси професійної етики.

З кінця XIX століття, коли увагу медиків, юристів та філософів привертають морально-етичні проблеми щодо пересаджування органів, морального права заповідати фізичну шкоду здоровій людині, щобвилікувати хворого або полегшити його страждання, А. Коні вперше юридично обґрунтував, що договір між донором і реципієнтом може суперечити правилам права і моралі лише в тих випадках, коли донором є неповнолітній або недоумкуватий. На думку вченого, не можна схилити донора до згоди на пересаджування органів шляхом психічного впливу, обману, залякування [228]. При дотриманні цих вимог лікар має юридичне і моральне право робити пересаджування, за якого пошкодження тіла донора не будуть важкими. На думку А. Коні, мотивами донора можуть бути співчуття, гуманність, доброзичливість або фінансова сторона, однак це не повинно цікавити лікаря. Вчений сформулював основні вимоги до проведення трансплантації, серед яких слід вказати на такі:

донором може бути лише фізично і психічно здорова людина;

лікар повинен бути переконаним у тому, що ушкодження, завдані донору, незначні та його організм зможе відновитися;

донор і реципієнт мають знати про всі можливі наслідки операції;

згода на операцію має бути укладена у письмовому документі за підписами донора і реципієнта [437].

Окрім цього, А. Коні вивчав інші питання морально-етичних основ лікарської діяльності, досліджував особливості лікарської таємниці. У своїй фундаментальній праці «До матеріалів про лікарську етику» він проаналізував моральні обов'язки лікаря щодо хворого і його родичів, описав «можливості прискорення смерті у безнадійних випадках» та ін. [81, с. 20–21].

Таким чином, у XIX столітті українські медики зробили вагомий внесок у розвиток медицини та становлення норм медичної етики. Відомі лікарі-клініцисти обґрунтували принципи індивідуального підходу до хворих, які базуються на наукових і морально-психологічних засадах. Ці принципи стали основою вітчизняної медичної освіти.

Результати аналізу наукових джерел з проблем медичної етики і деонтології [57; 84; 273; 368, с. 50–51] дозволяють зробити висновок, що в медицині радянської доби термін «деонтологія» вперше застосував видатний хірург-онколог М. Петров, який розкрив його зміст. У 1945 році вийшло в світ перше видання його книги «Питання хірургічної деонтології». Важливим є той факт, що на сторінках книги М. Петров критикує погляди німецького лікаря А. Моля (Abraham Moles), який трактував лікарську деонтологію як певну частину лікарської етики. При цьому М. Петров зазначає, що замість істинно деонтологічних, суспільних потреб найчастіше «лікарською етикою» позначали станіві й особисті інтереси самих лікарів, зокрема матеріальні, науково-кар'єрні або службово-кар'єрні. Вони лише частково були прикрашені вимогами загальнолюдської етики, наприклад, коректного ставлення лікарів один до одного, утримання від реклами, користолюбства та обману [325].

Важливим результатом дослідження історико-деонтологічних проблем є висновок про те, що найбільш активно деонтологічних засад за радянських часів дотримувались у хірургії. На думку М. Петрова, саме хірургія є сферою медицини, де можна піддатися, з одного боку, спокусам «техніцизму», а з іншого – «агресивності» оперативного методу, за недостатньо відповідального використання



якого хворому може бути завдано невиправної шкоди [325]. Специфіка хірургічної діяльності, вважає М. Петров, ставить хірурга в особливе становище порівняно з лікарями нехірургічних спеціальностей, адже, навіть маючи певну довіру до хірурга, хворий неминуче відчуває страх перед операцією. Цими обставинами значною мірою і пояснюється провідна роль хірургії у розробці проблеми деонтології.

Загалом в Україні напрацьовано багатовіковий досвід вирішення морально-етичних проблем, а також збережено всесвітньо визнаний спадок визначних учених. Прикладом слугує ім'я М. Амосова – новатора і піонера в галузі кардіології. Саме він одним з перших лікарів практикував хірургічне втручання при лікуванні серцевих захворювань, давши поштовх усій сучасній медицині серця. Варто також згадати О. Богомольця, який докорінно змінив уявлення людства про зростання і розвиток пухлин, створив новаторське вчення про взаємодію пухлини й організму. Іменем О. Богомольця названо кращий медичний університет України – Київський національний медичний університет.

Отже, вже на етапі становлення медицини від лікарів суспільство вимагало високих моральних якостей. У підрозділі представлено ретроспективне узагальнення становлення морально-етичних поглядів на лікарську діяльність за найбільш відомі й значимі для історії медицини періоди. Ці факти і приклади дають можливість прослідкувати становлення уявлень про цінність та важливість в різні часи етичних принципів, що їх сформулювали відомі лікарі стародавнього світу. Використання цих відомостей дозволить сформулювати концепцію дослідження та створити основу для проведення порівняльного аналізу про спільні та відмінні риси у поглядах на медичну етику в Україні та країнах з розвиненою економікою.

### **1.3. Актуальні проблеми професійної етики в сучасній медицині**

Результати аналізу наукових джерел [17; 64; 83; 96–97; 194] засвідчують, що у процесі історико-культурного розвитку поняття етики, моралі, моральності,

професійної етики, морально-етичних якостей лікаря, професійно-етичної компетентності тощо наповнювалися різним змістом. Моральні вимоги, приписи, цінності та ідеали аналізувалися та обґрунтовувалися в етиці протягом усієї її багатовікової історії. Особливо високі моральні вимоги, як свідчать висновки попереднього підрозділу, висуваються до роботи лікаря. Це пов'язано з особливостями його професійної діяльності, бо між лікарем і хворим виникають взаємини, нетипові для будь-якої іншої професії.

Розвиток наукових уявлень про етику лікарської діяльності та її моральні норми нерозривно пов'язаний з філософськими уявленнями про мораль. З огляду на це проблему дослідження можна вирішити у контексті усталених філософсько-теоретичних концепцій, які обумовили сучасні погляди на професійно-етичний аспект лікарської діяльності.

На думку вчених [64], в теоретичній етиці можна використовувати різні способи обґрунтування моральності, а саме – релігійний, натуралістичний, раціоналістичний і сенсуалістичний. Релігійний підхід з його концепцією (Бог є абсолютним джерелом всього, що існує, а тому є абсолютним моральним авторитетом) суть моральності виявляється через список заповідей (настанов-приписів). Вказівка на божественну природу моралі, по суті, знімає питання про специфіку і механізми моральної регуляції поведінки людей, бо «так Богу завгодно», а також нівелює особисту відповідальність людини перед іншою людиною – за свої вчинки вона відповідає лише перед Богом [64, с. 7–11].

Відповідно до біологічного підходу, норми моралі вироблені у людини під час еволюції природою, закріплені в генах спадково від покоління до покоління. Цей підхід теж знімає моральну відповідальність з індивіда, перекладає її на біологічно успадковані механізми й також не може пояснити причини нехтування моральними нормами і їх порушення.

Більш прогресивним є раціоналістичний підхід, який домінує в історії етики. Відповідно цього підходу, норми моралі визначають здатність людей встановлювати правила раціональної поведінки і передбачати негативні наслідки своїх вчинків. Головним поняттям раціоналістичного підходу в етиці є висунуте ще

Демокритом поняття «мудрої розсудливості», тобто можливості індивіда раціонально вибирати й обмежувати свої бажання, а також свідомо вибирати засоби та способи їх здійснення. Демокриту вторив Сократ, категорично стверджуючи, що «Чеснота є знанням!» [396].

З поширенням соціально конкурентних відносин важливого значення набула етична теорія «розумного егоїзму». Її провідна ідея полягала в тому, що у загальній «війні всіх проти всіх» життєво необхідні розумні, раціонально усвідомлені взаємні вчинки, податки та суспільний розподіл праці, які дозволяють індивідам задовольняти свої потреби, йдучи на поступки іншим людям. Прикладом цієї теорії є теорія «розумних потреб», поширена у 70–80 роки ХХ століття в Радянському Союзі для пояснення невдач у будівництві комунізму. Однак за всієї своєї привабливості та відносної сучасності раціоналістична теорія не може пояснити, чому, знаючи абстрактні норми моралі, люди часто не тільки не дотримуються їх, але й використовують знання етичних норм, знання про етичні вчинки інших людей заради власної вигоди, на свою користь. І навпаки, люди часто здійснюють непередбачувані, безрозсудні, але разом з тим благородні вчинки. Чому люди жертвують і звідки вони знають, скільки, в якій формі та як потрібно жертвувати у кожному конкретному випадку? На ці парадоксальні питання раціоналістичні теорії в етиці не дають однозначної відповіді або уникають її.

Ще одна спроба обґрунтування моральності пов'язана із сенсуалістичною ідеєю, яку вперше висловив Арістотель. Її сутність полягає у тому, що в основі моральності лежать етичні відчуття. Сенсуалістичну ідею розгорнуто в етичних творах англійських філософів ХVIII століття (шотландська школа філософії), зокрема А. Шефстбері, Ф. Хатчессона, Д. Юма, А. Сміта [438]. Головну проблему моральності – самопожертвування – сенсуалістичний підхід вирішує з позицій теорії етичного почуття, що репрезентує «суспільний (чужий) інтерес» у психіці окремого індивіда й тим самим «захищає» його. Завдяки здатності людини до етичних почуттів, вона вчиться «жити по-людськи», зіставляти свої і чужі інтереси, встановлювати справедливі межі (етичні норми) їх задоволення, співпереживати чужому горю та щастю, жертвувати своїми інтересами на користь тих, хто більш

потребує. Як емоційне узагальнення й емоційна абстракція етичне відчуття не тільки визначає (впізнає), скільки і як слід жертвувати, але й імперативно примушує індивіда зробити акт самопожертвування – він жертвує тому, що хоче це зробити. Не випадково, «золоте правило» моральності свідчить: «Щодо інших людей чини завжди так, як ти хотів би, щоб вони чинили щодо тебе». Йдеться про те, приватний інтерес окремої людини повинен співпадати із загальнолюдськими інтересами. Саме у переживанні етичних почуттів людина відчуває себе власне людиною, а не суб'єктом, саме етичні почуття дають їй найбільшу насолоду і задоволення [64].

У контексті дослідження важливим є те, що етичні погляди у більш пізні часи (другій половини XIX – початку XX століття) розвивалися і у вітчизняній філософії. На це вказують результати узагальнень наукових розвідок того часу. З'ясовано, що у другій половини XIX – початку XX столітті у філософії України заслуговують на увагу філософсько-соціологічні погляди А. Потебні, М. Драгоманова, Т. Зінковського, В. Зеньковського та ін. [267]. Питання моралі й моральності більшість авторів розглядає крізь призму релігійно-атеїстичної проблематики, культурологічного аналізу філософських проблем людини. Зокрема, В. Зеньковський зазначає, що в основі людської особистості повинна лежати моральність, яка досягається працею душі [275, с. 96]. Заповідь любові до ближнього – одна з головних у його етичному вченні. Основою морального виховання, на думку В. Зеньковського, має бути виховання совісті, що закладена в людині від Бога [275, с. 97].

У XX столітті мораль стала об'єктом окремого наукового вивчення в соціології моралі. У суспільній свідомості мораль стали розглядати як реальні явища (звичаї суспільства, сталі норми поведінки, оціночні уявлення про добро, зло, справедливість тощо). Етику ж почали трактувати як науку, що вивчає мораль як предметну сферу. Хоча раціональна доказовість, обґрунтованість прийнятого рішення, здійсненого вчинку входять у моральну культуру особистості з часів античного елінізму, в повсякденному слововживанні ці поняття часто ототожнюють.

Особливо гостро проблема місця і ролі моральних цінностей у суспільному житті України постала у XX–XXI століттях у період пострадянських трансформацій. Найвидатніші досягнення науково-технічного прогресу обернулися катастрофічними наслідками для людини (проблема війни в ядерний вік, глобальна екологічна криза, проблеми хвороб і голоду, взаємодії культур і освіти набули планетарного характеру). Вирішення їх без опори на моральність видається неможливим.

Результати аналізу різних сфер людської діяльності дозволяють стверджувати, що загальні моральні норми мають особливості в різних професійних галузях. Специфічне усвідомлення загальних моральних принципів у тій чи іншій професії належить до сфери професійної етики. Питома вага морального фактора в різних професіях не є однаковою. Вона набуває особливої значущості й дієвості, а також більш виражених специфічних рис у тих професіях, де предметом діяльності є людина. Наприклад, в її вихованні й навчанні (педагогічна етика), правовій (юридичній) оцінці вчинків (етика юриста і загалом етика працівника правоохоронних органів) або в діагностиці та лікуванні хвороб (етика лікаря).

У попередньому підрозділі було представлено ретроспективні узагальнення щодо становлення морально-етичних поглядів на лікарську діяльність у найбільш відомі і значимі для історії медицини періоди. У наш час морально-етична парадигма в системі охорони здоров'я збагатилася новим філософським концептом: сформувалася біоетика як прикладна етика, центральним ядром якої стало морально-етичне ставлення до життя загалом, але насамперед до людського як абсолютної самоцінності. Ця проблема набула всесвітнього характеру. Так у проекті Декларації про загальні норми біоетики ЮНЕСКО (Париж, 2004) заявлено про те, що «держави повинні сприяти розвитку біоетичного знання, освіти, виховання, навчання та викладання етики та біоетики на всіх рівнях, так само як і заохочувати програми з розповсюдження інформації у галузі біоетики». Крім цього, до урядів низки країн звернений заклик ЮНЕСКО підписати «Конвенцію про права людини в біомедицині» (Рада Європи, 1997 рік).

Виникнення нового філософсько-етичного напрямку – біоетики – пов'язане з потребою в активізації зусиль щодо збереження життя на Землі й людського особливо [200]. Це, як відомо, є найвищим завданням філософії, моралі, права і медицини. У межах біоетики проводяться дослідження морально-етичного спрямування щодо нових форм лікування в медико-клінічній практиці, нових викликів і загроз у сфері охорони здоров'я. Біоетика, як свідчать результати наукових публікацій, сформувалася в кінці 60-тих років ХХ століття, коли американський вчений-біолог, гуманіст Ван Ренселер Поттер у 1969 році використав термін «біоетика». Причиною зародження біоетики стало поширення біомедичних технологій, що дозволяють здійснювати глибокі та інтенсивні впливи на природу людини, її тіло і психіку. З огляду на це В. Р. Поттер наголошував на тому, що протистояння і протиставлення фундаментальних загальнолюдських моральних засад і цінностей науки, техніки й технологій можуть стати причиною глобальної кризи, що загрожує людству: сенс біоетики в тому, щоб загальнолюдські цінності не протиставлялися біологічним чинникам. Згодом біоетику було представлено на Страсбурзькому симпозіумі як комплексна галузь пізнання, що вивчає морально-правові принципи і норми сучасної медицини.

Результати аналізу наукових джерел, у яких висвітлюються сучасні етичні проблеми медицини, технології і методи лікування, свідчать про те, що сучасна біоетика досліджує різноманітні морально-етичні аспекти, які стосуються, зокрема, сфери клітинної терапії, процесів клонування, генетичного трансферту, генної фармакології, проблем лікарської терапії, етичних проблем організації охорони здоров'я, застосування генно-інженерних методів, переривання вагітності у випадку розпізнавання невиліковної хвороби плоду, сурогатного материнства, пересаджування ембріональних тканин, контрольованого відходу з життя (евтаназії), трансплантації органів, виробництва і розповсюдження неапробованих лікарських засобів та ін.

Наведемо більш докладну характеристику етичних аспектів деяких з проблем медицини у наш час.

Результати аналізу наукових джерел, у яких висвітлюються сучасні проблеми медицини [19; 171; 206; 230; 256], дозволяють зарахувати до деонтологічних проблем і галузь реаніматології (розділ клінічної медицини, що вивчає проблеми відживлення організму, розробляє принципи профілактики термінальних станів, методи реанімації та інтенсивної терапії; практичні методи відживлення організму об'єднуються поняттям «реанімація»). Це пов'язано із сучасними досягненнями у цій медичній сфері. Відомо, що традиційні уявлення про біологічну смерть людини передбачають її визнання у випадку припинення усіх функцій організму. В сучасній реаніматології ж переважає уявлення про смерть мозку (при живому серці та інших внутрішніх органах) як еквівалента біологічної смерті в умовах штучної вентиляції легень. Діагноз смерті мозку, незворотне руйнування мозку, включаючи кору великих півкуль, мозочок, підкоркові структури, стовбур, означає визнання людини мертвою навіть у випадку роботи серця та інших внутрішніх органів (печінки, нирок) в умовах штучної вентиляції легень і передбачає відмову від реанімаційних заходів.

За даними наукових джерел [29; 38; 54; 258; 220], потребує дослідження проблема професійно-етичної компетентності фахівців у галузі трансплантології, оскільки їх діяльність насамперед пов'язана з медичною етикою й деонтологією. Йдеться, наприклад, про процедуру отримання від родичів пацієнта, який помирає, дозволу для встановлення факту смерті мозку. Технічно цю смерть дуже складно визначити – це додаткова відповідальність, яку багато лікарів, як свідчить аналіз медичної практики, не хочуть на себе брати. Встановлюється смерть мозку шляхом багаторазового дублювання різноманітних методів з метою запобігання будь-яких помилок. Лише після того, коли смерть мозку встановлено, реаніматологи можуть розмовляти з родичами покійного щодо можливого донорства.

Окрім того, трансплантація органів ставить перед медициною низку й інших складних морально-етичних проблем, наприклад, щодо отримання від живих донорів органів для трансплантації. Цей метод використовується при трансплантації нирок, частин печінки, кісткового мозку. Пересадження будь-якого органу від живого донора пов'язано з серйозним ризиком для його здоров'я, бо

пов'язаний з проведенням хірургічної операції. У науковій літературі описано випадки серйозних ускладнень під час і після вилучення нирки у донора, аж до летального результату. По-друге, позбувшись одного з парних органів або частини непарного органу, донор стає більшою мірою уразливий до несприятливих зовнішніх дій, що може передувати розвитку різних форм патології. Таким чином, вилучення органів у здорової людини є очевидним порушенням медичного принципу «не нашкодь». З етичної точки зору виправданням для порушення цього принципу є право потенційного донора із співчуття, любові до ближнього, альтруїзму пожертвувати для порятунку життя одним з органів або частиною органа. Разом з тим не кожна жертва припустима з погляду біоетики. Сьогодні на законодавчому рівні заборонено пересадження органа, якщо апіорі відомо, що це завдасть незворотної шкоди здоров'ю донора.

Ще однією проблемою сучасної медичної етики є клонування. Це етична і наукова проблема кінця ХХ – початку ХХІ століття, що полягає у можливості формування і вирощування нових людських істот, які б не тільки ззовні, але й на генетичному рівні відтворювали того чи іншого індивіда. Результати аналізу наукових джерел [268; 437] свідчать про те, що суспільство до цього не підготовлене в моральному плані. Дискусія про клонування людини викликала низку протестів як зі сторони церкви, так і на законодавчому рівні. В 1997 році ЮНЕСКО прийняла Загальну декларацію, яка забороняє клонування людини та передбачає суворий контроль держави над усіма дослідженнями в цьому напрямі. Ті або інші форми заборони клонування застосовують Німеччина, Іспанія, Данія, Велика Британія, Італія, Франція, Швеція, Нідерланди, Бельгія, а також Японія, Австралія та інші країни. Близько 27 країн Європи підписали «Додатковий протокол про заборону клонування людини до Конвенції Ради Європи «Про права людини та біомедицину» 1997 року» [225].

Використання ембріональних стовбурових клітин відкрило широкі можливості для фундаментальної медицини та трансплантології. Разом з тим взяття крові у ембріонів суперечить принципам медичної етики. З огляду на це для отримання стовбурових клітин використовують «зайві» ембріони (бластоцисти),



приготовлені саме для екстракорпорального запліднення (які з тих чи інших причин залишаються невикористаними), а також ембріони, отримані під час операції штучного аборту, тобто вже знищені. Отримання стовбурових клітин з ембріонів, з яких не виникне нове людське життя, практично знімає етичні проблеми. Отримання стовбурових клітин з бластоцистів з подальшим культивуванням клітинних ліній відкрило широкі можливості для їх застосування в клініці. Однак з етичних міркувань необхідна згода подружжя або хоча б матері на використання «зайвого» бластоциста [372, с. 121]. Особливу тривогу викликає також небезпека комерціалізації терапії стовбуровими клітинами і фетальними тканинами.

Ще одна сучасна медична проблема, що породжує багато етичних питань і вимагає ретельного дослідження, стосується безпліддя. У сучасних умовах на зміну тривалим, малоефективним консервативним і хірургічним методам його лікування з'явилися допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), що відіграють основну роль у лікуванні цієї патології [378; 52]. Штучна інсемінація спермою чоловіка, коли біологічні та соціальні батьки збігаються, не викликає етичних заперечень. Певні проблеми медичного, етичного і юридичного характеру виникають щодо донорства сперми (або яйцеклітин). При донорстві сперми дотримуються правила конфіденційності (лікарської таємниці): в своїй заяві донор сперми зобов'язується не встановлювати особу реципієнтки і дитини, яка народиться в результаті запліднення його спермою, а подружжя зобов'язується не встановлювати особу донора, зберігати таємницю зачаття дитини. У цих положеннях закладено серйозні протиріччя, оскільки людині, народженій з допомогою сперми донора, можуть знадобитися відомості про генетичну конституцію його «біологічного батька» [372, с. 126–127]. Серйозні етичні проблеми пов'язані також з появою «зайвих» ембріонів [460; 310].

Результати аналізу низки публікацій дозволяють стверджувати, що багато етичних і правових проблем виникає через використання методу сурогатного материнства (СМ). Так, і біологічна, і сурогатна матері мають на дитину певні моральні права. Випадки відмови сурогатної матері віддати народжену дитину батькам-замовникам стали причиною розробки юридичних норм, що регулюють це

питання. Наприклад, згідно із законодавством Великої Британії, угода про передачу батьківських прав стає недійсною, якщо вимога про розірвання контракту висувається до шести тижнів після народження дитини. Крім того, само по собі бажання батьків-замовників є недостатнім і для цього потрібне спеціальне рішення суду [30; 31]. Моральною проблемою «сурогатного материнства» є також та обставина, що воно неминуче вводить у репродуктивний процес третю сторону, створює неоднозначність у трактуванні поняття батьківських прав.

З проблемами репродуктивних технологій близько пов'язані і морально-етичні проблеми, що виникають при використанні прикладних генетичних технологій. До них на сьогодні належать генетичний скринінг популяцій, спрямований на пошук носіїв небезпечних спадкових захворювань; індивідуальне генетичне тестування, що стосується оцінки генетичного здоров'я і повноцінності певного індивіда; прогнозування тривалості життя та основних медичних ризиків; генетичне тестування батьків для встановлення спроможностей і можливостей народження здорової дитини та ін.

Морально-етичні ризики для суспільства, пов'язані із застосуванням зазначених технологій, можна розділити на дві групи: проблеми автономії та проблеми евгеніки (форми соціальної філософії, вчення про спадкове здоров'я людини і сферу діяльності, спрямовану на «поліпшення» здоров'я і якості життя людей шляхом контролю над розповсюдженням різних генів).

Проблеми автономії пацієнтів у генетичних дослідженнях полягають у тому, що відомості про генетичний статус можуть завдати їм значної шкоди. По-перше, інформація про спадкову схильність до тяжких захворювань може виявитися непосильним моральним тягарем для самої людини. По-друге, її можуть використати працедавці, страхові компанії та політичні сили для організації різних форм дискримінації. Наприклад, страхові компанії могли б різко збільшити свої прибутки, якби страхували від раку, інфаркту і т.п. тільки людей, що не мають спадкової схильності до цих захворювань. З цим пов'язана необхідність закріплення права людини не брати участі в генетичних дослідженнях і не знати їх результатів. Йдеться також про те, що конфіденційність відомостей має бути

гарантована законодавчо. Проблеми евгеніки стосуються організованого впливу на генетичний статус людських популяцій.

Однією з сучасних проблем медицини, що потребують уваги дослідників, є етика паліативної медицини. У розвитку деяких захворювань, наприклад злоякісних пухлин, настає момент, коли активна терапія не можлива. У таких випадках традиційна медицина зазвичай відсторонялася від хворого. Так, зокрема, Гіппократ писав, що «до тих, хто вже переможений хворобою, медицина не протягує свої руки» [77]. Лише в епоху Нового Часу поширилась ідея про те, що лікар повинен залишатися з хворим до кінця. У 1879 році в Ірландії було відкрито притулок Діви Марії, який став першою установою, що надавала допомогу безнадійно хворим. У 1948 році С. Сандерс розробила першу систему надання паліативної допомоги (комплекс медико-соціальних заходів, які спрямовані на забезпечення безнадійно хворої людини гідними умовами життя і вмирання).

Право на гідне вмирання закріплене в Лісабонській декларації прав пацієнта (1981 рік) [264], де прямо констатується, що пацієнт має право померти гідно. У більшості країн світу організовано спеціалізовані центри паліативної медицини. В Україні перший такий центр було відкрито в 1999 році в Харкові. Найважливішим психологічним критерієм адекватності надання паліативної допомоги є підвищення якості життя хворого, що на практиці найчастіше проявляється розширенням можливостей його самообслуговування. Будь-які прояви нормального життя (читання, творчість, прийом відвідувачів і т. ін.) заохочуються. Вмираюча людина особливо гостро відчуває недостатність турботи. У такому становищі вона має моральне право на вередування і навіть на почуття гніву. Лікар у таких ситуаціях повинен уміти погоджуватися з хворим, що відмовляється, наприклад, від їжі або від прийому відвідувачів. Однак сама практика надання паліативної допомоги спричиняє деякі інші нові етичні проблеми. Так, наприклад, надаючи допомогу людям, що помирають, медичні працівники самі часто переживають негативний стрес. Вони переживають стрес через неминучу втрати тих, про кого стільки турбувалися, кому віддали багато душевних і фізичних сил. Нерідко до цього приєднується відчуття професійної безсилості, невдачі, пам'ять про конфлікти, що

часто траплялися у такій ситуації тощо. Стан емоційного і фізичного виснаження характерний для синдрому вигорання і виявляється у поступовій втраті емоційної та фізичної енергії.

Результати аналізу наукових джерел дозволяють стверджувати, що незважаючи на успіхи медичної науки, багато хвороб на сьогодні залишаються невиліковними. Сучасна медицина може тривалий час підтримувати людину в стані хронічної хвороби, запобігаючи її природному вмиранню. Результатом цього є те, що за підрахунками ВООЗ – понад 70 % людей помирають не раптово, а поступово. Страждання, яких вони зазнають у цей час, не лише особливо болісні, але й, на думку багатьох людей, безглузді й непотрібні. В багатьох випадках постає питання, якщо медицина покликана полегшувати страждання хворих, то за таких умов умертвіння хворого стає проявом милосердя. Якщо раніше життя вважали за найвищу цінність, то тепер питання ставиться дещо інакше: чи кожне життя, в будь-якому його стані, справді переважає стан смерті? Думку про те, що обов'язок милосердя щодо пацієнта є вищим, ніж підтримка його життя, вперше висловив англійський філософ Ф. Бекон (1561–1626). Йому ж належить і термін евтаназія (від грец. *eu* – хороший і *tanatos* – смерть) – сукупність дій, що забезпечують гідний і безболісний відхід з життя [184, с. 362–372; 85; 398].

Необхідно зазначити, що у 1978 році на 39-ій Всесвітній медичній асамблеї було прийнято Декларацію про евтаназію [92]. Загалом дослідження зарубіжного досвіду дозволяє стверджувати, що на початок 2016 року активну евтаназію дозволено лише в Голландії, Бельгії, Японії. Дещо ширшим є коло країн, де узаконено самогубство за мінімальної допомоги лікаря (деякі штати США, Ізраїль, Швеція, Фінляндія). У Франції і Швейцарії евтаназія не схвалюється і не проводиться в організованому порядку, проте і не переслідується згідно із законом. Як свідчать результати аналізу нормативних документів, що регламентують надання медичної допомоги, у всіх цих країнах визначено чіткі умови проведення евтаназії.

В Україні, Великобританії та багатьох інших державах евтаназію кваліфіковано як кримінальний злочин (законодавство України трактує евтаназію

як зловмисне вбивство. Заборону на евтаназію внесено до «Етичного кодексу українського лікаря».

Результати аналізу наукових джерел засвідчують, що на сучасному етапі низкою етичних конфліктів і суперечностей супроводжується і практичне застосування імунопрофілактики. Експертиза проектів епідемічних досліджень, зокрема досліджень нових вакцин, є найбільш яскравим прикладом пошуку балансу дотримання універсальних етичних принципів щодо індивідуума, окремих співтовариств людей і суспільства загалом. Про нормативне регулювання конфлікту інтересів і ситуацій «подвійної лояльності» при етичній експертизі випробувань нових вакцин свідчить низка міжнародних актів, декларацій, рекомендацій ВООЗ. Спеціальним документом, присвяченим цьому аспекту біомедичних досліджень, є «Міжнародне керівництво з етичної експертизи епідеміологічних досліджень» (1991 рік) [346]. Етичну експертизу проектів з випробування нових вакцин, а також пов'язаних з удосконаленням питань імунопрофілактики можна адекватно провести тільки шляхом забезпечення її незалежності, професіоналізму, відвертості та плюралізму поглядів. При цьому обов'язковим є дотримання всіх універсальних етичних принципів і їх диференційованого застосування для контролю якості, ефективності, безпеки вакцинації і доступності всіх їх позитивних результатів на індивідуальному і суспільному рівнях.

Ще однією важливою проблемою сучасної медицини, яку необхідно розглянути у дослідженні, є етика в психіатрії та психотерапії. Результати аналізу наукових джерел дозволяють зробити висновок про те, що у сучасному цивілізованому суспільстві щодо відносно психічно хворих не повинно бути стигматизації, соціального відчуження, невиправданого обмеження їх прав, презирливого та зневажливого ставлення. Будь-які форми приниження їх людської гідності аморальні та неправові. Серед усіх можливих видів дискримінації відносно психічно хворих при наданні їм медичної допомоги можна виділити моральні та соціальні. Зокрема, моральні форми дискримінації не відповідають «Женевській декларації» ВМА (1948 рік), яка зобов'язує лікарів не допускати жодної

дискримінації пацієнтів [166]. До форм соціальної дискримінації психічно хворих належить залишковий принцип фінансування їх медичної допомоги. Найбільшою морально-етичною проблемою при наданні психіатричної допомоги є ситуація, коли відповідне лікування застосовується в недобровільному порядку. Крім цього, чимало особливостей має застосування норми конфіденційності в психіатрії.

Повсюдне практичне упровадження принципів біоетики стосується й фармацевтичної галузі, яка на сьогодні досить бурхливо розвивається. Не відповідає принципам медичної та фармацевтичної етики матеріальне стимулювання лікарів за кожний виписаний рецепт фірмами-виробниками в особі медичних представників, а також використання матеріальних і фінансових стимулів для аптечних працівників за участь у конкурсах компаній-виробників, зміст яких визначається питанням: «Хто більше за всіх продасть препаратів нашої фірми?».

Найбільш раннім документальним викладом професійної діяльності фармацевтів є японський Кодекс Йоро (701 року) [183], в якому чітко визначено місце фармацевта в суспільстві, його права та обов'язки. Першим, по-справжньому важливим щодо біоетичних стандартів законодавчим актом у галузі фармацевтики, спрямованим на гарантування безпеки застосування лікарських засобів, є «Акт з контролю за біологічними продуктами», прийнятий у США у 1902 році. Наступний «Закон про харчові та лікарські засоби» (Food and Drug Act) [488] став основою роботи спеціального міністерства (FDA) і знаменував уведення принципів сучасної біоетики до сфери обігу лікарських засобів.

Важливими документами, що визначають роль та відповідальність членів фармацевтичного співтовариства не тільки одне перед одним, але й перед суспільством загалом, є «Кодекс діяльності фармацевтичної галузі» (Code of Practice for the Pharmaceutical Industry) [473] Асоціації фармацевтичної галузі Великої Британії (ABPI), прийнятий у 1958 році (з виправленнями і доповненнями діє донині). Він являє собою звід основних принципів, якими керуються майже 75 компаній. Цей кодекс зобов'язує виробника лікарських засобів подавати докладну інформацію щодо побічних ефектів у всі промоційні матеріали. Схожі мета відрізняє й інші подібні документи, зокрема «Кодекс фармацевтичної

маркетингової практики» (472] Міжнародної федерації виробників фармацевтичної продукції та їхніх асоціацій (IFPMA), розроблений у 1981 році, «Кодекс зі здійснення промоції лікарських засобів» (Code of Practice on the Promotion of Medicines) [474] Європейської федерації асоціацій фармацевтичних виробників (EFPIA), прийнятий у 1991 році та ін. Ці документи порушують схожі проблеми, насамперед ті, що стосуються коректності реклами, спонсорської підтримки заходів, пов'язаних з медициною (конгреси, симпозіуми і т.п.), подарунків для працівників охорони здоров'я.

Отже, у підрозділі представлено характеристику найбільш актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині, які визначають зміст деонтологічної підготовки майбутніх лікарів у XXI столітті. Ці професійно-етичні аспекти актуалізують перегляд змісту навчальних дисциплін, які формують комплекс знань, умінь і навичок – компонентів професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, а також необхідні для пошуку ефективних форм, методів і педагогічних технологій підготовки фахівців сфери охорони здоров'я до професійної діяльності.

#### **1.4. Професійно-етична компетентність майбутніх лікарів як предмет сучасних наукових досліджень**

Результати аналізу наукових джерел, наведених у попередніх підрозділах, вказують на те, що протягом всієї історії під час підготовки медичних кадрів значна увага приділялася формуванню не тільки професійних знань і умінь, а й особистісних якостей майбутнього лікаря, збагаченню його морально-етичного потенціалу.

На сучасному етапі розвитку медичної галузі характер відносин медичного персоналу і пацієнтів, догляд за хворими, «екологія» взаємин населення і сімейних лікарів все більше стають потужними терапевтичними і профілактичними чинниками. Принципи, правила етики і деонтології у роботі медика є предметом

постійної уваги вчених, педагогів, лікарів-практиків. Окрім того, необхідність вирішення багатьох проблем у сфері медицини третього тисячоліття активізували проведення низки досліджень, предметом яких є різноманітні аспекти професійної етики.

Результати дослідження ключових слів теми дозволяє зробити висновок про те, що інтерес до проблеми професійної етики і культури фахівців сфери охорони здоров'я справді значний. Орім вітчизняних дослідників [11; 234, с. 263–265; 395; 376], проблеми етики, культури і деонтології є предметом розгляду науковців з інших країн. Йдеться, наприклад, про вивчення етичних аспектів проблеми конфіденційності, права людини, використання даних моніторингу в дослідженнях [354; 526], етичні проблеми психіатрії, психічної допомоги та благополуччя [534], етичні, соціальні та правові питання, пов'язані з медичними дослідженнями чутливих груп населення та окремих осіб [531], нормативно-етичні аспекти проведення клінічних досліджень із залученням дітей [491], етичні, юридичні та соціальні проблеми, пов'язані з дослідженням геномів та раку [483], етичні питання та роль управління в мінімізації дослідницьких ризиків використання біологічних матеріалів людини в дослідженні [495], етичні проблеми при публікації медичних досліджень [504], етичні проблеми розслідування спалаху професійних захворювань [475], етичні двозначності в практиці дитячої клінічної психології [486] та інші.

Примітним є також і те, що, як виявлено, крім культурологічного підходу у питаннях професійної етики лікаря за кордоном, зокрема в країнах Європейського Союзу і США, розповсюдженим є і компетентнісний підхід, насамперед у практиці підготовки майбутніх лікарів. Так, наприклад, К. Мітчелл, К. Мізер та Я. Керріндж у статті про оцінку клінічної етичної компетентності студентів-медиків пишуть про те, що в університеті Ньюкасла (місто на північному-сході Англії) знання студентами етики оцінюється щороку під час п'ятирічного курсу [477]. Університет Ньюкасла входить в Топ-20 британських університетів та до складу престижної Russell Group – асоціації провідних дослідницьких вищих навчальних закладів. Однак виникає низка питань, наприклад: «Чи має викладацька етика



вимірюваний вплив на клінічну активність студентів-медиків, які відвідували такі курси?». Ті, хто відповідає за навчання, витрачають чимало зусиль, щоб розробити необхідні інструменти оцінки. Чи потрібно оцінювати знання студентів? З 1982 до 1991 року оцінювання навчальних досягнень в Університеті Ньюкасла мало на меті визначення якості й повноти етичних знань студентів. У цій статті висвітлено сильні та слабкі сторони методу, що ґрунтується на оцінюванні знань. К. Мітчелл, К. Мізер та Я. Керріндж зазначають також, що з 1992 року в університеті використовується поняття «клінічна етична компетентність» для того, щоб з'ясувати, як студенти фактично вміють застосовувати етичні знання у професійній діяльності [510, с. 230–236].

На думку вчених Дж. Нормана [511, с. 121–124] та Дж. Міллера [506, с. 563–568], діагностика сформованості клінічної етичної компетентності обов'язково повинна передбачати широкий спектр завдань для оцінки здатності студента-медика діяти. Однак розроблення та використання інструментів для оцінки клінічної етичної компетентності студентів у клінічній практиці все ще є актуальною проблемою для освітніх бакалаврських програм, що базуються на знаннях медичної етики.

У виданні під редакцією К. Робічаукса «Етична компетентність у практиці медсестер: компетенції, навички, прийняття рішень» [521] запропоновано унікальний інноваційний фаховий підхід до трактування професійної сестринської етики, розроблений спеціально для всіх медичних сестер та студентів – майбутніх медсестер. У підготовленому фахівцями в галузі охорони здоров'я навчальному виданні проаналізовано етичні концепції щодо медсестринської діяльності, наводяться дані з різних сфер професійної практики і тематичних досліджень, що ілюструють необхідність етичної компетенції та прийняття рішень. Автори представили також модель прийняття рішень, яка містить також елементи догляду та етики доброчесності. Крім цього розглядаються основні комунікативні та конфліктні навички, висвітлено загальноприйняті етичні проблеми, які можуть виникнути у роботі медичної сестри, а також розкрито окремі аспекти етичної практики, пов'язаної з дослідженням якості підготовки фахівців медичної галузі.

Проблемі розвитку етичної компетенції в установах охорони здоров'я присвячено низку наукових публікацій С. Калвемака, Б. Арнетца, М. Дж. Ханссона [497]. Автори наголошують на тому, що зростання трудових функцій і фінансова напруженість у секторі охорони здоров'я обумовили підвищення вимог до персоналу щодо вирішення етичних проблем. Одним із способів навчання медичних фахівців діяти у ситуаціях з етичними дилемами є тренінги з етики. У статті представлено характеристику структурованої програми навчання та професійної підготовки з етики, а також викладено особливості розробки та оцінки програм розвитку етичної компетентності.

У контексті аналізу наукових праць з проблеми формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів представляє інтерес дослідження, авторами якого є К. Лечасса, К. Каукса, С. Доулла, А. Легаулта [503]. У статті «Етична компетентність. Інтегративний огляд» в «Журналі здоров'я» («Health Education Journal») автори розглядають етичну компетентність як фундаментальну складову практики медсестер. Незважаючи на те, що цій проблемі присвячено багато публікацій, залишається важко чітко визначити компоненти цієї компетенції. Дослідники здійснили системний огляд джерел, визначивши сутність етичної компетентності в контексті практики сестринської справи. Для цього вони провели комплексний огляд публікацій з 2009 до 2014 року в базах науково-метричних баз даних CINAHL, MEDLINE та EMBASE, а також у журналі «Етика сестринської справи» («Ethics of Nursing»). Ключові слова, що стосуються етичної сторони сестринської справи або етичної компетентності, вони використовували для того, щоб широко охопити поняття «етична компетентність». Зрештою, проаналізовано 89 статей, у яких такі поняття як «етична чутливість», «етичне знання», «етична рефлексія», «етика прийняття рішень», «етична дія» та «етична поведінка» найбільш часто використовуються в контексті етичної компетентності. Важливим є висновок вчених про те, що незважаючи на те, що етична компетентність має бути обов'язковою для лікарів і медичних сестер, у науковій літературі немає консенсусу щодо трактування цього поняття. Очевидною є необхідність нових досліджень, що

дозволили б більш точно визначити поняття «етична компетентність», особливо щодо студентів – майбутніх лікарів, медсестер.

Загалом результати аналізу наукових статей, опублікованих у зарубіжних наукових журналах, а також представлених у базах даних Scopus Elsevier, Cinahl, Medline та Embase, журналах «Етика медсестер» («Ethics of Nursing»), «Журнал про етику» («Journal of Ethics»), «Журналі лідерства та організаційних досліджень» («Journal of Leadership & Organizational Studies») дозволяють зробити висновок про досить широкий спектр досліджень, що їх проводять зарубіжні вчені щодо формування етичної компетентності майбутніх лікарів, медичних сестер та керівників медичних установ різної форми власності та розвитку цієї компетентності в процесі клінічної практики і курсів підвищення кваліфікації. Про це свідчать публікації К. Каупса [500] про етичні міркування про роль сенсомоторної спритності, пізнавальної здатності та набуття компетентності з досвідом; стаття вчених В. Чжу, Д.-Р. Мея, Б. Дж. Аволіо про вплив етичного лідерства на результати діяльності працівників [536], альтернативний погляд К. Мілтон щодо трактування поняття етики та культурної компетентності [507], у якій автор обговорює потенційні етичні питання, що стосуються поняття культури та висвітлює потенційні наслідки для освіти і практики з теоретичної точки зору сестринської справи. Цікавим є також дослідження, що провели Т. Пойккеус, Р. Сухонен, Я. Катайосто, Г. Лейно-Кілпі з Університету Турку (другий за розміром університет Фінляндії після Гельсінського університету, знаходиться на південному заході Фінляндії у місті Турку). У дослідженні взяли участь 298 медсестер та 193 керівники медичних закладів, що опікуються лікувальною справою. Вони працюють у спеціалізованих (48 % / 52 %), основних (43 % / 36 %) або приватних медичних (5 % / 7 %) установах [515]. Учені зробили висновок, що етичну компетентність медичного персоналу високо цінують керівники медичних закладів. Однак уявлення опитаних про розвиток етичної компетентності майбутніх лікарів оцінено як такий, що відповідає задовільному рівню. Дослідники пропонують інформувати медичний персонал про етичні проблеми сучасної медицини та практику їх вирішення; заохочувати міждисциплінарні обговорення

етики та співпрацю; підтримувати персонал на індивідуальному рівні для участі в етичній освіті, міждисциплінарних дискусіях з питань етики та щодо вирішення етичних проблем.

Отже, як свідчать наведені матеріали, за кордоном проблема етичної компетентності майбутніх лікарів та загалом медичного персоналу є предметом великої кількості наукових праць. Це є природним об'єктивним чинником, так як базові етичні знання, етичні вміння, навички, риси характеру, професійно-важливі якості представників цієї професії переважно формуються і розвиваються під час навчання в медичних університетах на засадах компетентнісного підходу. Болонський процес є найновішим із наукових підходів і нововведень, що спонукає вищі медичні школи Європи не лише до розвитку внутрішньої мобільності студентів з інших частин світу, а й перегляду очікуваних результатів навчання. Ці результати формулюють вже не як відокремлені знання, уміння і навички, а як компетентності – цілісне, інтегративне, багаторівневе, особистісне утворення, що є результатом здобуття кваліфікацій під час неперервної освіти, рівень якої підтверджується сукупністю сформованих у фахівця компетенцій. Ці компетенції визначають успішність виконання різних видів професійної діяльності, здатність до самореалізації, саморозвитку та самовдосконалення впродовж життя та сприяють соціалізації особистості, формуванню у неї світоглядних та науково-професійних поглядів, творчості та майстерності [381, с. 18–44].

Ще один висновок, який можна зробити після аналізу змісту публікацій у зарубіжних наукових журналах полягає в тому, що етична компетентність не є самодостатньою чи усталеною. Вона потребує розвитку шляхом створення відповідних організаційних та науково-методичних умов для забезпечення можливостей студентам, аспірантам, наприклад, через додаткову освіту, наставництво чи практику [502].

Результати аналізу зарубіжних публікацій дозволяють зробити висновок і про помітну багатозначність у трактуванні понять «компетентність» та «етична компетентність». Так, наприклад, Ф. Куглау, К. Еверс, С. Ерікссон, А.-Г. Хоглунд стверджують, що поняття «компетентність» є динамічним і багатограним [502].

Т. Брітінг, Х. Гір, Г. Сілверберг трактують її як «різні можливості, необхідні для вирішення завдань та ситуацій у професійній діяльності» [469, с. 70)]. У монографії «Етична компетентність та моральний стрес у секторі охорони здоров'я» С. Калвемак-Спорронг визначає етичну компетентність як здатність лікарів-практиків правильно діяти в умовах дилем подвійного тлумачення [498]. Така компетентність, на думку вченого, вимагає наявності знань, наприклад, теоретичних уявлень про існуючі етичні цінності, принципи, керівні принципи та юридичні зобов'язання.

Дослідники Дж. Сандбег, А. Таргама описують компетентність як знання та вміння, а необхідні для виконання роботи. Це свідчить про трактування сутності професійної діяльності в контексті розуміння фахівцем професійних функцій та очікуваних результатів професійної діяльності. «Ми вбачаємо ці знання, цінності, практичні навички, практичний досвід, риси особистості тощо як сировину, що має сенс тільки в тих випадках, коли особистість розуміє сутність своєї професійної діяльності» [524, с. 164].

Деякі зарубіжні вчені пропонують розглядати етичну компетентність як психологічну майстерність. Це «здатність людини, яка стикається з моральною проблемою, думати і діяти таким чином, щоб не обмежуватися моральними нормами чи автоматичними діями» [501, с. 44]. Таким чином, на думу вчених, етична компетентність вимагає, серед іншого, усвідомлення, відчуття та рефлексію етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків. Вона також передбачає здатність розглядати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації та спроможність приймати складні рішення. Для формування цієї навички потрібні як теоретичні знання, так і підготовка [501, с. 43–51].

Загалом можна стверджувати, що правила, положення, професійні кодекси, керівні принципи та формальна освіта допоможуть лікарям-практикам приймати рішення, наприклад, в етично тривожних та складних ситуаціях. Але цього недостатньо. Вплив викладання теорій етики або етичних норм без критичного етичного прийняття рішень, без практики на сьогодні є сумнівним [462, с. 245–268].

Взаємодія з людьми та світом у сфері охорони здоров'я щодня відбувається в нових ситуаціях з новими учасниками. Ситуації завжди виникатимуть там, де не можна легко послатися на керівні принципи або якщо вказівки суперечать намірам, спричиняючи етичні дилеми [508, с. 109–114]. Саме тому досвід і знання, здобуті під час навчання, допомагають лікарям-практикам приймати етичні рішення.

Результати аналізу навчальних планів вищих медичних шкіл Європи та США свідчать про те, що етика є частиною переважної більшості професійних освітніх програм підготовки фахівців у галузі охорони здоров'я. Для забезпечення цих освітніх програм розроблено достатню кількість різноманітних підручників та іншого сучасного науково-методичного забезпечення. Загалом, за словами Дж. Россаува [522, с. 411–433], який вивчав проблему ділової етики, є три підходи до її викладання в медичних університетах, що передбачає формування пізнавальної, поведінкової та управлінської компетентності. Перший зосереджений на формуванні інтелектуальних знань і вмінь (моральні знання, розуміння, прийняття рішень тощо; другий – на мотивації до професійної діяльності, прагненні оволодіти усіма тонкощами етичної поведінки, готовності дбати про пацієнта і под. Третій підхід базується на двох інших і зосереджується на впливі організацій та менеджерів на етику професійної діяльності лікарів. Після аналізу трьох позицій Дж. Россаув робить висновок, що вони всі необхідні, тому їх не можна розділити на практиці [522].

Ще один важливий висновок, який можна зробити за результатами аналізу наукових публікацій, полягає в тому, що етична компетентність формується в соціальному контексті, а це передбачає організацію контекстного навчання (на практиці, на робочих місцях) для створення реальної атмосфери робочого місця лікаря або імітації різноманітних професійних ситуацій.

Вчені Е. Петер, В. Лунарді, А. Макфарлан пропонують три можливі стратегії «підвищення здатності медичних працівників діяти у ситуаціях етичного компромісу або конфлікту». До них відносяться:

освітня підготовка майбутніх лікарів, що передбачає розширення можливостей, довіри до прийняття рішень та формування здатності рефлексувати етичні дії;

розвиток практичних умінь і навичок медсестер та лікарів;

підтримка інституційного управління моральними діями [514, 403–416].

Проблеми етики, етичної компетентності, деонтології у сфері охорони здоров'я були також предметом досліджень Г. Андрєєва [10], Л. Богуніцької [38], В. Дубрової [107], Г. Морозова [281], Б. Петровського [94–95], Н. Стучинської [406], А. Федорова [425, с. 33–40], Г. Царегородцева [281] та інших. Важливі духовні аспекти професійної культури майбутніх медиків висвітлено у працях О. Андрійчук [11], Л. Кайдалової та Л. Поєдинцева [191], Т. Корольової [234], С. Кубицького та Н. Неділька [244], І. Мельничук [288], О. Раздорської [354], С. Тихолоз [416], Г. Терешкевича [412]. Педагогічні умови забезпечення ефективності процесу формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах окреслено в дисертаційному дослідженні А. Агаркової [3–4; 6]. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів обґрунтувала І. Кузнецова [246]. Проблеми впровадження компетентнісного підходу у професійній підготовці майбутніх бакалаврів медсестринської справи розглядав М. Дем'янчук [93].

Результати аналізу наукових праць цих вчених дозволяє зробити висновок про те, що вчені розглядали різноманітні аспекти етичної підготовки майбутніх лікарів та інших категорій медичного персоналу. Однак професійно-етична компетентність не була предметом їх досліджень. Натомість це поняття було ключовим у дослідженнях О. Слободянюк [391], В. Гриців [86], Н. Петренко [324], А. Федорова [425], Л. Хоружої [442], С. Шульпіна [454]. Так, наприклад, у статті «Досвід формування професійно-етичної компетентності майбутніх менеджерів економічного профілю» О. Слободянюк [391] зазначає, що фахівець має набути умінь використовувати професійно-етичні знання в різних ситуаціях, а питання морального самовизначення майбутнього менеджера є не менш важливим завданням, ніж формування його професійної компетентності. Автор визначила, що

впровадження моделі формування професійно-етичної компетентності потребує етичного середовища, інтеграції суспільно-гуманітарних дисциплін та позанавчальних заходів [321, с. 21–25].

Дослідниця професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців банківської справи В. Гриців визначає професійно-етичну компетентність майбутніх фахівців банківської справи як «складне індивідуально-психологічне утворення, що охоплює теоретичні знання з професійної етики, цінності, особистісні моральні якості та професійні практичні вміння, які забезпечують вибір свідомої етичної поведінки відповідно до професійно-етичних норм у ситуаціях взаємодії з клієнтами та співробітниками. Основними компонентами професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців банківської справи, на думку дослідниці, є мотиваційний, змістовий, проектно-креативний, організаторсько-діагностичний і рефлексивний [86, с. 13–14].

Представляє інтерес також дослідження Н. Петренко [324]. Автор дослідила особливості формування професійно-етичної компетентності майбутніх офіцерів-прикордонників у процесі фахової підготовки. На її думку, у цьому процесі в контексті формування професійно-етичної компетентності «не вирішено низки проблем: потребують удосконалення навчально-методичні матеріали з навчальних дисциплін, під час вивчення яких найбільш інтенсивно формуються компоненти зазначеної компетентності; не завжди системно застосовуються креативно-евристичні, проблемні та аналітичні завдання, спрямовані на професійний розвиток курсантів; зміст навчальних дисциплін у край недостатньо враховує сучасні форми та методи формування професійно-етичної компетентності; не достатньо впроваджено у навчально-виховний процес форми і методи проблемного і контекстного навчання, які покликані моделювати зміст майбутньої професійної діяльності» [324, с. 15]. Н. Петренко веде мову про майбутніх офіцерів-прикордонників, однак проблеми формування професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців у ВНЗ, на нашу думку, є подібними до проблем у медичних університетах.



Неабияке значення формуванню і розвитку професійно-етичної компетентності соціального педагога надає і А. Федоров [425, с. 33–41]. Автор вважає професійно-етичну компетентність одним із основних чинників формування цілісного професійного мислення соціального педагога кримінально-виконавчої системи і пропонує приділяти увагу вивченню професійно-етичних основ соціальної роботи при навчанні студентів. На переконання вченого, важливим є отримання майбутніми фахівцями теоретичних знань про морально-етичні основи професійної діяльності та формування самостійного етико-аксіологічного підходу до вирішення завдань професійної діяльності. Майбутнім співробітникам, зазначає дослідник, також важливо опанувати навичками аналізу робочих ситуацій, навчитися приймати рішення на основі основних деонтологічних принципів, розуміння сутності професійного обов'язку і відповідальності [425, с. 33–41].

Учена Л. Хоружа [442] у дослідженні етичної компетентності сучасного вчителя зазначає, що «процес її формування достатньо складний і суперечливий. Важливим компонентом у ньому є пізнання методологічних засад професійно-педагогічної етики, її соціокультурних джерел. Осмислення цих методологічних підходів дозволяє виявити змістове ядро етики, її інваріантний характер. Основу методології становить блок історичних знань про розвиток і становлення етико-педагогічних ідей» [440]. На думку вченої, етична компетентність належить до так званих над-предметних компетентностей, що мають інтегрований характер і поєднують широкий перелік знань, умінь і ставлень, які набуваються під час навчання. Л. Хоружа наводить здатності вчителя, що можуть бути прикладом прояву етичної компетентності. Йдеться про усвідомлення гуманістичних цінностей, інваріантного характеру норм, принципів педагогічної етики; розуміння морального змісту педагогічної професії; необхідності розвитку культурних потреб та інтересів; етичну рефлексію власних учинків, виявлення сутності моральних колізій у різних педагогічних ситуаціях, прогнозування результатів своїх дій; умінь розв'язувати конфлікти, розуміти почуття та потреби вихованців; використання у професійній поведінці стратегії й тактики етично адекватного спілкування з різними учасниками освітнього процесу [440].

Нові соціально-економічні умови, зокрема перехід економіки на ринкові відносини дещо знівелювали класичне поняття професійної етики фармацевта, поставивши на перше місце, важливість отримання прибутку через продаж лікарських засобів. На це вказує О. Тернова, яка обґрунтувала необхідність впровадження принципів біоетики в професійне навчання та практичну діяльність провізорів і фармацевтів [413, с. 142–158]. Автор зробила висновок, що у вирішенні глобальних проблем соціально-етичного розвитку фармації особлива роль належить системі безперервної освіти, оскільки вона як соціальний інститут поширює панівну в суспільстві ідеологію, відображає суспільні відносини, виконує функцію професійної соціалізації через систему професійної освіти [413, с. 1]. Разом з тим фармацевтичні аспекти біоетики ще не опрацьовано, оскільки фармацевтична етика має зв'язок не тільки з медичною, але і з торговою, службовою та іншими етиками, що породжує багато суперечностей [413, с. 5].

Отже, наведені приклади дозволяють зробити висновок про те, професійно-етична компетентність є важливим компонентом готовності до професійної діяльності фахівців різних спеціальностей, особливо професій типу людина – людина, предметом праці яких є люди, групи людей чи колективи. При цьому відповідно до мети професійної діяльності ці професії відносять здебільшого до гностичного (пізнавальні) або перетворювального типу. У становленні професійної етики помітний перехід від абстрактного ідеалу представника певної професії до комплексного інтегративного утворення – етичної або професійно-етичної компетентності, основою якої є гуманне ставлення до людей, їх психологічна підтримка, ініціативність, творчість, відповідальність, особистий приклад, добросесність, співчуття, свобода самовизначення та ін. Результати аналізу досліджень, виконаних зарубіжними та вітчизняними вченими з проблем формування і розвитку професійно-етичної компетентності, дозволяють зробити висновок, що цей процес має ґрунтуватися на глибокому засвоєнні майбутніми фахівцями етичних знань, оволодінні відповідними уміннями, навичками, усвідомленні морально-етичних цінностей, норм моралі та етики, сформованих рис характеру та особистісної спрямованості, а також набутому практичному досвіді.

Формування етичної компетентності майбутніх лікарів, медичних сестер та керівників медичних установ різної форми власності відбувається у процесі фахової підготовки, а розвиток цієї компетентності передбачає проходження клінічної практики і підвищення кваліфікації.

## **Резюме**

1. Відповідно до теми дослідження його ключовими поняттями є такі, як «моральна культура», «етична культура», «комунікативна компетентність» та «професійна етична компетентність».

Урахування системного, особистісного, діяльнісного та культурологічного підходів дозволяє визначити сутність поняття «професійно-етична компетентність лікаря» складне, цілісне, індивідуально-психологічне, інтегративне, багаторівневе утворення, яке є результатом здобуття неперервної освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» і об'єднує теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості та практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибір ним свідомої етичної поведінки відповідно до професійно-етичних норм, а також здатність до самореалізації, потребу в професійно-етичному самовдосконаленні впродовж життя.

2. Проблеми морально-етичного характеру були предметом уваги лікарів протягом тривалого історичного періоду. Основи професійної етики як вчення про професійну мораль викладено в моральних кодексах, які є сукупністю моральних норм і правил.

Серед цінних пам'яток культури минулого, що дійшли до нас та відображають розвиток етики і деонтології у медицині, на особливу увагу заслуговують давньоіндійські трактати, твори видатних лікарів і філософів Стародавнього Сходу, Стародавньої Греції, Стародавнього Риму і Стародавньої Індії. Основні правила медичної етики для багатьох поколінь лікарів сформулював Гіппократ. Багато положень «Клятви Гіппократа» не втратили значення до наших днів.

В Україні історичні витоки медичної справи та деонтології пов'язані з Давньокіївською державою, куди прогресивні та сучасні погляди на лікарську справу прийшли із християнством, що утверджувало високі духовно-моральні цінності милосердя, співчуття, служіння ближньому, визнавало цінність життя кожної окремої людини як особистості: служити людині означало служити Богу.

У XV–XVII столітті значну роль у розвитку практичної медицини та становленні медичної етики відіграли братства, які крім різноманітної релігійно-благодійницької та освітньої діяльності влаштовували притулки і «шпиталі», де лікували та утримували хворих та інвалідів. У XVI–XVIII століттях важливою характеристикою медичної етики і України є демократичний характер надання медичних послуг. Братські шпиталі та ті, що розташовувались на території Запорозької Січі, надавали допомогу представникам різних верств населення.

У XIX столітті гуманістичні та етичні погляди на лікарську діяльність викладено у працях учених-медиків, які зробили вагомий внесок у розвиток медицини та становлення норм медичної етики. Відомі лікарі-клініцисти обґрунтували принципи індивідуального підходу до хворих, які базуються на наукових і морально-психологічних засадах. Ці принципи стали основою вітчизняної медичної освіти. Загалом в Україні напрацьовано багатівіковий досвід вирішення морально-етичних проблем, а також збережено всесвітньо визнаний спадок визначних учених

3. У наш час морально-етична парадигма в системі охорони здоров'я збагатилася новим філософським концептом: сформувалася біоетика як прикладна етика, центральним ядром якої стало морально-етичне ставлення до життя загалом, але насамперед до людського як абсолютної самоцінності. Виникнення нового філософсько-етичного напрямку – біоетики – пов'язане з потребою в активізації зусиль щодо збереження життя на Землі й людського особливо. Біоетика досліджує різноманітні морально-етичні аспекти, які стосуються сфери клітинної терапії; процесів клонування; генетичного трансферту; генної фармакології; проблем лікарської терапії; етичних проблем організації охорони здоров'я; застосування генно-інженерних методів; сурогатного материнства; пересаджування

ембріональних тканин; доступу технологій до індивідуальної структури ДНК; контрольованого відходу з життя (евтаназії); трансплантації органів; виробництва і розповсюдження неапробованих лікарських засобів; дослідження впливу на організм і психіку людини нових медичних препаратів за участю добровольців; безрецептурного відпуску ліків на фармацевтичному ринку тощо.

4. Проблеми морально-етичного характеру в підготовці фахівців сфери охорони здоров'я неодноразово були предметом уваги науковців. Дослідники вивчають різні етичні аспекти проблеми конфіденційності, права людини, використання даних моніторингу в дослідженнях, етичні проблеми психіатрії, психічної допомоги та благополуччя, етичні, соціальні та правові питання, пов'язані з медичними дослідженнями чутливих груп населення та окремих осіб, нормативно-етичні аспекти проведенні клінічних досліджень із залученням дітей, етичні, юридичні та соціальні проблеми, пов'язані з дослідженням геномів та раку та інші.

Увага за кордоном до проблеми етичної компетентності майбутніх лікарів та загалом медичного персоналу обумовлена тим, що базові етичні знання, етичні вміння, навички, риси характеру, професійно-важливі якості представників цієї професії переважно формуються і розвиваються під час навчання в медичних університетах на засадах компетентнісного підходу.

Етика є частиною переважної більшості професійних освітніх програм підготовки фахівців у галузі охорони здоров'я, зокрема вищих медичних шкіл Європи та США. Для забезпечення цих освітніх програм розроблено достатню кількість різноманітних підручників та іншого сучасного науково-методичного забезпечення. На сьогодні сформувалося три підходи до викладання професійної етики в медичних університетах, що передбачає формування пізнавальної, поведінкової та управлінської компетентності. Перший зосереджений на формуванні інтелектуальних знань і вмінь (моральні знання, розуміння, прийняття рішень тощо); другий – на мотивації до професійної діяльності, прагненні оволодіти усіма тонкощами етичної поведінки, готовності дбати про пацієнта і под. Третій

підхід базується на двох інших і зосереджується на впливі організацій та менеджерів на етику професійної діяльності лікарів.

В Україні дослідники також трактують професійно-етичну компетентність як важливий компонент готовності до професійної діяльності фахівців різних спеціальностей, особливо професій типу людина – людина, предметом праці яких є люди, групи людей чи колективи. У становленні професійної етики помітний перехід від абстрактного ідеалу представника певної професії до комплексного інтегративного утворення – етичної або професійно-етичної компетентності, основою якої є гуманне ставлення до людей, їх психологічна підтримка, ініціативність, творчість, відповідальність, особистий приклад поведінки, добросесність, співчуття, свобода самовизначення та ін.

## РОЗДІЛ 2

### ІСТОРИКО-ПЕДАГОГІЧНІ ТА КОМПАРАТИВІСТСЬКІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРІВ

#### **2.1. Професійна етика та професійно-етична компетентність у змісті медичної освіти кінця XX – початку XXI століття в Україні**

Розвиток уявлень про зміст професійної етики та професійно-етичної компетентності у вищій медичній освіті нерозривно пов'язані з історією її становлення й розвитку. На думку фахівців – дослідників розвитку вищої медичної освіти, в кінці XX – початку XXI століття відбулися кардинальні зміни у сфері охорони здоров'я та підготовки лікарів. Вони зумовлені переходом спочатку до індустріальних, а потім від індустріальних до науково-інформаційних технологій, виходом національної вищої медичної освіти з радянської освітньої системи та входженням в європейський і світовий освітній простір, узгодженням національних стандартів вищої медичної освіти з європейськими вимогами [205].

Крім цього, зазначений період (кінець XX – початок XXI століття) є важливим для дослідження ще й тому, що саме в цей час у теорії і практиці вітчизняної медичної освіти створено вагомий науковий доробок, що становить базу для вдосконалення різних аспектів професійної підготовки майбутніх фахівців у галузі медицини. На це вказують результати вивчення, аналізу і узагальнення українського досвіду з підготовки медичних працівників, з'ясування основних функцій, тенденцій розвитку вищої медичної освіти в Україні в XX – на початку XXI століть [75; 205; 243; 408].

Результати аналізу наукових джерел і нормативно-правових документів дозволяють стверджувати, що в системі вищої медичної освіти від 1991 року і донині здійснено низку реформ, що спрямовані на підвищення рівня якості підготовки медичних працівників, формування всебічно розвиненої особистості майбутнього фахівця в галузі медицини [75; 205].

Загальнодержавна програма «Здоров'я – 2020: український вимір» [349], Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [345] від 7 липня 2011 року № 3611-VI, Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я [350] та інші чинні нормативні документи України передбачають реорганізацію та оптимізацію системи охорони здоров'я, її зорієтування на пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги – сімейної медицини. Це передбачає підготовку кваліфікованого лікаря первинної ланки, сімейного лікаря, якому притаманне гуманне ставлення до хворого. Однак якою б актуальною не була сьогодні проблема прискореного розвитку медичної науки і впровадження її досягнень у практику охорони здоров'я, розширення й укріплення матеріальної бази лікувальних закладів, оснащення їх новітньою технікою і апаратурою, вважають Б. Веденко, В. Мельник, В. Даценко, актуальним залишається питання про морально-етичні якості лікаря, його ставлення до свого професійного обов'язку й фахової підготовки. Особистість лікаря, його моральний вигляд і персональна підготовка у кінцевому результаті визначають успіх системи охорони здоров'я в державному масштабі [53, с. 244–248; 54, с. 20–21].

Результати аналізу нормативних джерел, що відображають розвиток професійно-етичних тенденцій у медичній освіті кінця XX – початку XXI століття в Україні, дозволяють зробити висновок про те, що період демократичних перетворень у нашій державі характеризується прийняттям низки документів щодо морально-етичного та деонтологічного регулювання медицини. Йдеться, наприклад, про Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [312], де в статті 76 зазначено, що випускники медичних спеціальностей вищих медичних навчальних закладів дають Присягу лікаря України. Текст Присяги лікаря України затверджує Кабінет Міністрів України. Цей акт відповідає нормам медичної етики і деонтологічним принципам, ураховує міжнародний досвід та етичні норми клятви Гіппократа. Обов'язки, закріплені у присязі, є моральними вимогами до професії [258, с. 89].



Етичний кодекс лікаря України затверджено 24–27 вересня 2009 року на X з'їзді Всеукраїнського лікарського об'єднання, який відбувся у Євпаторії. Основна мета кодексу – впорядкувати відносини між лікарями, пацієнтами, медичними організаціями, а також визначити етичні норми під час проведення наукових досліджень. У європейських державах Етичний кодекс лікаря використовують для регламентування морально-правових аспектів діяльності медичних працівників з 1949 року, коли Генеральна асамблея Всесвітньої медичної асоціації у Лондоні затвердила Міжнародний кодекс медичної етики [286]. У жовтні 2008 року Україна стала членом цієї асоціації, тому вітчизняний етичний кодекс розробляли з урахуванням міжнародних вимог.

Необхідно зазначити, що Світове лікарське товариство (WMA) як єдина міжнародна організація, яка об'єднує усіх лікарів без огляду на національність чи спеціальність, запропонувало встановити загальні стандарти у лікарській етиці. З часу свого заснування в 1947 році Світове лікарське товариство працювало над тим, щоб запобігти будь-яким виявам неетичної поведінки, до прикладу таким, що їх проявили лікарі в нацистській Німеччині. Одним з найперших завдань товариства було осучаснення Присяги Гіппократа для використання у XX столітті. Результатом цієї діяльності стала Женевська декларація, прийнята на 2-му Загальному зібранні Світового лікарського товариства у 1948 році. Відтоді її переглядали декілька разів, останній раз у 2006 році.

Ще одним завданням Світового лікарського товариства є впровадження Міжнародного кодексу лікарської етики. Його було прийнято на 3-му Загальному зібранні у 1949 році. Цей документ осучаснено у 1968, 1983 та 2006 роках. Важливе значення має також діяльність Світового лікарського товариства щодо розвитку етичних настанов для досліджень на людських суб'єктах. Результатом такої діяльності стало прийняття Гельсінкської декларації [61].

Етичний кодекс лікаря України [163] визначає головні фундаментальні цінності – життя та здоров'я людини. Передбачається, що діяльність лікаря має бути спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті,

доброзичливості, благодійності та милосердя, терплячості, довіри, порядності та справедливості. У кодексі наголошується на тому, що лікар повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху – це насамперед совість. Цей Кодекс призначений для застосування у професійній діяльності лікарів і науковців, сфера професійної діяльності яких охоплює пренатальне та постнатальне життя та здоров'я людини, її народження і смерть.

Результати аналізу нормативних і наукових джерел [257; 274] вказують на те, що на початку XXI століття вітчизняна медична університетська освіта (Додаток М) орієнтується на інтеграцію в європейський освітній простір. Про це свідчить постійне вдосконалення системи медичної освіти України, пошук інноваційних методів і технологій навчання, законодавче врегулювання забезпечення рівного доступу всіх громадян України до якісної медичної освіти, а також забезпечення неперервності навчання протягом усього життя. Основні положення щодо змісту, організаційних форм навчання у вищій школі закріплено в Конституції України, законах України «Про освіту» [348], «Про вищу освіту» [344], Національній доктрині розвитку освіти України у XXI столітті [347], основних засадах розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу, Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні, Національної стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року. Питання підготовки студентів в системі охорони здоров'я порушено в документах ЮНЕСКО, зокрема Доповіді міжнародної комісії з освіти ЮНЕСКО для XXI століття, в якій акцентовано увагу на необхідності підвищення якості професійної підготовки фахівців, гуманістичній спрямованості підготовки.

Результати аналізу стану впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу (КМСОНП) та Європейської кредитно-трансферної системи (ЄКТС) в процес підготовки лікарів та провізорів [33; 219; 238; 402] дозволяє зробити висновок про те, що останнім часом назви та зміст більшості навчальних дисциплін узгоджено з європейськими аналогами. Впроваджено також нову структуру навчальних планів підготовки лікарів із зазначенням обсягу навчального навантаження як у годинах, так і у кредитах ЄКТС; визначено обсяг кредиту для спеціальностей «Лікувальна справа», «Педіатрія»,

«Медико-профілактична справа», «Медична психологія», «Стоматологія» обсягом 30 годин. Важливим здобутком є уніфікація обсягу річного навантаження студентів (60 кредитів), що мало б відповідати 360 кредитам для підготовки фахівців за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа», «Медична психологія» та 300 кредитам за спеціальностями «Стоматологія», «Фармація». Сьогодні запроваджено також індивідуальний навчальний план студента, додаток до диплома європейського зразка з структурованою інформацією про результати навчання конкретної особи. Ще однією важливою характеристикою медичної університетської освіти є запровадження зовнішнього оцінювання «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при МОЗ України» здобувачів вищої медичної та фармацевтичної освіти під час складання ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1» та «Крок 2» як елементів державної атестації [405, с. 202–211].

Зміст медичної освіти на початку ХХІ століття в Україні, а також обсяг годин на вивчення дисциплін гуманітарного та соціально-економічного циклу, що забезпечують засвоєння професійної етики та формування професійно-етичної компетентності, було змінено у зв'язку оприлюдненням наказу МОН України № 1392 від 25.11.2014 року. Цей документ скасував чинність наказу МОН України від 09.07.2009 року № 642 «Про організацію вивчення гуманітарних дисциплін за вільним вибором студента». У зв'язку з цим у навчальних планах підготовки фахівців за спеціальностями «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа», «Медична психологія», «Стоматологія», «Фармація» було змінено співвідношення обсягів вивчення дисциплін гуманітарного та соціально-економічного циклу, природничо-наукового та циклу професійної підготовки. Наказ МОН України від 09.07.2009 року № 642 «Про організацію вивчення гуманітарних дисциплін за вільним вибором студента» зобов'язував у навчальних планах підготовки відводити на вивчення дисциплін циклу гуманітарного та соціально-економічного циклу близько 24 кредитів (+/- 2). Такий обсяг годин був більший на третину порівняно з обсягом, що відведений на цей цикл дисциплін,

наприклад, у Варшавському медичному університеті. Порівняння обсягів навчального навантаження за циклами підготовки та спеціальностями в Україні (відповідно до типових навчальних планів МОЗ України 2010 року), а також Німеччини (Університет Отто фон Гуеріке Магдебург) та Польщі (Варшавський медичний університет) наведено в таблиці 2.1.

Однак після 2014 року відбувся перерозподіл навантаження за циклами підготовки, при цьому суттєво зменшено обсяг навчальних дисциплін циклу гуманітарної та соціально-економічної підготовки (з 25,5 до 15 кредитів), але збільшився, хоч і не суттєво, цикл природничо-наукової підготовки (з 85 до 86,5 кредитів). Так, наприклад, на вивчення навчальної дисципліни «Основи біоетики та біобезпеки» у навчальному плані (уведений у 2015 році) підготовки спеціалістів за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» в Буковинському державному медичному університеті відводиться 1,5 кредити. У свою чергу в навчальному плані, введеному в дію у 2010 році, на вивчення дисциплін морально-етичного спрямування відводилося на 1 кредит більше.

**Орієнтовні обсяги годин у кредитах ЄКТС на вивчення дисциплін за циклами підготовки спеціальності «Лікувальна справа» в Україні (типові навчальні плани МОЗ України 2010 року), у Німеччині (Університет Отто фон Гуеріке Магдебург) та Польщі (Варшавський медичний університет)**

<b>Цикли дисциплін</b>	<b>Україна</b> (Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця)	<b>Німеччина</b> (Університет Отто фон Гуеріке, Магдебург)	<b>Польща</b> (Варшавський медичний університет)
Цикл гуманітарної та соціально-економічної підготовки	25,5	14	15
Цикл природничо-наукової підготовки	85	112	101
Цикл професійної підготовки (в т.ч. виробнича практика)	261,5	260	256

Деякі зміни відбулися також і щодо обсягів аудиторного навантаження студентів, відповідно до вимог ЄКТС. Узагальнення нині чинних навчальних планів (2016–2017 навчальний рік) дозволяють констатувати, що аудиторне навантаження студентів становить 50 % від загальної кількості годин з навчальних дисциплін. У скорегованих навчальних планах підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «Спеціаліст» у медичних університетах України з 2015 року цей показник врегульовано та зменшено порівняно зі станом на 2010 рік.

Необхідно зазначити, що аудиторне навантаження студентів медичних університетів України дещо перевищує аналогічне у студентів європейських медичних навчальних закладів на кожному курсі та загалом впродовж шести років навчання. Так, наприклад, у Варшавському медичному університеті загальне навчальне навантаження за 6 років навчання становить 5 164 години, тоді як у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова воно становить 5 500 годин. Однак, як свідчать результати дослідження, аудиторне

навантаження у вітчизняних медичних ВНЗ узгоджено з вимогами Директиви Європейського Союзу щодо визнання професійних кваліфікацій від 2005 року (№ 2005/36/ЄС), відповідно до якої тривалість очної базової (додипломної) підготовки лікарів має становити не менше 5 500 годин теоретичної та практичної підготовки на базі ВНЗ. Саме тому максимально усунуто ризик щотижневого перевантаження студентів та створено передумови до успішного опанування навчальних дисциплін, зменшено ризики відрахування за академічну неуспішність [405, с. 202–211].

Щодо освітніх програм вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів (ВМ(Ф)НЗ) України, які нині затверджено відповідно до Закону України «Про вищу освіту», слід зазначити, що передбачено їх перегляд відповідно до переліку компетентностей випускника, нормативного змісту підготовки, сформульованого як результати навчання. Очевидно, що потребують також перегляду й форми атестації та вимоги до системи внутрішнього забезпечення якості освіти.

Серед широкого переліку компетентностей, які формуються у випускників ВМ(Ф)НЗ України, для нас представляє інтерес професійно-етична. Результати аналізу освітніх програм та навчальних планів свідчать про те, що формуванню цієї компетентності сприяє вивчення соціально-гуманітарних і природничо-наукових дисциплін («Етика», «Філософія», «Історія України та української культури», «Безпеки життєдіяльності», «Основи біоетики та біобезпеки»), а також курсів за вибором («Естетика», «Релігієзнавство», «Соціологія та медична соціологія», «Основи економічних теорій» тощо).

У свою чергу, «Етика» як навчальна дисципліна предметно інтегрується з дисциплінами, які забезпечують подальшу гуманітарну й природничо-наукову підготовку студентів-медиків, зокрема такими, як «Логіка. Формальна логіка», «Етичні проблеми в медицині», «Теорія пізнання та медицина», «Основи християнської етики та моралі» та ін.

Необхідно зазначити, що вивчення цих навчальних дисциплін відіграє важливу роль у гуманітарній освіті сучасного лікаря, оскільки вони виконують

триєдине призначення: описати, пояснити і навчити моралі та етичній поведінці. В умовах сучасного суспільства, яке характеризується не тільки технологічними та соціально-політичними успіхами, помітні й інші тенденції – зростання й загострення проблем, безпосередньо або опосередковано пов'язаних із падінням рівня моральності суспільства: автоматизація та відчуження людей один від одного, війни, тероризм, екологічна криза, бідність тощо. Саме тому зростає роль етики як в розробленні теоретичних проблем соціального життя, так і щодо вирішення буденних життєвих завдань.

Наприклад, програму навчальної дисципліни «Етика» складено відповідно до Стандарту вищої освіти України додипломної підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 «Медицина» (термін навчання становить 6 років). Навчальна дисципліна «Етика» складається з одного змістовного модуля, а її вивчення передбачено протягом 1-2 семестрів 1 року навчання. Предметом цієї навчальної дисципліни є мораль як індивідуальний та соціальний феномен. Метою викладання навчальної дисципліни «Етика» є системне засвоєння основ фундаментального та прикладного етичного знання. Цій меті підпорядковано такі завдання: прояснити місце етики в гуманітарному знанні; виявити та сформулювати моральні колізії сучасності; показати обмеженість уявлень про винятковість однієї етичної системи щодо інших та необхідність (але й межі) толерантності у ставленні до людей з іншою точкою зору; розтлумачити найсуттєвіші суспільно важливі етичні норми; проаналізувати етичний (моральний) аспект різноманітних подій особистого та суспільного життя.

Дисципліна покликана розкрити значення етичної теорії в контексті аналізу аксіологічних засад медицини, спрямувати майбутніх лікарів на виявлення зв'язку між нормами загальнолюдської, професійної та біологічної етики, допомогти сформувати у студентів-медиків здатність виявляти філософський контекст вузлових медичних проблем, що позитивно вплине не тільки на їх загальноосвітній, але й професійний рівень.

Однак необхідно зазначити, що вивчення згаданого комплексу соціально-гуманітарних і природничо-наукових дисциплін, а також курсів за вибором ще не гарантує вільного орієнтування студентів у сучасних проблемах медицини з її різноманітними морально-етичними аспектами. Формування здатності приймати правильні рішення у складних морально-етичних ситуаціях потребує ґрунтовного володіння загальною культурою, усвідомлення принципів гуманізму та загальнолюдських цінностей.

Результати аналізу навчально-методичного забезпечення дисциплін циклу природничо-наукової, гуманітарної та соціально-економічної підготовки (станом на 2016 рік) дозволяють зробити висновок, що у ВМ(Ф)НЗ України переважає лекційно-семінарська форма організації навчального процесу. Однак при цьому поширеними є методи навчання дисциплін професійно-етичного спрямування, що формують не лише перелік відокремлених знань, умінь і навичок, а професійно-етичну компетентність лікаря. Для цього використовують:

проблемний метод навчання (спрямований на формування у студентів здатностей до діалогу, вміння відстоювати свою думку;

бесіду, яка спонукає студентів міркувати, аналізувати та відтворювати здобуті знання;

метод «мікрофон», що дає можливість кожному студенту швидко, по черзі, давати відповідь на запитання чи висловити свою думку;

метод навчання «мозковий штурм», який спонукає студентів проявити уяву і творчість, допомагає знайти кілька рішень з певної теми шляхом вільного вираження думок тощо.

Використання цих та інших методів навчання згідно з вимогами стандарту в процесі вивчення соціально-гуманітарних і природничо-наукових дисциплін («Етика», «Філософія», «Історія України та української культури», «Безпека життєдіяльності», «Основи біоетики та біобезпеки», «Логіка. Формальна логіка», «Етичні проблеми в медицині», «Теорія пізнання та медицина», «Основи християнської етики та моралі»), а також курсів за вибором («Естетика», «Релігієзнавство», «Соціологія та медична соціологія», «Основи економічних



теорій» тощо) забезпечує набуття студентами *інтегральної* (здатність застосовувати отримані знання, розв'язувати складні завдання та практичні проблеми у професійній діяльності лікаря із застосуванням теорій, положень, принципів та норм гуманітарних, фундаментальних та клінічних наук в умовах інформаційності й комплексності), *загальних* (уміння формувати, впорядковувати, послідовно висловлювати свої думки; вміння функціонувати у гетерогенних групах; готовність діяти відповідно до норм моралі та етичних принципів; здатність визначати та обґрунтовувати цілі, що співвідносяться з власними цінностями та є сенсом життя; здатність співпрацювати, підтримувати взаємини з іншими людьми; вміння застосовувати теоретичні знання та набувати практичного досвіду при вирішенні життєвих та професійних завдань) і *спеціальних* (здатність до логічного, діалектичного мислення; володіння навичками дефініції етичних понять; здатність до засвоєння теоретико-методологічного базису етичної науки; здатність до послідовного відтворення розвитку історико-етичних вчень, системи практичної філософії; уміння шукати та накопичувати інформацію з етичної проблематики; здатність реферувати першоджерела та наукові публікації з етики; вміння аналізувати механізми розвитку та взаємодії природних, соціальних та культурних процесів; здатність апіорно синтезувати набуті знання з філософських дисциплін у цілісне світосприйняття та світорозуміння).

Отже, становлення і розвиток уявлень про професійну етику лікаря та його професійно-етичну компетентність у змісті вищої медичної освіти пов'язані із загальними історичними здобутками цієї професійно важливої сфери. Останнє десятиліття ХХ – початок ХХІ століття характеризується кардинальними змінами як у сфері охорони здоров'я, так і у сфері медичної освіти. Вони обумовлені реформою національної вищої медичної освіти (відхід від радянської освітньої системи) та входженням української вищої освіти в європейський і світовий освітній простір, узгодженням національних стандартів вищої медичної освіти з європейськими вимогами, а також необхідністю вирішення нових проблем медицини морально-етичного характеру. З огляду на це представляє інтерес узагальнення сучасних тенденцій підготовки до професійної діяльності лікарів у

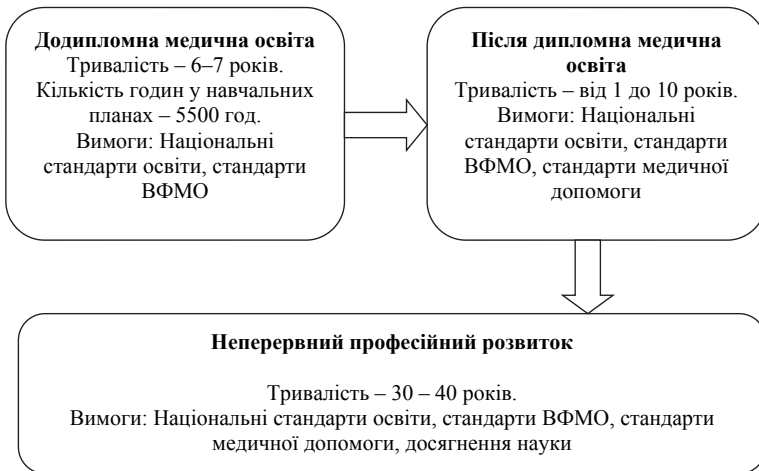
країнах з розвинутою економікою у контексті формування професійно-етичної компетентності.

## **2.2. Сучасні тенденції підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвинутою економікою в аспекті формування професійно-етичної компетентності**

Результати узагальнення інформації наукових джерел з питань медичної освіти в країнах Європи і США [283; 255; 211, с. 56–59; 104, с. 99–101] дозволяють зробити висновок про те, що система підготовки лікарів є найбільш консервативною і тривалою за часом навчання у багатьох країнах світу. Порівняльний аналіз різних національних систем підготовки лікарських кадрів свідчить про те, що повний курс навчання майбутніх лікарів у переважній більшості країн Європи, США, Центральної і Південної Америки та Індії триває 6–8 років (медична освіта у Великобританії триває 6 років, в Данії – 6,5, а в Бельгії – 7 років. У Швеції та Ірландії для отримання початкової кваліфікації обов'язковим є проходження реєстраційного навчання [478]). Після закінчення навчання випускникам, як правило, видається диплом і присвоюється лікарське звання, встановлене в певній країні (лікар, бакалавр медицини, ліценціат медицини, кандидат медицини і под.). Однак право здійснювати самостійну лікарську практику в більшості країн надається тільки після обов'язкового навчання в інтернатурі. Це пояснюється тим, що професія лікаря вимагає великого обсягу фундаментальних і спеціальних знань, умінь і навичок, оскільки від рівня підготовки лікаря залежить не тільки здоров'я, а й життя пацієнта.

Попри певну консервативність систем підготовки лікарів, швидкий розвиток нових ефективних медичних технологій, високі стандарти діагностики та лікування на рівні доказової медицини, значні витрати на надання медичної допомоги змусили країни Європи шукати шляхи реформування вищої медичної освіти. Основні принципи змін і реформ викладено в Болонській декларації та інших документах

Болонського процесу, який передбачає введення 2-х ступенів (бакалавра і магістра), впровадження системи ECTS, єдиної форми додатку до диплома, а також систем забезпечення якості підготовки майбутніх фахівців. Структуру системи медичної освіти в Європі представлено на рис. 2.1.



**Рис. 2.1 Структура системи медичної освіти в Європі**

Гармонізація переддипломної медичної освіти з європейським простором вищої освіти, започаткована Докторською директивою ЄС [476], ще триває. Цей документ формулює основні вимоги до тривалості переддипломної підготовки лікарів на медичних факультетах і визначає тривалість навчання лікарів протягом 6 років з обсягом навчального навантаження не менше 5500 годин у навчальних планах.

В освітніх програмах медичних факультетів у європейських країнах введено Європейську кредитно-трансферну систему (ECTS). Нові навчальні плани підготовки лікарів передбачають 240 кредитів ECTS упродовж 6 років навчання. Це є суттєвою відмінністю від вітчизняної системи медичної освіти [305]. Так, наприклад, навчальний план підготовки фахівців освітньо-

кваліфікаційного рівня «Спеціаліст» кваліфікації «Лікар» у вищих навчальних закладах МОЗ України за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002 «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа», що затверджений у 2015 році, складено з розрахунку 6 років навчання або 360 кредитів ЄКТС. Один навчальний рік триває 40 тижнів і містить 60 кредитів (1 тиждень – 1,5 кредити ЄКТС); 1 кредит ЄКТС становить 30 академічних годин. Навчальний рік має 1800–1960 академічних годин. Студенти проходять виробничу практику на 2, 3, 4 та 5 курсах. На вивчення навчальної дисципліни «Основи біоетики та біобезпеки» відводиться лише 1,5 кредити, що передбачає всього 45 годин, з яких аудиторних – 20, а решта 25 відведено на самостійну роботу студента.

Загалом декларується, що навчальний план побудовано на новій методології організації навчального процесу – кредитно-модульній системі, яка серед іншого передбачає відсутність у графіку навчального процесу екзаменаційних сесій, так як контроль засвоєння студентом кожного модуля навчальної дисципліни здійснюється після вивчення цього модуля (виняток – дисципліни «Основи психології, основи педагогіки», «Безпека життєдіяльності, основи охорони праці», «Основи біоетики та біобезпеки», «Медична психологія», «Медичне правознавство», «Охорона праці в галузі», курси за вибором та деякі інші, вивчення яких здійснюється відповідно до кредитно-модульної системи організації навчального процесу, а формою підсумкового контролю знань є залік [424]

Результати аналізу наукових джерел [478; 481; 482; 484; 492; 496; 510] дозволяють зробити висновок, що в європейських країнах зміст навчальних планів підготовки лікарів на етапі базової медичної освіти ґрунтується на глобальних стандартах, розроблених Всесвітньою федерацією медичної освіти (ВФМО) [282; 255; 210–211; 104]. Ці стандарти визначають основні блоки обов'язкових дисциплін (фундаментальні медико-біологічні дисципліни, поведінкові та суспільні науки, клінічні дисципліни), серед яких чільне місце належить різноманітним аспектам медичної етики. Ці або подібні блоки були і раніше при підготовці лікарів. Принципові відмінності полягають у змісті програм навчальних дисциплін і методах організації навчання. Стандарти описують моделі та методи, які

передбачають відповідальність студентів за навчання, підготовку їх до безперервного навчання протягом усього життя (безперервного професійного розвитку). Навчальні програми підготовки лікарів орієнтовані на розвиток у студентів аналітичного і критичного мислення. Так, наприклад, поведінкові та суспільні науки, медична етика за змістом орієнтовані на підготовку лікаря і забезпечують знання, вміння і навички у сфері комунікації, прийняття клінічних рішень, застосування етичних норм, роботи у складі багатопрофільних бригад тощо. Важливе значення мають також інтегровані програми. Корекція навчального плану і програм здійснюється на основі зворотного зв'язку зі студентами, з медичною практикою і системою охорони здоров'я, населенням і громадськістю.

Протягом останніх трьох десятиліть у США вивчення біоетики визнано обов'язковим компонентом медичної освіти, тоді як в Австралії такі навчальні дисципліни вивчаються порівняно недавно – не більше 18–20 років. Це певною мірою характеризує консерватизм медичних шкіл Австралії та стабільність медичних навчальних планів [508, с. 290–300].

Однак потрібно зауважити, що не лише біоетика є основою формування професійно-етичної компетентності лікарів у медичних університетах за кордоном. Неабияке значення для студентів, які присвятили себе медицині, має клятва Гіппократа, що у сучасний час трансформувалася в різних країнах у кодекси, присяги, клятви тощо і виголошується студентами – майбутніми лікарями під час їх навчання у медичних закладах вищої освіти.

Так, наприклад, у Північній Америці і Європі в 2006 році текст клятви було замінено «професійним кодексом». На думку авторів нового документа, текст, запропонований грецьким лікарем Гіппократом дві з половиною тисячі років тому, в сучасних соціальних умовах не відображає реалій сьогодення. «За часів Гіппократа не було таких важливих принципів роботи медиків, як повага до інших фахівців і право пацієнта на власний вибір. Крім того, лікарі того часу не стикалися з постійними підозрами в непрофесіоналізмі з боку суспільства, влади і журналістів» [76]. У новому тексті не згадано про вимоги щодо неучасті в абортах, хірургічне лікування нирко-кам'яної хвороби і коректне поводження з рабами.

В Ізраїлі майбутні лікарі виголошують клятву єврейського лікаря, а не клятву Гіппократа. Це пов'язано з тим, що в традиційному тексті клятви Гіппократа згадуються боги давньогрецького пантеону, що йде врозріз з іудаїзмом, за яким Бог один, і приносити клятви Його ім'ям не можна. Так як в Ізраїлі релігія не відділена від держави, в усіх єврейських медичних навчальних закладах, що готують лікарів, клятва Гіппократа не використовується. Однак потрібно зауважити, що клятва єврейського лікаря за змістом нагадує клятву Гіппократа, але відрізняється деякими несуттєвими деталями, наприклад, посиланнями на різних богів (додаток В).

Результати аналізу наукових джерел дозволяють зробити висновок про те, що у деяких країнах традиційна клятва Гіппократа, яку вивчають студенти в медичних університетах, суперечить вимогам частини суспільства або певним гілкам влади, а також морально-етичним переконанням медичних працівників. Так, наприклад, у засобах масової інформації все частіше обговорюється можливість узаконити евтаназію, що суперечить традиційній клятві Гіппократа. Ще один приклад стосується дії присяги лікаря на території США. Йдеться про те, що судовий прецедент, заснований на Законі про національну безпеку (Homeland Security Act), введеному і дію 25 листопада 2002 року після нападів 11 вересня та інших терористичних актів), обмежує її дію. Вердикт, що його виніс суддя окружного суду Нью-Йорка Л. Преск, фактично забороняє надання медичної допомоги особам, запідозреним у тероризмі. Відповідно до цього прецеденту, лікарську допомогу терористам і потенційним терористам визнано незаконною допомогою, тому вона є кримінально караною.

Разом з тим у медичних університетах США вивченню і дослідженню морально-етичних проблем приділяється досить велика увага. Американські вчені Т. Бошам і Дж. Чайлдресс запропонували чотири основні принципи сучасної медичної етики. Йдеться про принципи автономії, справедливості, принцип блага для пацієнта, а також принцип «не нашкодь».

Ці принципи вважаються центральними в біоетиці. Принцип автономії полягає в повазі людини як особистості, у визнанні права на її вільний вибір і право приймати рішення стосовно фізичного, психічного і соціального благополуччя. Цей

принцип стає основним у медичній етиці лише в кінці ХХ століття, коли остаточне рішення про те, що є благом для пацієнта, приймає не лікар, а пацієнт. На практиці принцип автономії доповнюється правилом інформованої згоди. Це правило передбачає, що пацієнт добровільно і свідомо дає дозвіл на медичне втручання в своє життя. Згода пацієнта ґрунтується на розумінні відповідної інформації, яку надає лікар-професіонал.

В основі принципу блага для пацієнта лежать обов'язки лікаря зцілювати пацієнтів. Для практичної реалізації принципу важливим є моральний компонент, що полягає в альтруїзмі лікаря, високій відповідальності за те, щоб пацієнтові стало краще, любові до своєї справи.

Принцип «не нашкодь» зобов'язує лікаря запобігти можливій шкоді пацієнтові, оскільки в медицині вірогідність виникнення побічних несприятливих ефектів дуже висока. В останні десятиліття значимість цього принципу суттєво збільшилася. Це пов'язано з тим, що висока технічна оснащеність сучасної медицини відкриває унікальні можливості глибокого проникнення в соматичну і психічну сферу пацієнта. Це дозволяє точно діагностувати і успішно лікувати конкретну патологію в конкретному органі. Однак навколо цього виникає низка проблем, пов'язаних з побічними несприятливими ефектами, на кшталт ятрогенних захворювань.

Принцип справедливості завершує етичну систему принципів біоетики. Цей принцип набуває особливої актуальності в сучасних умовах, коли пропонуються ефективні, але дуже дорогі медичні послуги і тому недоступні багатьом пацієнтам. З позицій справедливості слід розглядати і програми охорони здоров'я, спрямовані на надання допомоги лише окремим групам населення.

Результати аналізу наукових джерел дозволяють зробити висновок, що із застосуванням нових біомедичних технологій у багатьох випадках рішення моральних дилем у рамках традиційної медичної етики стає неможливим. З огляду на це у 60–70 роки ХХ століття формується новий міждисциплінарний напрямок – біоетика як етика життя. Біоетикою позначають «систематичний аналіз дій людини в біології та медицині в світлі моральних цінностей та принципів» [171, с. 36].

Загалом біоетику можна визначити як певний простір діалогу, де представники медицини, науковий світ, релігійні та громадські діячі намагаються етично осмислити прогрес медицини, що особливо актуально у наш час. Суть біоетики – захист свободи і гідності людини. Цією вимогою нерідко нехтують або порушують при використанні сучасних біотехнологій.

Термін «біоетика» («bioethics») ужив Фрітц Яр (Fritz Jahr) у 1927 році. У 1969 році цей термін згадував американський онколог і біохімік В. Поттер для позначення етичних проблем, пов'язаних з потенційною небезпекою для виживання людства в сучасному світі. Першу згадку терміна в медичному журналі відносять до 1971 року [456].

У цьому контексті необхідно зазначити, що студенти медичних шкіл і університетів США вивчають досить широке коло проблем, пов'язаних з біоетикою. Йдеться про відносини лікаря і пацієнта, їхні права і моделі взаємин, лікарську таємницю, проблеми абортів, стерилізації, застосування нових репродуктивних технологій і под., право на смерть (активна і пасивна евтаназія, самогубство), медико-біологічні експерименти на людях, генно-інженерні технології, трансплантація систем і органів, права душевнохворих, аналіз концепцій соціальної справедливості й визначення політики в галузі охорони здоров'я, моральні аспекти проведення експериментів на тваринах.

Загалом необхідно зазначити, що у США немає чіткої національної системи вищої медичної освіти, а діє так звана триступенева система вищої школи [199]. Стосовно медичної освіти ця система складається з дворічних медичних коледжів, у яких поряд з загальноосвітньою підготовкою набувають домедичну освіту; чотирирічних медичних коледжів, які надають середню спеціальну медичну освіту, та медичних закладів вищої освіти – медичних шкіл, у яких здійснюється додипломна медична освіта. Така багатоступенева система дає можливість коригувати подальше навчання студентів стосовно професійної орієнтації з урахуванням їх інтересів, здібностей і можливостей.

У контексті формування професійно-етичної компетентності заслуговує на увагу те, що нині у переважній більшості медичних шкіл США поширений



системний метод викладання. Його суть полягає в тому, що студенти-медики вивчають не окремі дисципліни (анатомію, гістологію, фізіологію, патологію, біоетику, біохімію, пропедевтику і под.), а окремі органи і функціональні системи організму комплексно в морфофункціональному і семіотичному аспектах за нормальних чи патологічних умов [520, с. 27–42].

У зв'язку з цим у багатьох медичних школах замість кафедр створено міждисциплінарні групи навчання в рамках спеціальності – так зване «академічне товариство викладачів і студентів» [464, с. 125]. На відміну від кафедральної структури, при якій важко досягти справжньої інтеграції, в рамках академічного товариства викладачі викладають дисципліни, які входять в групу. При цьому весь комплекс дисциплін зорієнтований відповідно до конкретної спеціальності. Введення системного методу викладання стало причиною важливих змін в організації навчального процесу і зумовило розроблення принципово нових, інтегрованих навчальних програм. Саме тому в медичних закладах вищої освіти США немає єдиної програми навчання. Різні медичні школи відрізняються не тільки кількістю навчальних дисциплін, а й співвідношенням обов'язкових і факультативних дисциплін, кількістю навчальних годин, які відводяться на вивчення тих чи інших дисциплін, а також формами навчання.

Велике значення для формування етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних школах США належить проблемному навчання, чому сприяє його індивідуалізація й активне самонавчання – самостійна робота студентів [527, с. 80–84]. Практика проведення іспитів також представляє інтерес, бо є різною як в окремих медичних школах, так і на різних етапах навчання. Наприклад, під час доклінічної підготовки найчастіше практикуються письмові іспити, які проводяться іноді у формі тестів множинного вибору. Такі тести спрямовані на виявлення ступеня оволодіння основними професійними знаннями і вміннями. При цьому тест має апарат, який дає можливість студенту переконалися в правильності оцінки [532, с. 7–25]. У деяких медичних школах ці іспити доповнюються перевіркою практичних умінь студентів працювати в лабораторіях. Під час клінічної підготовки в більшості медичних шкіл, поряд з проведенням формальних письмових або усних

іспитів, провідна роль в оцінці оволодіння дисциплінами належить відгукам викладачів про результати щоденної роботи студентів у клініках безпосередньо біля ліжка хворого [490, с. 9–14].

Щодо медичної освіти в країнах Європи, то порівняння різних підходів і різних структур медичної освіти дозволяє виділити три основні фази або цикли навчання – доклінічну, теоретико-клінічну і практичну. Останні дві фази можуть бути (або не бути) роз'єднані в часі. Як правило, тривалість базової медичної освіти, що завершується присвоєнням початкової кваліфікації, у країнах Європи, за деякими винятками, становить 6 років. Наприклад, медична освіта, як було зазначено у підрозділі 2.1, у Великобританії триває 6 років, в Данії – 6,5, а в Бельгії – 7 років. У Швеції та Ірландії для отримання початкової кваліфікації передбачено проходження реєстраційного навчання [478]. Однак найбільш типовою для європейських країн можна вважати структуру медичної освіти Німеччини [467]. У цій країні на 2010 рік функціонувало 36 медичних факультетів, які, як правило, є частиною університетів. Контроль за сферою охорони здоров'я покладено на державні структури, зокрема на Міністерство у справах сім'ї, людей похилого віку, жінок та молоді, а також та систему урядів шістнадцяти Федеральних Земель з відповідними органами охорони здоров'я. Міністерство у справах сім'ї, людей похилого віку, жінок та молоді контролює також освіту фахівців сфери охорони здоров'я.

Мінімальна обов'язкова тривалість медичного навчання в Німеччині – 6 років, в тому числі 2 роки доклінічного навчання і 4 роки клінічного навчання (1 рік – клінічне теоретичне навчання, 2 роки – клінічне практичне навчання, 1 рік – клінічний тренінг). Після навчання протягом 6 років в освітній установі необхідно відпрацювати практику (щонайменше 18 місяців) в акредитованому госпіталі. Зміст доклінічної та клінічної фаз підготовки регламентується і є обов'язковим. На додаток до обов'язкових дисциплін студентам надається систематична можливість прослуховувати додаткові необов'язкові лекції.

Кожна фаза завершується державним іспитом – доклінічним іспитом, який приймає відповідна Федеральна екзаменаційна рада після успішного проходження

всіх обов'язкових предметів протягом 4 семестрів. Іспит складається з письмового тесту із завданнями множинного вибору, усної частини і трьох клінічних іспитів.

У Великобританії національна система медичної освіти суттєво відрізняється від інших країн [59; 374]. Так звана «британська система професійної лікарської підготовки» в організаційному плані має досить складну багатоступеневу структуру і загалом слугує для післядипломної професійної підготовки (спеціалізації) лікарів. Так, наприклад, особа, яка закінчила медичний факультет університету і успішно склала випускні іспити, отримує лікарський диплом з одночасним присвоєнням університетського ступеня бакалавра медицини і бакалавра хірургії [499, с. 1–26]. Отримання цього ступеня є підставою для подальшої реєстрації у Генеральній медичній раді й внесення прізвища власника диплома в Державний медичний реєстр для отримання тимчасового дозволу на лікарську практику. Право видання аналогічних дипломів і присвоєння відповідних ступенів, крім університетів, мають також деякі медичні організації: Лондонська королівська колегія лікарів загальної практики, Англійська королівська колегія хірургів, Единбурзька колегія лікарів і хірургів.

З 1964 року у Великобританії введено обов'язкове стажування всіх лікарів, які закінчили вищі медичні школи тривалістю один рік як ординатори-інтерни або ординатори-резиденти в одній із спеціально призначених для таких навчальних цілей лікарень. Протягом цього так званого «дореєстраційного» року лікарі проходять підготовку з внутрішньої медицини і хірургії тривалістю 6 місяців. Лише після закінчення стажування в інтернатурі лікарі мають право пройти повну реєстрацію в Генеральній медичній Раді й отримати юридичне право на самостійну діяльність як лікарі загальної практики.

Результати аналізу наукових джерел з проблеми дослідження [317–318; 539; 540] дозволяють зробити висновок, що для формування у студентів здатності до професійної діяльності на засадах етичної поведінки під час навчання на медичних факультетах університетів у Великій Британії використовують різні методи, зокрема метод PBL (small group teaching method – метод навчання у малих групах). Він передбачає дискусії та інші форми активного критичного засвоєння знань.

Групове засвоєння знань сприяє не тільки процесу запам'ятовування, а й набуттю комунікативних навичок, формує уміння працювати в команді, розв'язувати конкретні практичні проблеми та нести особисту відповідальність за процес і результати навчання, вміння повідомляти необхідну інформацію один одному, повагу до інших тощо [538, с. 495–502]. Презентація клінічного матеріалу як стимулу до навчання дає змогу студентам зрозуміти значення базових академічних знань і принципів клінічної практики у поєднанні із правилами лікарської етики [537, с. 328]. Загалом потрібно відзначити, що метод PBL (small group teaching method – метод навчання у малих групах) є традиційним для британської системи освіти, одним з основних для тьюторського навчання (передбачає роботу тьютора з групою від 6 до 8 студентів) [530]. Для підвищення ефективності метод проблемного навчання застосовують в поєднанні з іншими методами, типовими для лекційно-семінарської форми навчання. Такий підхід британські вчені визначають як змішані методи навчання (mixed teaching methods). За такої організації освітнього процесу кількість лекційних занять скорочується до мінімуму, а перевага надається тим формам засвоєння знань, у яких навчальна активність студентів може досягти максимуму [539, с. 328–329]. Проблемне навчання передбачає високий рівень базової підготовки, високу мотивацію студентів-медиків та, відповідно, грамотного сучасного викладача, який досконало володіє теорією і практикою медичної справи, а також має високий рівень педагогічної підготовки. Застосування методів проблемного навчання у професійній підготовці лікарів висуває нові вимоги до тьюторів і покладає на них функції не тих, хто повідомляє інформацію, а й тих, хто може навчати [539, с. 330]. Навчальна робота студентів у малих групах – це командне навчання, що передбачає командний розвиток (staff development), формування здатності до роботи у складі груп. При цьому на тьюторів покладається обов'язок пояснювати студентам медичних факультетах університетів освітню стратегію та особливості освітньої програми за відповідною спеціальністю, методи і критерії оцінювання тощо [510].

Загалом необхідно зазначити, що на медичних факультетах університетів у Великій Британії особливе значення приділяється самостійній роботі студентів, яка

охоплює і наукову діяльність. Однією з відмінних рис медичної освіти Великої Британії є пріоритетна роль індивідуалізації підготовки студентів і максимальна активізація їх пізнавальної активності за допомогою імітаційно-ігрових методів навчання (ділових ігор та рольового ігрового моделювання).

Ще однією з відмінних рис медичної освіти Великої Британії є запрошення для освітньої діяльності (читання лекцій, проведення практичних занять, навчальних дискусій тощо) відомих учених, теоретиків і провідних практиків, що працюють у медичній або суміжних галузях. Такий формат навчальної діяльності сприяє розвитку творчого професійного мислення студентів, оскільки досвідчені вчені, практики або теоретики можуть бути експертами або консультантами в самостійній роботі студентів [46, с. 66–67].

Крім того, у Великій Британії приділяється значна увага підвищенню якості підготовки майбутніх лікарів. Одним із реальних кроків у цьому напрямі є зменшення чисельності навчальних груп від доклінічного періоду навчання (у Великій Британії 1 викладач працює з 8 студентами) до клінічного періоду (1 викладач – на 5–6 студентів) [46, с. 66–67].

Заслугує на увагу також система вищої медичної освіти Австрії. У цій країні, як і в інших країнах Європейського Союзу, система медичної освіти охоплює три послідовні, нерозривно пов'язані між собою етапи, кожен з яких є основою для наступного та забезпечує якісно новий рівень підготовки медичних кадрів – додипломну медичну освіту, післядипломну медичну освіту та безперервну професійну освіту [254, с. 149]. Перший етап – додипломна медична освіта передбачає засвоєння студентами системи медико-теоретичних і професійно-етичних знань, формування клінічно-практичних умінь і навичок та удосконалення їх особистісних якостей як основи післядипломної медичної освіти та передумови успішного професійного життя. Підготовка лікарів на додипломному етапі здійснюється у медичних навчальних закладах Відня, Інсбрука, Граца, які з 2002 року отримали офіційний статус окремих спеціалізованих університетів, відображає загальну медичну підготовку лікарів за різними спеціальностями. Зміст та особливості організації додипломної підготовки лікаря відображено у

навчальних планах цих закладів, що побудовані за методологією кредитно-модульної системи [254, с. 149–150]. Навчальні плани додипломної медичної освіти австрійських медичних університетів (додаток Д) складено з розрахунку на 360 кредитів ECTS. Вони передбачають структурування дисциплін за модульною системою з урахуванням принципу міждисциплінарної інтеграції, що особливо важливо для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, оскільки ця компетентність передбачає не лише наявність знань про організм людини як цілісної системи, її нормальні і патологічні функціональні стани тощо, так і комплексне вивчення морально-етичних аспектів діяльності лікаря [478]. Особливості організації освітнього процесу в медичних навчальних закладах пов'язані також із специфікою структури медичної науки як системи знань про людський організм у стані норми та патології [254, с. 149–150]. З огляду на це близько 40 фахових галузей медичної науки класифікують у три групи навчальних дисциплін: доклінічні (теоретичні), клінічно-теоретичні та клінічні. До доклінічних дисциплін, які становлять теоретичну основу клінічно-теоретичних та клінічних, відносяться анатомія, фізіологія, біохімія, клітинна біологія, медична біометрія, медична соціологія, медична інформатика, біоетика та ін. Клінічно-теоретичні науки слугують основою догляду за пацієнтами та включають гігієну, епідеміологію, вірусологію, паразитологію, медичну імунологію тощо. Клінічні дисципліни передбачають безпосереднє лікування хворих та передбачають вивчення хірургії, ортопедії, внутрішньої медицини, неврології, дерматології, психіатрії, офтальмології, отоларингології та ін. [466; 477]. Відповідно до такої структуризації медичних знань додипломна медична освіта відображає триступеневу систему підготовки медичних кадрів, яка передбачає загальнотеоретичну медичну підготовку, теоретико-практичну професійну підготовку та клінічну підготовку.

Загальнотеоретична медична підготовка передбачає необхідність професійної орієнтації студентів-першокурсників та їх загальне ознайомлення із основами медичної науки, етики професійної діяльності під час лекційно-семинарських форм організації освітнього процесу, а також практикумів. Мета

цього етапу медичної підготовки – формування вмій і навичок надання невідкладної медичної допомоги через вивчення системи змістовних модулів, зокрема, таких як «Вступ до медицини», «Медична деонтологія», «Від молекули до клітини», «Організм людини» та ін. Тривалість загальної медичної підготовки в медичних університетах становить 60 кредитів ECTS.

Другий етап – теоретико-практична професійна підготовка майбутніх лікарів має на меті поглиблене вивчення теоретичних дисциплін і оволодіння клінічно-теоретичними медичними знаннями, уміннями і навичками. Для цього передбачено вивчення таких модулів, як «Патології: причини та форми», «Клінічна фармакологія», «Терапевтична інтервенція», «Медична етика» тощо. Результатом навчання є набуття навичок надавати медичну допомогу, доглядати за хворими, а також психологічна адаптація до специфічних умов медичної практики. Основою освітнього процесу є лекційні та семінарські заняття, а також практика. Варто зазначити, що на сучасному етапі розвитку медичної освіти в Австрії помітна тенденція до поглиблення інтеграції доклінічної (теоретичної), теоретико-практичної та клінічної підготовки студентів-медиків з метою поступового переходу від здобуття теоретичних знань до безпосереднього клінічного навчання, наступності й послідовності навчального процесу [254, с. 149–150].

Результати аналізу наукових джерел з проблеми дослідження дозволяють зробити висновок, що у змісті підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвиненою економікою в контексті формування професійно-етичної компетентності враховано наукові соціально-медичні дослідження з проблем здоров'я людини. За кількістю таких досліджень першість тримає США. Тут функціонують різноманітні національні інститути здоров'я, медичні школи при університетах, у складі яких є і спеціальні підрозділи для вивчення соціальної медицини, етичних проблем діяльності лікарів, управління та організації роботи медичних закладів. Наукові дослідження проводять численні наукові товариства та асоціації (Американська медична асоціація, Американська асоціація громадської охорони здоров'я).

Франція має Національний інститут охорони здоров'я та медичних досліджень, що вивчає проблеми біоетики, епідеміології, статистики, дослідження операцій, економіки охорони здоров'я, охорони материнства та дитинства, геронтології.

Провідну роль у ФРН щодо вивчення проблем охорони здоров'я займає Федеральне бюро охорони громадського здоров'я. Бюро складається із 4-х спеціалізованих інститутів, у тому числі інституту соціальної медицини та епідеміології. Останній має три відділи: соціальної медицини, епідеміології та діагностичної техніки. У ФРН діє також інститут із вивчення лікарняної справи та біоетики.

Отже, у підрозділі представлено основні та найбільш типові тенденції підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвинутою економікою на сучасному етапі у контексті формування професійно-етичної компетентності. Серед них можна виділити тривалість навчання майбутніх лікарів, яка у переважній більшості країн Європи і США становить 6–7 років. Реформування вищої медичної освіти відбувається з урахуванням принципів, викладених у Болонській декларації та інших документах Болонського процесу, який передбачає введення 2-х ступенів (бакалавра і магістра), впровадження системи ECTS, єдиної форми додатка до диплома тощо. Серед основних вимог Болонського процесу, що діють на сьогодні на практиці, – тривалість навчання лікарів протягом 6 років з обсягом навчального навантаження не менше 5500 годин у навчальних планах. У європейських країнах в освітніх програмах медичних факультетів урахувано також вимоги Європейської кредитно-трансферної системи (ECTS).

Навчальні програми підготовки лікарів орієнтовані на розвиток у студентів аналітичного і критичного мислення, а поведінкові та суспільні науки, медична етика, біоетика забезпечують знання, вміння і навички у сфері комунікації, прийняття клінічних рішень, застосування етичних норм, роботи у складі багатопрофільних бригад тощо. Важливу роль у навчанні відіграють інтегровані програми. Протягом останніх десятиліть вивчення біоетики визнано обов'язковим компонентом медичної освіти. Окрім цього, в контексті формування професійно-



етичної компетентності неабияке значення для студентів, які присвятили себе медицині, має клятва Гіппократа, що у сучасний час трансформувалася в різних країнах у кодекси, присяги, клятви тощо.

### **2.3. Морально-етичний контекст професійної діяльності лікарів у зонах збройних конфліктів і громадських заворушень**

Права людини на здоров'я та отримання медичної допомоги гарантуються низкою нормативних міжнародних документів. Їх дотримання має бути обов'язковим за будь-яких умов, навіть під час збройних конфліктів і громадських заворушень. Громадяни, які перебувають у зоні конфлікту, вразливі незалежно від їхнього статусу чи виду діяльності. З огляду на це рівень доступу до медичної допомоги є вирішальним для збереження здоров'я та життя кожній людині, що перебуває в зоні збройного конфлікту [448].

Згідно з Клятвою лікаря [479], затвердженою Всесвітньою медичною асоціацією, лікар зобов'язується присвятити своє життя служінню людству, а здоров'я пацієнта є його головною турботою. Ця присяга зобов'язує не використовувати медичних знань для порушення прав людини та громадянських свобод за жодних умов [479].

Результати аналізу міжнародних правових документів у галузі прав людини (Міжнародного пакту про громадянські та політичні права [291], Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права [292] та Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведінки і покарання [226]) дозволяють зробити висновок про те, що одним з основних етичних принципів діяльності лікарів під час збройних конфліктів і громадських заворушень є нейтралітет лікарів.

Основною складовою цього етичного принципу нейтралітету медичних працівників є неперешкоджання діяльності медичних працівників під час надання

медичної допомоги та лікування хворих і поранених у ситуації громадських заворушень чи збройних конфліктів [448]

Результати аналізу наукових джерел [342; 492; 533] дозволяють зробити висновок, що поняття «медичний нейтралітет» є певною соціальною домовленістю, яка зобов'язує суспільство захищати медичний персонал як у мирний час, так і під час війни, а медичний персонал – надавати медичну допомогу всім людям, незалежно від релігії, раси, етнічного походження чи політичних уподобань. Медичний нейтралітет передбачає також невтручання будь-кого у процес надання медичної допомоги (особам, що її потребують – військовим, цивільному населенню) у мирний час, під час збройних конфліктів або громадських заворушень. Відповідно до положень Женевської конвенції і Міжнародної клятви лікаря [343], медичні працівники повинні мати можливість піклуватись про хворих або поранених незалежно від їхніх політичних уподобань. Концепцію медичного нейтралітету розроблено на основі міжнародного гуманітарного права, права прав людини (International Human Rights Law) і медичної етики [463]. Серед основних принципів медичного нейтралітету необхідно звернути увагу на:

захист медичного персоналу, пацієнтів лікарень та медичних транспортних засобів від нападів або від незаконного втручання;

вільний доступ до медичної допомоги, зокрема лікування;

гуманне ставлення до усього цивільного населення;

відсутність дискримінації при лікуванні хворих чи поранених.

Медичний нейтралітет порушується, коли медичні працівники, заклади охорони здоров'я чи пацієнти зазнають нападу чи коли медичним працівникам заборонено надавати медичну допомогу. Результати аналізу наукових публікацій [403; 433; 516] та оприлюдненого емпіричного досвіду [284] дозволяють зробити висновок про те, що основними порушеннями медичного нейтралітету є напади на лікарні, на пацієнтів і на медичний персонал; напади на медичний транспорт; порушення правил медичної етики медперсоналом; навмисне блокування доступу до медичного лікування та поставок; покарання медпрацівників за надання

медичної допомоги тому, хто її потребує; руйнування закладів охорони здоров'я, медичної документації тощо.

Ці неправомірні дії мають різновекторний вплив, адже, з одного боку, порушують права медичного працівника, а з іншого – здійснюється тиск на населення загалом і на осіб, які потребують медичної допомоги, оскільки їхнє життя і здоров'я опиняється під загрозою. Загалом концепція медичного нейтралітету передбачає, що медичний персонал, призначений для виконання медичних обов'язків, повинен користуватись повагою і захистом за будь-яких обставин. Із цього випливає, що захист медичного персоналу не є особистою пільгою, а радше випливає з поваги і захисту, яка має належати пораненим і хворим, з якими за будь-яких обставин треба поводитись гуманно. Отож, суть концепції полягає у тому, що медичний нейтралітет захищає сам процес надання медичної допомоги, а також тих, хто її отримує, і тих, хто її надає.

Результати аналізу світового досвіду свідчать про те, що концепцію медичного нейтралітету деякі країни намагаються імплементувати у національне законодавство. Так, наприклад, у США є проект закону «Про захист медичного нейтралітету», метою якого є його забезпечення та сприяння притягненню до відповідальності за порушення принципу медичного нейтралітету. Однак у багатьох країнах світу, де тривають збройні конфлікти або громадянські заворушення (Сирія, Туреччина, Бахрейн, Лівія, Косово, Ірак, Афганістан, Південний Судан), фіксуються ситуації порушень нейтралітету лікарів, що завдає шкоди не лише професіоналам, а й пацієнтам.

У контексті змісту професійно-етичної компетентності сучасного лікаря, який перебуває в зоні збройного конфлікту, необхідно зазначити, що професійна діяльність у таких умовах характеризується надзвичайною складністю, оскільки супроводжується постійними вибухами та обстрілами. Це психологічно накладає додаткове навантаження на медичний персонал, якого у ситуаціях воєнних дій, як правило, недостатньо. За таких обставин навіть незначні травми чи рани можуть спричинити серйозну шкоду здоров'ю або навіть смерть, якщо не буде надано вчасної медичної допомоги. Окрім того, медичний працівник, відповідно до

морально деонтологічних принципів, повинен допомогти всім постраждалим, незалежно від їхньої уніформи чи статусу. Женевська конвенція (ст. 4) закріплює однозначне зобов'язання надавати медичну допомогу всім солдатам без винятку (в тому числі й противника) [488].

Результати дослідження змісту професійно-етичної компетентності лікарів у зонах збройних конфліктів і громадських заворушень дозволяють зробити висновок, що перелік прав та обов'язків медичних працівників як учасників гуманітарних медичних місій представлено у додатку Резолюції щодо захисту гуманітарних медичних місій, яку прийняла Парламентська асамблея Ради Європи в 1988 році [518]. Відповідно до Резолюції, медичні працівники мають право на повагу та захист; заборону на покарання та утиски за надання медичної допомоги тим, хто її потребує під час збройних конфліктів; доступ до всіх місць, де потрібна медична допомога; право не надавати інформацію щодо пацієнтів, окрім інформації щодо інфекційних захворювань; право на звільнення і репатріацію без затримки у випадку арешту.

Крім прав, кожен медичний працівник, що виконує місію у зонах збройних конфліктів або громадських заворушень, повинен знати перелік своїх обов'язків, визнаних Резолюцією Ради Європи [518]. Йдеться про обов'язкове дотримання правил медичної етики; надання допомоги на засадах медичних критеріїв гуманітарного характеру тим, хто її потребує; дотримання побажань осіб, які отримують лікування; діяльність на засадах компетентності та неупередженості.

Результати вивчення досвіду надання лікарями медичної допомоги в «гарячих» точках [79; 167; 358; 484] дозволяють зробити висновок про те, що питання професійної етики в умовах збройних конфліктів є дуже непростим щодо регламентації і реалізації, оскільки дотримання етичних професійних стандартів є обов'язком медичних працівників. Ключовою позицією Всесвітньої медичної асоціації (ВМА) є те, що медична етика під час збройного конфлікту повинна бути ідентичною медичній етиці в мирний час, тобто відповідати Міжнародному кодексу медичної етики ВМА. За умов виникнення протиріч при виконанні своїх професійних обов'язків лікарі повинні керуватись першочерговістю їхнього

обов'язку перед пацієнтами. Здійснюючи свою професійну діяльність, лікарі повинні дотримуватись положень міжнародних конвенцій з прав людини, міжнародного гуманітарного права і декларацій ВМА з медичної етики [448].

Дотримуватись професійної етики з метою збереження повної незалежності від будь-яких політичних, релігійних та економічних сил зобов'язані добровольці й штатні співробітники незалежної міжнародної медичної гуманітарної організації «Лікарі без кордонів» (Medecins sans frontiers, MSF), Лауреат Нобелівської премії миру 1999 року за гуманітарну діяльність і допомогу постраждалим під час збройних конфліктів від природних, техногенних катастроф.

Ще одним зобов'язанням медичних працівників в умовах збройного конфлікту є збереження конфіденційності. Незалежно від контексту збройного протистояння, лікарська таємниця повинна бути збережена. Лише у ситуації значного ризику для інших людей лікарі повинні зважити свої зобов'язання щодо пацієнта та зобов'язання щодо інших осіб, що опиняються під загрозою [448].

Обов'язком медичного працівника є заборона дискримінації та класифікації пацієнтів, крім тієї, що обумовлена клінічною необхідністю. У цьому контексті необхідно згадати про медичне сортування – визначення пріоритетності надання допомоги пораненим залежно від складності їх стану [233, с. 48–50]. Медичне сортування є серйозною моральною дилемою, оскільки на кожному з етапів надання допомоги пораненим практично завжди виникає ситуація невідповідності наявних медичних ресурсів кількості тим, хто отримав ушкодження під час військових дій. Через це виникає потреба визначення черговості надання медичної допомоги пораненим та їх евакуації. Під час Першої світової війни французькі медики вперше застосували метод медичного сортування за принципом поділу поранених на тих, хто а) скоріш за все виживе, у випадку надання невідкладної допомоги або загине без неї; б) виживе, незалежно від наданої допомоги; в) помре, незалежно від наданої допомоги [285].

Видатний хірург М. Пирогов також обґрунтував і упровадив у воєнопольову хірургію принцип сортування поранених. При цьому він визначив порядок та особливості функціонування «складового місця» – прототипу сучасної

сортувальної площадки. Такий простий принцип сортування сьогодні застосовують практично в усіх арміях світу, а також при подоланні медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій. Відповідно до запропонованого М. Пироговим принципу сортування, поранених (постраждалих) поділяють на чотири сортувальні групи (категорії): «постраждалі, що агонують» (мертві або ті, що помирають); «постраждалі, життя котрих знаходиться в небезпеці, однак яких можна врятувати, якщо надати їм необхідний обсяг екстреної медичної допомоги» («критичні»); «постраждалі, яким допомога може бути відстрочена протягом обмеженого часу, що не призведе до летального результату» («термінові»); «постраждалі, які потребують відтермінованої медичної допомоги» («ходячі»).

Такий досить примітивний підхід є основою всіх сучасних рекомендацій з медичного сортування. Однак, на думку вчених, у ситуаціях збройного протистояння доцільним та обґрунтованим (в інтересах військових дій) є лікування (або надання невідкладної допомоги) в першу чергу тим, хто може швидше повернутися в армійські підрозділи для виконання службових обов'язків. На думку М. Гросса [489, с. 175–210], Женевські конвенції вимагають, щоб сортування відповідало принципу необхідності, однак організація Північноатлантичного договору (НАТО) віддає перевагу сортуванню за кваліфікаційними ознаками (за здібностями), щоб врятувати найбільш кваліфікованих військовослужбовців. Йдеться про те, що на відміну від усталеної медичної етики, яка дбає про благо людини, в умовах збройних конфліктів лікар вимушений ураховувати інтереси держави, суспільства, політичних еліт та населення. Крім того військовослужбовці часто не мають права на особисту автономію або на самовизначення порівняно зі звичайними пацієнтами (цивільним населенням). В екстремальних і стресових умовах збройних конфліктів чітко визначити проблему порушення права на життя, на медичне обслуговування, інформованої згоди чи конфіденційності досить складно. [489]. Отже, проблема конфлікту біоетичних принципів і військової необхідності є надзвичайно складною. Вона потребує аналізу та дослідження.

Загалом необхідно зазначити, що перші згадки про застосування етичних принципів стосовно поранених відносяться до періоду від 411 до 362 року до н. е.,

описаного істориком Стародавньої Греції Ксенофонтом. У грецьких військах однією з найважчих провин вважалася відмова в допомозі пораненому товаришу по битві [517, с. 54–66]. Ще одним джерелом свідчень про поведінку лікарів під час воєнних дій є межа V і IV століть до н. е. Саме з цього часу збереглися перші згадки про прийняття грецькими державами принципу надання медичної допомоги ворогам, про заборону застосування отруйних стріл і знущання над полоненими. Однак в історії стародавнього світу були і винятки. Так, наприклад, попри належну організацію надання допомоги своїм пораненим у Спарті обов'язковим був принцип добивання поранених ворогів. Подібний принцип був обов'язковим також у перській армії.

Про гуманне ставлення до військовополонених у вітчизняній історії згадував історик Маврикій. Він писав, що візантійські солдати, які потрапили у полон до слов'ян, не були перетворені на рабів, як у інших народів. Наші давні предки обмежували перебування у полоні певним часом, після якого пропонували полоненим вибір: або за певний викуп повернутися додому, або залишитися у них вільними [353, с. 55]. Серед українських лікарів одним із перших запровадив у життя державницькі ідеї гуманного ставлення до жертв війни академік П. Загорський, який з липня 1794 року в чині штаб-лікаря у складі кірасирського полку брав участь у бойових діях з поляками на території Волині. Архівні матеріали свідчать про те, що у службовій картці П. Загорського цього часу його службової діяльності зроблено приблизно такий запис: перебуваючи на кордоні з Галичиною, в бою поблизу села Половці полковий лікар «допомагав багатьом пораненим ворога, взятим у полон...», а у 1795 році «допомагав у своєму госпіталі усім хворим...» (тобто цивільному населенню сіл Волинської губернії) [353, с. 56].

Визначними у контексті вирішення морально-етичної проблеми поведінки лікаря на війні, а також становлення принципів діяльності військово-медичної служби стали 1853 і 1859 роки. Вони пов'язані з іменами творців сучасної концепції гуманної військової медицини – А. Дюнна та Ф. Найтінгейла. Саме завдяки їм уперше в історії війн було запроваджено принцип, що ставив понад усе порятунок і здоров'я людини. Значні етичні зміни у свідомості лікарів і військових діячів

відбулися після публікації книги «Спогади про битву біля Сольферіно» А. Дюнана. У ній автор описав події, що відбувалися після битви біля Сольферіно в червні 1859 року. Тоді франко-сардинській армії знадобилося шість днів, щоб евакуювати всіх поранених з поля бою, які весь цей час потерпали від спраги, мух і мародерів. Однорідні А. Дюнана створили Міжнародний постійний комітет допомоги солдатам. У 1863 році в Женеві відбулася міжнародна конференція, яку прийнято вважати початком руху Червоного Хреста. Наступного 1864 року відбулася друга конференція, учасники якої ухвалили Конвенцію про допомогу пораненим і хворим воїнам сухопутних армій. Матеріали цих конференцій започаткували сучасне гуманітарне право [353, с. 56].

Результати аналізу публікацій з узагальненням емпіричного досвіду професійної діяльності медичних працівників в умовах збройних конфліктів дозволяють зробити висновок про те, що під час виконання своїх обов'язків медичні працівники можуть зіштовхнутися з обставинами, які не передбачені й не врегульовані нормами гуманітарного права. Наприклад, може виникнути ситуація, коли сторона у конфлікті вимушена з поспіхом відступити і залишити поранених і хворих на території, яку згодом контролюватиме противник. У таких випадках, згідно зі ст. 12 Першої Женевської конвенції, сторона, яка відступає, повинна залишити разом з тими, хто потребує медичної допомоги, наскільки це дозволяють військові обставини, частину свого санітарного персоналу і спорядження для забезпечення догляду за ними. Хоча це правило не є абсолютним, воно, як зазначено у коментарі до I Женевської конвенції, демонструє «очевидну вимогу моральності» [358, с. 3–16].

За результатами аналізу положень Женевських конвенцій 1949 року та Додаткових протоколів до них можна виокремити таку категорію осіб, які за будь-яких обставин повинні користуватися правом на гуманне ставлення, оскільки безпосередньо не беруть участі у воєнних діях. Йдеться про поранених, хворих і тих, хто потерпів корабельну катастрофу, а також військовополонених і цивільне населення, які зазнають страждань від наслідків збройного конфлікту. Медичний персонал повинен надавати таким особам допомогу, діяти гуманно і з



максимальною відповідальністю виконувати свій обов'язок. Отже, принцип гуманності та співчуття до жертв є одним із базових принципів міжнародного гуманітарного права [358, с. 3–16].

Необхідно також зазначити, що у військово-медичній практиці є достатньо прикладів, коли під сумнів ставиться той або інший принцип біоетики. Наприклад, подвійна підлеглість військових лікарів. Йдеться про необхідність надання медичної допомоги з урахуванням принципів і правил біомедичної етики в ситуації, коли службова залежність від військового командування вимагає дій, які не можна пояснити нормами біоетики. Великий обсяг роботи в умовах обмежених людських ресурсів, управління військовою медициною при масових втратах обумовлює необхідність вживати заходів щодо першочергового винесення з поля бою, надання медичної допомоги й евакуації тих осіб, які перспективні щодо одужання і повернення у стрій. Відповідно, ті поранені, які за наслідками швидкого огляду не потрапили до цієї групи, на жаль, часто залишаються на полі бою. Тут принцип справедливості тісно пов'язаний із протиставленням права окремої людини на життя та отримання медичної допомоги, з одного боку, й інтересами військової служби (держави) – з іншого. У демократично розвинених країнах, у тому числі й в Україні, стосовно цивільного населення це питання вирішується на підставі правових документів, які базуються, зокрема, на біоетичному принципі справедливості.

Надання медичної допомоги під час бойових дій є надзвичайно важливою морально-етичною проблемою, про яку мають знати майбутні лікарі зі студентської лави. Це доводять результати досліджень. Так, наприклад, під час війни у В'єтнамі близько 60 % військовослужбовців, зарахованих до категорії «вбитих у бою», помирали протягом перших 5 хв. після поранення, 7 % – протягом 5–10 хв. [322, с. 36–41]. Ці дані свідчать про те, що неможливість надання першої медичної допомоги пораненим на полі бою стає фатальною причиною навіть за не смертельних поранень. До категорії «вбиті у бою» було зараховано також 33 % осіб, які померли протягом 10 хв. – 1 год. після поранення. Американські фахівці

переконані, що життя цих військовослужбовців можна було врятувати, використавши сучасні військово-медичні технології [202; 483].

Не менш трагічна статистика бойових втрат помітна і в інших регіонах світу. Так, наприклад, аналіз летальності за десятирічний термін воєн у Чеченській Республіці, Іраку, Афганістані та ін. показав, що 87 % усіх військовослужбовців загинули, навіть не потрапивши до первинного лікувального закладу [322; 253, с. 114]. Вивчення причин загибелі поранених у групі «вбиті у бою» в Афганістані показало, що у 15–20 % випадків першу допомогу пораненим взагалі не було надано, а у 55 % – надано не в повному обсязі.

Вражаючі втрати особового складу мала Радянська армія у роки Другої світової війни. За деякими даними, на полі бою від крововтрати померло 37,2 % поранених, причому близько 22 % – від «умовно смертельних поранень», тобто таких, при яких своєчасне надання першої медичної допомоги могло б врятувати їм життя [253, с. 114]. Загальні втрати з червня 1945 до травня 1945 року становили близько 30 млн. людей [371, с. 4–8]. На основі класичного співвідношення кількості вбитих і поранених (1:4) підраховано, що безповоротні втрати за всю війну становили приблизно 6 млн. осіб. Беручи до уваги той факт, що із усіх поранень безумовно смертельними були тільки 50 %, військово-медичні експерти роблять висновок, що за умови своєчасного і повноцінного надання медичної допомоги пораненим можна було врятувати життя трьом мільйонам військовослужбовців [452].

Ще однією морально-етичною проблемою є дії медичного персоналу під час виконання своїх функцій, які за своїм характером належать до серйозних порушень міжнародного гуманітарного права, спрямованих проти осіб та об'єктів, захищених його нормами. До таких порушень належать умисне вбивство, тортури або нелюдське ставлення, зокрема біологічні експерименти, інші медичні або наукові досліді; умисне завдання значних страждань або серйозної шкоди здоров'ю; будь-яка умисна дія чи бездіяльність, котра серйозно загрожує фізичному або психічному стану людей; умисне використання розпізнавальної емблеми Червоного

Хреста і Червоного Півмісяця, або іншого розпізнавального знака чи сигналу, що виявилось причиною смерті або спричинило серйозну шкоду фізичному стану.

Необхідно зазначити, що Україна з 2014 року безпосередньо є країною, на території якої триває збройний конфлікт. Війна на сході України або війна на Донбасі – військовий конфлікт, який розпочали російські загопи у квітні 2014 року на території українського Донбасу після захоплення Криму, організації серії проросійських виступів й «проголошення державного суверенітету» так званої «ДНР». Конфлікт має характер міжнародного і став продовженням російської збройної агресії проти України [359]. На 13 червня 2017 року з початку Антитерористичної операції на сході України військові медики самовіддано та часто з ризиком для власного життя надавали допомогу пораненим українським військовослужбовцям. Під час виконання свого професійного обов'язку загинули 38 військових медиків, більше 200 отримали поранення [541].

Здобуття Україною незалежності поставило на порядок денний створення власної системи військово-медичної освіти і науки, оскільки історично склалося так, що із 35 вищих військових навчальних закладів, які перейшли в спадщину Україні від радянської військово-освітньої системи, не було жодного закладу військового-медичного спрямування [12, с. 56]. За даними публікацій у спеціалізованих виданнях, на сьогодні потреба у військових лікарях становить близько 500 осіб (250 лікарів загальної практики, більше 100 хірургів, 72 анестезіологи, 52 терапевти, 18 стоматологів). Ще однією проблемою є формування та перепідготовка резерву військово-медичної служби на випадок мобілізації. Керівники цивільних закладів охорони здоров'я за своїм рівнем не готові до керівництва лікарнями в період бойових дій. Також потребує першочергового відновлення система підготовки резервістів.

Таким чином, надання медичної допомоги під час бойових дій є надзвичайно важливою морально-етичною проблемою, про яку мають знати майбутні лікарі зі студентської лави. Клятва лікаря, затверджена Всесвітньою медичною асоціацією, зобов'язує лікаря присвятити своє життя служінню людству, в тому числі й в умовах збройних конфліктів. Відповідно до міжнародних правових документів у

галузі прав людини (Міжнародного пакту про громадянські та політичні права, Міжнародного пакту про економічні, соціальні та культурні права та Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання) одним з основних етичних принципів діяльності лікарів під час збройних конфліктів і громадських заворушень є нейтралітет лікарів. Основною складовою цього етичного принципу є неперешкоджання діяльності медичних працівників під час надання медичної допомоги та лікування хворих і поранених у ситуації громадських заворушень чи збройних конфліктів.

## **Висновки до розділу 2**

1. Становлення і розвиток уявлень про професійну етику лікаря та його професійно-етичну компетентність у змісті вищої медичної освіти пов'язані із загальними історичними здобутками цієї професійно важливої сфери. Останнє десятиліття ХХ – початок ХХІ століття характеризується кардинальними змінами як у сфері охорони здоров'я, так і у сфері медичної освіти. Вони обумовлені реформою національної вищої медичної освіти (відхід від радянської освітньої системи) та входженням української вищої освіти в європейський і світовий освітній простір, узгодженням національних стандартів вищої медичної освіти з європейськими вимогами, а також необхідністю вирішення нових проблем медицини морально-етичного характеру.

На початку ХХІ століття вітчизняна медична університетська освіта орієнтується на інтеграцію в європейський освітній простір. Результати аналізу освітніх програм та навчальних планів свідчать про те, що формуванню професійно-етичної компетентності сприяє вивчення соціально-гуманітарних і природничо-наукових дисциплін («Етика», «Філософія», «Історія України та української культури», «Безпеки життєдіяльності», «Основи біоетики та біобезпеки»), а також курсів за вибором («Естетика», «Релігієзнавство»),

«Соціологія та медична соціологія», «Основи економічних теорій» тощо), які виконують триєдине призначення: описати, пояснити і навчити моралі та етичній поведінці.

Однак формування здатності приймати правильні рішення у складних морально-етичних ситуаціях потребує не лише ґрунтовного володіння загальною культурою, усвідомлення принципів гуманізму та загальнолюдських цінностей, але й оволодіння набором загальних та спеціальних компетентностей, теоретико-методологічними знаннями з дисциплін циклу гуманітарної та соціально-економічної підготовки, циклу природничо-наукової та професійної підготовки, а також практичними вміннями і навичками.

2. Серед найбільш типових тенденцій підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвинутою економікою на сучасному етапі у контексті формування професійно-етичної компетентності можна виділити тривалість навчання майбутніх лікарів, яка у переважній більшості країн Європи і США становить 6–7 років. Основні принципи змін і реформ викладено в Болонській декларації та інших документах Болонського процесу, який передбачає введення 2-х ступенів (бакалавра і магістра), впровадження системи ECTS, єдиної форми додатку до диплома, а також систем забезпечення якості підготовки майбутніх фахівців.

У європейських країнах зміст навчальних планів підготовки лікарів на етапі базової медичної освіти ґрунтується на глобальних стандартах, розроблених Всесвітньою федерацією медичної освіти. Ці стандарти визначають основні блоки обов'язкових дисциплін (фундаментальні медико-біологічні дисципліни, поведінкові та суспільні науки, клінічні дисципліни), серед яких чільне місце належить різноманітним аспектам медичної етики.

У переважній більшості медичних шкіл США поширений системний метод викладання: студенти вивчають не окремі дисципліни, а окремі органи і функціональні системи організму комплексно в морфофункціональному і семіотичному аспектах за нормальних чи патологічних умов. У зв'язку з цим у багатьох медичних школах замість кафедр створено міждисциплінарні групи

навчання в рамках спеціальності. Весь комплекс дисциплін зорієнтований відповідно до конкретної спеціальності. В медичних закладах вищої освіти США немає єдиної програми навчання. Різні медичні школи відрізняються не тільки кількістю навчальних дисциплін, а й співвідношенням обов'язкових і факультативних дисциплін, кількістю навчальних годин, які відводяться на вивчення тих чи інших дисциплін, а також формами навчання.

3. Надання медичної допомоги під час бойових дій є надзвичайно важливою морально-етичною проблемою, про яку мають знати майбутні лікарі зі студентської лави. Україна з 2014 року безпосередньо є країною, на території якої триває збройний конфлікт. Війна на сході України або війна на Донбасі – військовий конфлікт, який розпочали російські загони у квітні 2014 року на території українського Донбасу після захоплення Криму й організації серії проросійських виступів. Конфлікт має характер міжнародного і став продовженням російської збройної агресії проти України. З початку Антитерористичної операції на сході України військові медики самовіддано та часто з ризиком для власного життя надають допомогу пораненим українським військовослужбовцям.

Відповідно до міжнародних правових документів у галузі прав людини одним з основних етичних принципів діяльності лікарів під час збройних конфліктів і громадських заворушень є нейтралітет лікарів. Основною складовою цього етичного принципу є неперешкодження діяльності медичних працівників під час надання медичної допомоги та лікування хворих і поранених у ситуації громадських заворушень чи збройних конфліктів.

Здійснюючи свою професійну діяльність, лікарі повинні дотримуватись положень міжнародних конвенцій з прав людини, міжнародного гуманітарного права і декларацій з медичної етики.

Складними морально-етичною проблемами є збереження сортування, дотримання конфіденційності та дії медичного персоналу під час виконання своїх функцій, які за своїм характером належать до серйозних порушень міжнародного гуманітарного права, спрямованих проти осіб та об'єктів, захищених його нормами (умисне вбивство, тортури або нелюдське ставлення, зокрема біологічні

експерименти, інші медичні або наукові досліді; умисне завдання значних страждань або серйозної шкоди здоров'ю; будь-яка умисна дія чи бездіяльність, котра серйозно загрожує фізичному або психічному стану людей).

Основні наукові результати розділу опубліковано в працях [108; 117; 133; 134; 139; 140; 145; 146; 147; 149; 150; 159; 480].

## РОЗДІЛ 3

**ОСОБЛИВОСТІ ЗМІСТУ, ДІАГНОСТИКИ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА  
СФОРМОВАНOSTІ ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ  
МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ****3.1. Сутність, характеристика структури і змісту професійно-етичної  
компетентності майбутніх лікарів**

Попереднє тлумачення поняття *«професійно-етична компетентність лікаря»* було визначено у підрозділі 1.1 за результатами аналітико-пошукової роботи. З'ясовано, що це складне, цілісне, індивідуально-психологічне, інтегративне, багаторівневе утворення, що є результатом здобуття неперервної освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» і охоплює теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості та практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибір ним свідомої етичної поведінки відповідно до професійно-етичних норм, а також здатність до самореалізації, потребу в професійно-етичному самовдосконаленні впродовж життя. Однак сутність цього поняття слід уточнити після з'ясування характеристики структури і змісту професійно-етичних аспектів професійної діяльності майбутніх лікарів, змісту їхньої підготовки в медичних університетах, а також досвіду вирішення подібного наукового завдання у дослідженнях вітчизняних і зарубіжних учених.

Для цього проаналізуємо наукові джерела, у яких дослідники пропонують шляхи різні підходи до визначення структури і змісту професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців.

Попередні результати аналітико-пошукової роботи дозволяють зробити висновок, що у наукових джерелах використовують декілька основних підходів до визначення сутності та структури компетентності. З огляду на це необхідно обрати правильний і науково апробований підхід, що дозволить з'ясувати структуру



професійно-етичної компетентності, а потім визначити критерії, показники та охарактеризувати відповідні рівні її сформованості.

З огляду на це будемо дотримуюмося визначення поняття «компетентність фахівця», запропонованого академіком С. Сисоевою. Це утворення вчена розглядає як особистісну характеристику фахівця та його особистісний капітал, трактуючи його як цілісне, інтегративне, багаторівневе, особистісне новоутворення. Воно є результатом здобуття кваліфікацій у процесі неперервної освіти, рівень якої підтверджується сукупністю сформованих у фахівця компетенцій, які визначають успішність виконання різних видів професійної діяльності, здатність до самореалізації, саморозвитку та самовдосконалення впродовж життя та сприяють соціалізації особистості, формуванню світоглядних та науково-професійних поглядів, творчості та майстерності. Особі із сформованою компетентністю властиві ціннісні орієнтації, вона усвідомлює своє місце в суспільстві, розуміє навколишній світ. Їй притаманні загальна та професійна культура, набутий досвід взаємодії з іншими людьми [381, с. 18–44].

Питання про структуру і зміст професійно-етичної компетентності фахівців різних спеціальностей неодноразово були предметом наукових досліджень вітчизняних вчених. Серед виконаних в останні роки заслуговують на увагу праці В. Гриців (формування професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців банківської справи в процесі вивчення гуманітарних дисциплін) [86], О. Слободянюк (формування професійно-етичної компетентності майбутніх менеджерів економічного профілю) [391, с. 21–25], Н. Петренко (формування професійно-етичної компетентності майбутніх офіцерів-прикордонників у процесі фахової підготовки) [324], Л. Хоружої (формування етичної компетентності майбутніх учителів початкових класів) [442]. Деякі інші аспекти, пов'язані з професійною етикою фахівців, розглядали О. Кривошеєва (формування професійної етики майстрів виробничого навчання в професійно-технічних навчальних закладах) [240], А. Каленський (система розвитку професійно-педагогічної етики у майбутніх викладачів спеціальних дисциплін вищих навчальних закладів аграрної та природоохоронної галузей) [194], М. Рудакевич

(366], С. Криворучко (Професійна етика журналіста на сучасному етапі розвитку демократії в Україні) [239], О. Тернової (впровадження принципів біоетики в професійне навчання та практичну діяльність провізорів і фармацевтів) [413].

Педагогічні умови забезпечення ефективності процесу формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах окреслено в дисертаційному дослідженні А. Агаркової [5, с. 9]. Узагальнення підходів до структурних компонентів характеристики фахівця з точки зору його моральності, дозволило А. Агарковій визначити компоненти професійно-етичної культури майбутнього лікаря, зокрема *інтелектуально-когнітивний* (визначає інтелектуальну діяльність особистості щодо оволодіння етичними, загальними і професійними знаннями та зумовлює спосіб і якість когнітивної активності), *аксіологічний* (цілі, мотиви діяльності, початкова система цінностей), *психолого-рефлексивний* (регулює співвідношення мотивів і мети діяльності, визначає умови встановлення зв'язків між різними компонентами професійно-етичної культури, змістом етичних систем, видами діяльності) та *комунікативно-діяльнісний* (оцінювання, використання, вдосконалення, створення нових методів, способів, засобів, типів операцій у міжособистісній сфері професійної лікарської діяльності; забезпечує успішність комунікації під час навчання, професійної діяльності; розкриває професійно-етичну культуру лікаря як специфічний спосіб реалізації індивідуально-сутнісних особливостей людини) [5, с. 9].

Інформацію про наукові уявлення щодо структури і змісту професійно-етичної компетентності фахівців різних галузей, серед яких є також і представники сфери охорони здоров'я, також знаходимо у працях зарубіжних учених.

Так, наприклад, А. Федорова розглядає професійно-етичну компетентність як чинник професіоналізму соціального педагога кримінально-виконавчої системи [425], С. Шульпіна – як важливий компонент професійної підготовленості майбутнього вчителя до педагогічної діяльності [454].

Дослідники К. Лехаесер, Ш. Ко, С. Доле, А. Легаул у статті «Етична компетентність. Інтегративний огляд» в журналі «Health Education Journal» розглядають етичну компетентність як фундаментальну складову практики

медсестер [503]. У контексті визначення структури і змісту професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів ця стаття представляє інтерес, оскільки дослідники провели системний огляд з метою визначення сутності цього поняття в контексті практики сестринської справи. Вони здійснили комплексний огляд публікацій у науково-метричних базах даних CINAHL, MEDLINE та EMBASE, а також у журналі «Етика сестринської справи» («Ethics of Nursing»). Висновок учених був дещо несподіваним попри те, що етична компетентність є обов'язковою у практиці лікарів і медичних сестер. Виявлено, що у науковій літературі немає консенсусу щодо визначення цього поняття.

Деякі зарубіжні вчені розглядають етичну компетентність як «здатність людини, яка стикається з моральною проблемою, думати і діяти так, щоб не обмежуватися лише моральними приписами і нормами або автоматичними діями» [501, с. 44]. На думку І. Кавататопулоса, етична компетентність передбачає усвідомлення, відчуття та рефлексію етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків. Це здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації, а також бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях. Для досягнення цієї навички потрібні не лише теоретичні знання, а й практична фахова підготовка [501, с. 43–51].

Не заперечує проти такого визначення і В. Гриців. Дослідниця пропонує у структурі професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців виокремити мотиваційний, змістовий, проектно-креативний, організаторсько-діагностичний і рефлексивний компоненти [86, с. 7]. Нам імпонує такий підхід, оскільки дослідниця у кожному з компонентів зазначає індикатори, які можна згодом діагностувати як результати навчання. Так, наприклад, у мотиваційному компоненті В. Гриців виокремлює інтерес до етичних проблем професійної діяльності, готовність підвищувати свій рівень знань щодо налагодження ділової взаємодії відповідно до норм професійної етики, у змістовому – знання норм професійної етики, етичних цінностей у професійній сфері й відповідна сукупність особистісних якостей, що обумовлюють готовність до етичної поведінки у міжособистісній взаємодії;

проектно-креативному – уміння обирати найбільш відповідні форми взаємодії з дотриманням вимог професійної етики, уміння розробляти пропозиції щодо поліпшення етичного аспекту роботи установи; організаторсько-діагностичному – уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті, налагоджувати ділову взаємодію з дотриманням вимог професійної етики; рефлексивному – уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики [86, с. 13].

У дослідженні формування етичної компетентності майбутніх учителів початкових класів Л. Хоружа на основі змісту і структури поняття «професійна компетентність» стверджує, що етична компетентність за своєю структурою складається із взаємопов'язаних між собою компонентів, а саме: змістового (когнітивного), особистісного й операційно-процесуального. [442, с. 15]. Дослідниця вважає, що змістова складова структури етичної компетентності вчителя є домінантною, системотвірною, у якій гуманістичні педагогічні цінності, моральні норми професії відіграють головну роль, впливають на формування мотивів професійної діяльності. Особистісну складову структури становлять інтегративні характеристики: етична центрація педагогічної дії, позитивна «Я-концепція», емоційно-вольова зрілість. Операційно-процесуальна складова етичної компетентності вчителя – це технологічний блок розвитку моральної свідомості, особистісних якостей майбутнього фахівця на рівні педагогічних умінь і навичок [442, с. 15–16].

На системотвірну роль змістового компонента вказує також Н. Петренко. Досліджуючи формування професійно-етичної компетентності майбутніх офіцерів-прикордонників у процесі фахової підготовки, вчена визначає сутність, зміст і структуру цього утворення і стверджує, що професійно-етична компетентність офіцера-прикордонника структурно об'єднує мотиваційний, змістовий, особистісний, операційний і рефлексивний компоненти й забезпечує належну професійну діяльність захисника кордону [324, с. 7].

Отже, з урахуванням наведених результатів досліджень можна зробити припущення, що в структурі професійно-етичної компетентності доцільно виокремити блок, який містить знання професійної етики (норми, способи і правила поведінки, права і обов'язки, корпоративні аспекти професійної діяльності тощо). Умовно цей блок можна назвати *когнітивним*. До його складу доцільно включити й інші знання, що їх засвоюють студенти під час навчання у ВМНЗ.

Йдеться про знання основ етики; методів і прийомів застосування знань на практиці; знання основ культури, релігій та традицій різних народів; основних принципів і норми етики; основ аксіології; тактики та стратегії спілкування, комунікативної поведінки; історико-етичних учень та основних проблем філософії; специфіки етики як форми суспільної свідомості, що розкриває сутність світу та створює раціональні передумови для осмислення людиною сенсу життя.

Ще один блок має містити уміння, що забезпечують етичну поведінку. Йдеться про володіння аналітичними, прогностичними, рефлексивними, інформаційними, перцептивними, комунікативними уміннями, які забезпечують ефективну взаємодію з пацієнтами, колегами, керівництвом та іншими людьми (уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті, налагоджувати ділову взаємодію з дотриманням вимог професійної етики; уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики, здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації, а також бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях.

Крім того, до уваги потрібно взяти перелік умінь, що формуються під час вивчення дисциплін етичного спрямування у ВМНЗ. Результати аналізу навчальних дисциплін («Етика», «Філософія», «Основи біоетики та біобезпеки», «Етичні проблеми в медицині» та ін.) дозволили виокремити низку умінь етичного характеру, зокрема:

уміння оперувати етичними поняттями;

здатність до засвоєння теоретико-методологічного базису етичної науки;

здатність до послідовного відтворення розвитку історико-етичних учень, системи практичної філософії;

здатність виявляти свою світоглядну позицію;

вміння вирішувати тестові завдання різної складності щодо етичних проблем;

вміння вести етико-термінологічний словник;

вміння шукати та накопичувати інформацію з етичної проблематики;

здатність реферувати першоджерела та наукові публікації з етики;

вміння використовувати на практиці засвоєні теоретико-етичне знання;

вміння аналізувати механізми розвитку та взаємодії природних, соціальних та культурних процесів;

здатність апріорно синтезувати набуті знання з філософських дисциплін у цілісне світосприйняття та світорозуміння;

вміння передбачати проблеми й процеси, що пов'язані зі збереженням навколишнього середовища та розвитком соціокультурного життя;

володіння методами та прийомами ведення діалогу, дискусії;

вміння орієнтуватися в правилах етикету;

здатність ефективно формувати комунікаційну стратегію у повсякденному житті;

уміння використовувати стратегії спілкування та навички міжособистісної взаємодії;

уміння встановлювати зв'язки по вертикалі та горизонталі залежно від ситуації;

уміння отримувати необхідну інформацію з різних джерел і формувати власну комунікаційну стратегію;

уміння застосовувати набуті знання для розв'язання завдань медичної практики.

Умовно цей блок умінь і здатностей професійно-етичної компетентності можна назвати *діяльнісно-операційним*.

Результати аналізу наукових праць з проблеми структури і змісту професійно-етичної компетентності дозволяють зробити висновок, що до її складу необхідно

включити й блок професійно-особистісних якостей лікаря. За результатами дослідження з'ясовано, що серед таких якостей, як правило, виокремлюють такі морально-етичні якості лікаря, як чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, уміння дотримуватись слова. Крім них науковці до групи професійно-етичних якостей відносять й деякі інші якості лікаря, зокрема привабливість (зовнішню і внутрішню), ввічливість, повагу до людей, готовність надати допомогу, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість, здатність бути хорошим співрозмовником, комунікабельність, доступність для спілкування, контактність, довіра до людей.

На якість професійної діяльності з точки зору етичних аспектів впливають також і деякі вольові якості лікаря, що забезпечують морально-етичну поведінку. Серед таких якостей варто виділити впевненість у собі, витримку, схильність до ризику, сміливість, незалежність, стриманість, врівноваженість, рішучість, ініціативність, самостійність, здатність до самоорганізації, наполегливість, цілеспрямованість.

Для зручності умовно цей блок професійно-особистісних якостей лікаря, що структурно входять до складу професійно-етичної компетентності, можна назвати *професійно-особистісним*.

Зазначені компоненти (*когнітивний, діяльнісно-операційний і професійно-особистісний*) досить повно розкривають зміст професійно-етичної компетентності, однак за межами переліку знань, умінь, навичок і професійно-особистісних якостей залишається *емоційно-мотиваційна та ціннісна сфери* особистості лікаря, що впливають на якість його професійної діяльності.

На думку вчених, мотиваційна сфера особистості – це вся сукупність мотиваційних утворень, що є у людини: диспозицій (мотивів), потреб і цілей, атитюдів, поведінкових патернів, інтересів. Її оцінюють за такими параметрами, як ієрархованість, гнучкість та широта. Мотиваційна сфера – це соціальне ядро особистості. Вона закладається у ранньому віці та розвивається протягом усього життя [173, с. 108–113; 170].

Мотиваційна сфера особистості є складним структурним утворенням, психологічний механізм, якої визначається характером використовуваної системи психологічних умов і засобів. У його змісті можна виділити такі блоки: гуманістичний, мотиваційний, аналітичної діяльності та розумових здібностей, емоційно-вольовий, самосвідомість. Рівень розвитку мотиваційної сфери особистості залежить від таких способів, умов і засобів, як діалогічність, усвідомлення власного сенсу та предметно-рефлексивне ставлення. Якісні особливості розвитку мотиваційної сфери особистості визначаються ідентифікацією образу «Я», образу майбутньої професійної діяльності, самооцінки і рефлексії [445, с. 66].

Важливим для розроблення діагностичного апарату дослідження є висновок учених про те, що мотиваційну сферу людини з точки зору її розвиненості можна оцінювати за параметрами широти, гнучкості та ієрархічності [459; 439].

Широта мотиваційної сфери – це якісна різноманітність мотиваційних факторів, зокрема диспозицій (мотивів), потреб і цілей, представлених на кожному з рівнів. Чим більше у людини різноманітних мотивів, потреб і цілей, тим більше розвиненою є її мотиваційна сфера.

Щодо гнучкості мотиваційної сфери, то слід зазначити, що гнучкішою є така, в якій для задоволення мотиваційного спонукання більш загального характеру (більш високого рівня) може бути використано більше різноманітних мотиваційних спонукачів нижчого рівня. Наприклад, гнучкішою є мотиваційна сфера людини, яка залежно від обставин задоволення одного і того ж мотиву може використовувати різноманітні засоби, ніж інша людина [335].

Ієрархія мотиваційної сфери – це віддзеркалення в свідомості людини значущості тієї або іншої потреби, мотиваційної установки, інших мотиваційних диспозицій, відповідно до чого одні мають домінуюче значення при формуванні мотиву, а інші – підпорядковане, другорядне; одні використовуються частіше, інші – рідше [180, с.182–183].

Крім того, мотиваційну сферу як підструктуру особистості (за В. Ковальовим) становлять не так актуальні потреби і мотиви, як стійкі латентні мотиваційні



утворення: спрямованість особистості, інтереси, мотиваційні установки, бажання. Це означає, що мотиваційна сфера особистості сама є латентним утворенням, у якій конкретні мотиви як тимчасові функціональні утворення виникають лише епізодично, постійно змінюючи один одного.

Вчені вважають, і з цим висновком ми повністю згодні, що цілеспрямоване формування мотиваційної сфери особистості – це, по суті, формування самої особистості – виховання моральності, формування інтересів, звичок, ціннісних орієнтацій [328, с. 28–31].

Результати аналізу наукових джерел [58; 173; 263; 471] дозволили виокремити основні групи мотивів професійної діяльності лікарів:

соціальні мотиви – визначають готовність надавати допомогу хворим під час професійної взаємодії, адекватно оцінювати стан пацієнта та обирати лінію поведінки, що приведе до найменшої кількості конфліктних ситуацій у лікувальному процесі. До цих мотивів можна віднести бажання лікувати інших, можливість спілкуватися та допомагати людям, можливість піклуватися про здоров'я знайомих;

науково-освітні мотиви – визначають зацікавленість у набутті нових знань і навичок при лікуванні пацієнтів. До цих мотивів можна віднести обрання професії для вирішення наукових проблем, вивчення нових захворювань і шляхів лікування, прагнення навчатися нового, підвищити рівень своєї кваліфікації. Лікар, в якого ці характеристики домінують, спрямований на процес лікування, його науковий та практичний супровід;

прагматичні мотиви – визначають зацікавленість в отриманні матеріальних результатів від професійної взаємодії, фокусування на власній вигоді, а отже, відсутність мотивації до надання якісної підтримки у лікувальному процесі та швидкого одужання пацієнта. Ця група мотивів найбільш спонукає до неадекватної поведінки при конфліктній взаємодії із пацієнтами. До неї можна віднести можливість обирати професію з міркувань отримання матеріальної винагороди; престижність професії; можливість піклуватися про своє здоров'я; бажання зробити кар'єру та впливати на інших людей; відкриття власної клініки тощо.

Для з'ясування основних мотивів, які спонукають молодь обрати професію лікаря, було проведено опитування 286 студентів перших курсів Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України» та Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет».

Результати аналізу анкет дозволили зробити висновок, що значна частина студентів обирає медичну сферу як майбутню професійну діяльність у результаті свідомого інтересу до біологічних наук. Таких студентів близько 35,5 %. На вибір майбутньої професійної діяльності впливають також професійні традиції сім'ї (сімейні династії). Саме ця група майбутніх медичних працівників найбільш глибоко і всебічно усвідомлює всю відповідальність і труднощі, пов'язані з вибраною професією. Таких студентів близько 24,5 %.

Близько 5,6 % молодих людей вибирає цю професію тому, що вони або їхні близькі та рідні перенесли серйозну хворобу і вирішили присвятити своє життя допомозі хворим за покликанням. За даними деяких публікацій [263], цей контингент найбільш відданий своїй професії.

Ще одним мотивом під час вибору професії лікаря є наявність у майбутніх студентів належних передумов для навчання – пізнавальних здібностей, достатній рівень інтелекту без інших талантів, наприклад у художній, музичній сферах, архітектурі, математиці тощо.

У результаті дослідження також встановлено, що певна частина молоді вирішує здобути медичну освіту, керуючись мотивом здобути диплом про вищу освіту. Як свідчать результати власного емпіричного досвіду, такі студенти навчаються посередньо, природної потреби у ґрунтовному засвоєнні фахових знань і практичних навичок у них немає.

Однак усі ці мотиви стосуються майбутньої професійної діяльності лікаря загалом. Нас цікавить лише та група мотивів, що стосується професійно-етичної компетентності. Для їх визначення було проведено додаткове дослідження, за основу якого покладено припущення про те, що високому рівню мотивації до

професійної взаємодії, яка ґрунтується на основі етики і моралі, відповідають такі мотиви, як бажання лікувати інших, дбати про їхнє психічне та фізичне здоров'я, можливість спілкуватися та допомагати людям, можливість піклуватися про здоров'я знайомих, прагнення навчатися нового, підвищувати рівень своєї кваліфікації, любов до професії, охайність, відповідальність, чуйність, безконфліктність, виконавська дисципліна.

Оскільки на якість професійної діяльності лікаря, крім мотивів, має вплив ціннісна сфера особистості, то за допомогою методики «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча [355, с. 246] ми запропонували студентам проранжувати за значимістю для себе як майбутнього лікаря низку цінностей. При цьому зверталась увага на значущість професійно-важливих мотивів і цінностей у контексті професійно-етичної компетентності та безконфліктної взаємодії.

Узагальнення результатів дозволило зробити висновок, що високий рівень професійно-етичних мотивів і професійно важливих цінностей обумовлений високою альтруїстичною мотивацією взаємодії та вибору професії, а також домінуванням професійно-важливих якостей у портреті лікаря. Щодо низького рівня мотивації до професійно-етичної і безконфліктної взаємодії, то він характеризується переважанням прагматично-матеріальної мотивації вибору професії, а також вибором професійно неприпустимих якостей у портреті лікаря та професійно нейтральних якостей за методикою М. Рокіча. Крім цього не визнається цінність особистості пацієнта, а лікар спрямований лише на власний матеріальний та соціальний розвиток.

Результати опитування 286 студентів перших курсів Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України» та Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» щодо ієрархії мотивів вибору професії представлено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Ієрархія мотивів вибору професії студентів перших курсів ВМНЗ**

<b>Мотиви</b>	<b>Середній бал</b>
Бажання лікувати людей	13,25
Бажання піклуватися про здоров'я близьких та друзів	11,56
Престижність професії.	9,42
Професія лікаря дозволить піклуватись про своє здоров'я	9,36
Прагнення до постійного вдосконалення та навчання нового	9,25
Професія сприятиме спілкуванню з людьми та дозволить допомагати їм	8,22
Обрання професії за порадою батьків	8,12
Високий рівень заробітної плати	7,55
Маю бажання проводити наукові дослідження, вивчати нові захворювання	6,96
Бажання зробити кар'єру	6,44
Бажання отримати диплом і відкрити свою власну клініку	6,25
Бажання знайти нові зв'язки та знайомства	5,8
Обрав, аби отримати диплом про вищу освіту	5,75
Бажання впливати на інших людей	5,33

На наступному етапі дослідження було визначено ієрархію мотивів, що становлять емоційно-мотиваційний компонент професійно-етичної компетентності з точки зору взаємодії із пацієнтом у процесі лікування (табл. 3.2 та 3.3). Для цього було опитано 88 викладачів кафедр професійного спрямування Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України» та Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», а також 76 лікарів зі стажем роботи понад 5 років у лікувальних закладах м. Вінниці, м. Чернівців та м. Тернополя.

Таблиця 3.2

**Ієрархія мотивів професійно-етичної компетентності щодо взаємодії із пацієнтом у процесі лікування (опитано 88 викладачів)**

<b>Мотиви</b>	<b>Середній бал</b>
Покращення стану здоров'я пацієнта	11,48
Піклування про здоров'я знайомих і близьких	11,05
Налагодження емоційного контакту з пацієнтом	10,74
Правильна постановка діагнозу	10,65
Можливість спілкуватися та допомагати людям,	9,88
Вибір правильної тактики лікування	9,45
Бажання зробити кар'єру та впливати на інших людей	8,80
Бажання відкрити власну справу (клініку або кабінет)	8,56
Підвищення кваліфікації лікаря для постановки правильного діагнозу та лікування пацієнта	7,45
Набуття нових комунікативних навичок	7,05
Дослідження нових способів і методів лікування захворювань	6,48
Повага й авторитет в очах пацієнта	6,35
Швидка виписки пацієнта	5,55
Отримання грошової винагороди	5,45
Отримання лікарем нових соціальних контактів	4,74

Таблиця 3.3

**Ієрархія мотивів професійно-етичної компетентності щодо взаємодії із пацієнтом у процесі лікування (опитано 76 лікарів зі стажем роботи понад 5 років)**

<b>Мотиви</b>	<b>Середній бал</b>
Покращення стану здоров'я пацієнта	12,65
Піклування про здоров'я знайомих і близьких	12,15
Бажання відкрити власну справу (клініку або кабінет)	11,75
Правильна постановка діагнозу	11,45
Отримання грошової винагороди	11,05
Вибір правильної тактики лікування	10,75

Опанування новими способами і методами лікування захворювань	10,5
Налагодження емоційного контакту з пацієнтом	10,15
Можливість спілкуватися та допомагати людям	9,85
Надання повноцінної допомоги хворим та швидка виписка пацієнта	9,25
Бажання зробити кар'єру та впливати на інших людей	8,85
Підвищення кваліфікації лікаря для постановки правильного діагнозу та лікування пацієнта	8,55
Набуття нових комунікативних навичок	8,40
Повага й авторитет в очах пацієнта	7,15
Отримання лікарем нових соціальних контактів	6,48

З даних, представлених у таблицях, стає очевидним, що серед провідних мотивів професійно-етичної компетентності щодо взаємодії із пацієнтом у процесі лікування, на які вказали викладачі та лікарі, є мотиви покращення стану здоров'я пацієнтів, піклування про здоров'я знайомих і близьких, налагодження емоційного контакту з пацієнтом, правильна постановка діагнозу, можливість спілкуватися та допомагати людям, вибір правильної тактики лікування, бажання зробити кар'єру та впливати на інших людей. Крім цього можна додати, що у наукових джерелах фахівці з питань професіограм, а також експерти, які тривалий час працюють у галузі підготовки медичних кадрів, зазначають, що в основі діяльності лікаря-професіонала має бути позитивне емоційне ставлення до себе, пацієнтів і до своєї праці. На думку фахівців, позитивні емоції активізують, надихають лікаря, надають йому впевненості, зумовлюють почуття радості, позитивно впливають на відносини з пацієнтами, колегами по роботі. Негативні емоції, навпаки, гальмують активність, дезорганізують поведінку і діяльність, викликають тривожність, страх, підозру щодо пацієнта [198].

Лікарю потрібно вміти грати як актору, причому не тільки ззовні. Вираз обличчя лікаря повинен бути доброзичливий не лише для того, щоб налаштуватися на хороший лад, а й змінювати прийоми поведінки. Лікарю не можна ходити перед пацієнтами з похмурим, нудьгуючим обличчям навіть тоді, коли настрої у нього

поганий. Якщо ж все-таки поганий настрій не покидає його, він повинен змусити себе посміхнутися, утримати кілька хвилин посмішку і подумати про щось приємне.

Крім того, що лікар має володіти своїм внутрішнім станом, він повинен уміти контролювати своє тіло, яке виразно відображає внутрішній стан, думки, почуття. Елементами зовнішньої техніки лікаря є вербальні (мовні) та невербальні засоби. Саме через них лікар виявляє свої наміри, саме їх «читають» і розуміють пацієнти.

Отже, з урахуванням результатів аналізу наукових праць та результатів аналізу емпіричного досвіду з'ясовано, що *професійно-етична компетентність лікаря* є складним, цілісним, індивідуально-психологічним, інтегративним, багаторівневим утворенням, яке є результатом здобуття неперервної освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» і об'єднує теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості та практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибір ним свідомої етичної поведінки відповідно до професійно-етичних норм, а також здатність до самореалізації, потребу в професійно-етичному самовдосконаленні впродовж життя.

У структурі професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів доцільно виокремити когнітивний, діяльнісно-операційний, професійно-особистісний, емоційно-мотиваційний і ціннісно-орієнтаційний компоненти.

Визначення сутності, структури і змісту професійно-етичної компетентності дозволяє визначити діагностичний апарат дослідження для аналізу практики її формування у медичних закладах вищої освіти.

### **3.2. Критерії, показники та рівні сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів**

Відповідно до логіки дослідно-експериментальної роботи необхідно здійснити аналіз практики формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти, а також з'ясувати стан її

сформованості у студентів випускного курсу. Виконати це завдання цілком можливо, оскільки у попередньому підрозділі визначено сутність, структуру і зміст професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Важливим є також і те, що результати аналізу практики формування цієї компетентності у студентів дозволить з урахуванням результатів аналізу педагогічної теорії розробити концепцію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Для з'ясування стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освітинеобхідно визначити критерії, показники та рівні прояву (сформованості) професійно-етичної компетентності. Виконання цього завдання можливе на засадах системного підходу, який передбачає вивчення зарубіжного досвіду, узагальнення практики оцінювання навчальних досягнень майбутніх фахівців у вітчизняній педагогічній практиці, а також урахування результатів науково-педагогічних досліджень теорії та методики професійної освіти.

Необхідно зазначити, що оцінювання як процес або процедура є важливим компонентом освітнього процесу, без якого неможливий розвиток освіти. Призначення оцінювання полягає у встановленні рівня навчальних досягнень студентів щодо оволодіння змістом дисциплін, уміннями та навичками відповідно до вимог навчальних програм [432]. Об'єктом оцінювання навчальних досягнень майбутніх фахівців є знання, вміння та навички, досвід творчої діяльності, досвід емоційно-ціннісного ставлення до дійсності. До запровадження компетентнісного підходу у вітчизняній вищій освіті система оцінювання результатів навчально-пізнавальної діяльності студентів полягала в її оцінці і базувалася на критеріальному підході. Його головною особливістю було те, що він дозволяв порівнювати рівень індивідуальних навчальних досягнень студентів із запланованим до засвоєння повним обсягом знань, умінь, навичок (ЗУН), вимогами стандартів до окремих навчальних дисциплін або групи дисциплін [388, с. 74]. При цьому успіхи навчально-пізнавальної діяльності студентів характеризувалися кількісними та якісними показниками, що виражалися і фіксувалися оцінкою.



Результати аналізу науково-педагогічних джерел дозволяють зробити висновок, що у сучасній професійній педагогіці вищої школи є різні підходи до визначення критеріїв оцінювання результатів пізнавальної діяльності майбутніх фахівців. Так, наприклад, А. Кузьмінський [249], М. Фіцула [432], В. Полторацька, О. Каданер [340] пропонують об'єктами оцінювання обрати структурні компоненти навчальної діяльності, зокрема змістовий, операційно-організаційний та емоційно-мотиваційний компоненти. Змістовим компонентом прийнято позначати обсяг знань про об'єкт вивчення (відповідно до навчальних програм, державних стандартів). Під час його оцінювання беруть до уваги такі характеристики знань: повнота, правильність, логічність, усвідомленість (розуміння, виокремлення головного і другорядного), вербалізація, тобто словесне оформлення (переказ, пояснення), вміння застосовувати знання тощо.

Операційно-організаційний компонент навчальної діяльності передбачає здатність майбутнього фахівця обирати способи дій з огляду на програму навчальної дисципліни (йдеться про предметні дії), а також індивідуальні розумові здібності (вміння порівнювати, абстрагувати, класифікувати, узагальнювати), навички аналізувати, планувати, організовувати, контролювати процес і результати виконання завдання, діяльність загалом. При цьому підлягають оцінюванню також правильність, самостійність виконання за умов новизни (за зразком, аналогічні, відносно нові), розуміння та словесне оформлення, зокрема відтворення (переказ), пояснення, застосування в умовах новизни тощо.

Емоційно-мотиваційний компонент навчальної діяльності характеризується ставленням до навчання, яке може бути байдужим, недостатньо позитивним, зацікавленим, яскраво вираженим або позитивним [340].

Такий підхід до оцінювання навчальних досягнень нам цілком імпонує, оскільки змістовий, операційно-організаційний та емоційно-мотиваційний компоненти навчальної діяльності певною мірою узгоджуються зі структурою професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, яку утворюють когнітивний, діяльнісно-операційний, професійно-особистісний, емоційно-мотиваційний і ціннісний компоненти.

Однак розглянемо й інші підходи до визначення критеріїв оцінювання навчальних досягнень. Один з них запропонував А. Алексюк [9]. Учений пропонує критеріями оцінювання такі характеристики:

характер засвоєння вже відомого знання (рівень усвідомлення, міцність запам'ятовування, обсяг, повнота і точність знань);

якість виявленого студентом знання, логіка мислення, аргументація, послідовність і самостійність викладу, культура мовлення;

ступінь оволодіння вже відомими способами діяльності, уміннями і навичками застосування засвоєних знань на практиці;

оволодіння досвідом творчої діяльності;

якість виконання роботи (зовнішнє оформлення, темп виконання, ретельність тощо) [9].

Інші педагоги і психологи (І. Лернер [260], М. Скаткін [386], В. Галузяк, В. Панов [352], М. Сметанський, В. Шахов [73]) основним критерієм оцінювання вважають рівень засвоєння знань:

рівень впізнавання – відтворення нової інформації при повторному її сприйманні;

репродуктивний рівень – точне чи близьке до точного відтворення засвоєної інформації;

рівень розуміння – здатність пояснити сутність понять, законів, правил, принципів діяльності;

реконструктивний рівень – застосування знань, умінь, навичок за зразком чи в подібній ситуації;

творчий рівень – здатність застосовувати засвоєні знання та уміння в новій, незнайомій для нього ситуації [73, с. 111–112].

Однак поширений також і спрощений варіант підходу до оцінювання рівня засвоєння знань, що його запропонував М. Фіцула. У цьому випадку йдеться про три рівні – репродуктивний (знання є свідомо сприйнятою, зафіксованою в пам'яті та відтворюваною об'єктивною інформацією про предмети пізнання), реконструктивний (знання виявляються в готовності й вмінні студентів застосувати

їх у подібних, стандартних або варіативних умовах) та творчий (студенти можуть продуктивно застосувати знання і засвоєні способи дій у нетипових ситуаціях) [432].

Важливе значення в оцінюванні навчальних досягнень мають вказівки про прогалини та помилки в знаннях студентів. З огляду на це, як свідчать результати аналізу наукових праць [245 319; 340 ] та емпіричного досвіду, педагогічні працівники пропонують власні підходи до оцінювання знань, умінь і навичок студентів, а також їхньої компетентності. Так, наприклад, А. Верхола вважає доцільним взяти за критерій оцінювання певні характерні помилки і недоліки в усних відповідях і письмових роботах студентів [56]. На думку вченої, необхідно розробити норми оцінок, тобто визначити кількість допущених помилок і недоліків, які відповідають певній оцінці. Загалом прихильники думки про те, що при оцінюванні треба враховувати кількість і зміст допущених студентом помилок, аргументують свою точку зору тим, що в окремих видах спорту (гімнастика, акробатика, фігурне катання та ін.) виступ без помилок і недоліків оцінюється максимальним числом балів, а за допущені помилки і недоліки знижується оцінка.

Для визначення критеріїв, показників і рівнів сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів необхідно врахувати й зарубіжний досвід оцінювання рівня сформованості компетентностей майбутніх фахівців та навчальної успішності студентів.

Результати аналізу наукових досліджень і нормативно-правових джерел, що регламентують різноманітні аспекти освітньої діяльності в університетах Європи і США, дозволяють стверджувати про певні особливості у системах оцінювання в різних країнах. Узагальнення результатів дослідження дозволяє зробити висновок, що у країнах з розвинутою економікою склалося три основні підходи до визначення і введення в практику освіти трактування якості результатів навчання. На засадах компетентнісного підходу, зокрема, у США застосовується поведінковий підхід, у Великобританії – функціональний, а у Франції та Німеччині – багатовимірний і цілісний підходи. Ці методологічні підходи виникли незалежно один від одного

спочатку в США, потім у Великобританії і в останню чергу у Франції та Німеччині [351; 308, с. 154–165].

В університетах та вищих школах США нормативно-правовою основою стандартизації освіти в кінці ХХ століття був документ «Цілі 2000: Акт освіти Америки» (1994 рік), у якому задекларовано необхідність запровадження стандартів світового рівня з метою забезпечення конкурентоздатності майбутніх фахівців у сучасному глобалізованому світі [174]. На сучасному етапі розвитку освітньої сфери у США досягнення цілей навчання ускладнюється традиційно децентралізованим характером вищої освіти у цій країні. Курикулум як форма стандарту вищої освіти є специфічним для кожного вищого закладу освіти США, а його визначальні особливості не загальнодоступні, бо становлять чинник конкурентоспроможності навчальної установи на ринку освітніх послуг [174, с. 11].

Для оцінювання компетенцій у студентів в університетах США розробляють компетентнісні тести, що дозволяють передбачати ефективність у майбутній професійній діяльності після закінчення навчання з високою прогностичною валідністю [351]. Кластери компетенцій спрямовані винятково на поведінкові характеристики результатів навчання і пов'язані зі специфікою майбутньої професійної діяльності випускника навчального закладу.

Крім того, оцінювання знань студентів відбувається в кредитах, що передбачає щотижневе відвідування одногодинної (50 хв.) лекції, виступ на семінарі або участь в лабораторно-практичному (3-годинному) занятті. На позааудиторну підготовку до занять студенти мають витратити не менше двох годин. За семестровий курс (3 години на тиждень) зараховують 3 кредити за 2-годинні семінарські заняття протягом семестру, 3 кредити за 2–3-годинні лабораторні заняття і один кредит за семестр [388, с. 73–81].

Необхідно зазначити, що в університетах США, де здійснюється підготовка майбутніх фахівців, застосовується так звана «комбінована система оцінювання навчальних досягнень студентів» [411, с. 93]. Вона поєднує кредити і оцінки (бали).

Сумарний семестровий бал за курс навчання визначають, наприклад, у такому співвідношенні:

- відвідування лекцій – 5 %;
- відвідування семінарів, практичних і/або лабораторних занять – 25 %;
- комп'ютерні або письмові тести (за завданнями викладача) – 15 %;
- три кращих результати щомісячних письмових тестів – 30 %;
- підсумковий іспит або залік із письмовим тестом – 25 %.

У США прийнято стобальну (відсоткову) шкалу оцінювання, що базується на системі показників (норм) – сумі балів від 1 до 100. Їх встановлено емпірично для різних оцінок. Використання цієї шкали передбачає накопичувальний принцип її застосування, у той час як 4-бальна критеріальну шкалу оцінювання застосовують для визначення рівня навчальних досягнень студента відносно прийнятих у вищій освіті критеріїв шляхом присудження певної оцінки без додаткових обчислень і маніпуляцій з нею.

Наведені приклади свідчать про те, що в умовах «академічної свободи» та методичної незалежності викладача загальноприйнятих підходів оцінювання рівня сформованості компетентностей майбутніх фахівців та навчальної успішності студентів немає [362, с. 107–108].

У Великобританії враховують функціональні характеристики якості базисних знань і результатів навчання [374; 417]. Для цієї країни характерні цілісність і функціональність через інтегрування знань, цінностей, розуміння і навичок професіонала [308, с. 155].

У Франції оцінювання навчальної успішності студентів на основі компетентнісного підходу будується за двома напрямками:

- особистісним – передбачає характеристику поведінки кожного студента;
- колективним – характеризується визначенням компетенцій, необхідних для ефективної організації роботи колективів та участі в цій роботі як одного з членів колективу [351].

Особливістю оцінювання навчальних досягнень студентів у Німеччині є те, що навчальні плани дисциплін визначають сукупність компетенцій, специфічних

для кожної дисципліни, а також окреслюють основні пріоритетні галузі для вивчення студентами, заплановані для обов'язкового засвоєння знання, вміння і навички [308, с. 154–165].

У цій країні оцінювання навчальних досягнень студентів вищих навчальних закладів відбувається за 5-бальною системою: «дуже добре» (1 бал), «добре» (2 бали), «задовільно» (3 бали), «достатньо» (4 бали), «недостатньо» (5 балів). Успішність визначають також у кредитах. Одна кредитна година на семестр означає, що студент повинен відпрацювати протягом тижня одну годину з цієї дисципліни. За 4-річний термін навчання студент має набрати 150–160 кредитів [308, с. 154–165].

В італійських університетах поширена система курсових іспитів, що їх приймають комісії з трьох викладачів, кожен з яких може поставити максимум 10 балів. Захист письмових тез чи проекту перед комісією з 11 викладачів є завершальним іспитом навчання. Загальна оцінка може сягати 110 балів [370].

Отже, в різних країнах у системі вищої освіти є певні особливості щодо оцінювання навчальних досягнень студентів – майбутніх фахівців. Результати аналізу наукових досліджень і нормативно-правових джерел, що регламентують різноманітні аспекти оцінювання навчальної діяльності та рівень сформованості компетентностей майбутніх фахівців в університетах Європи і США дозволяють стверджувати про домінування низки підходів – поведінкового (США), функціонального (Великобританія), а також багатовимірного і цілісного (Франція та Німеччина). Крім цього, зарубіжний досвід оцінювання рівня сформованості компетентностей підтверджує необхідність застосовувати для опису результатів навчання різнорівневі таксономії, наприклад, такі як таксономії Б. Блума, Д. Бокка, Дж. Гілфорда. Так, наприклад, Б. Блум виділяє шість рівнів засвоєння змісту освіти: знання, розуміння, застосування, аналіз, синтез, оцінка. Адаптовану таксономію навчальних цілей та результатів Б. Блума представлено на рис. 3.1.

Вибір таксономії Б. Блума обумовлений тим, що вона проста в розумінні та набула широкого застосування на сучасному етапі розвитку вищої освіти в країнах Європейського Союзу та США. Відповідно до цієї таксономії міжфакультетний

комітет під керівництвом Б. Блума визначив три сфери навчальної діяльності, що охоплюють когнітивну сферу (інтелектуальні навички; знання), афективну сферу (формування почуттів або емоційного ставлення; ціннісні орієнтації) та психомоторну сферу (маніпулятивні навички, навички фізичної діяльності; навички). Усі ці три сфери мають однакову важливість. Інколи для психомоторної сфери використовують компіляційну модель Е. Сімпсона [528]. Згідно з його класифікацією, психомоторна сфера складається із семи рівнів: 1) сприйняття, 2) настрої (готовність до дії), 3) керована реакція, 4) автоматизм, 5) складна реакція, 6) адаптація і 7) створення.

		Навчальна мета / рівень	Результат, якого досягають студенти
Низький рівень	Знання	Запам'ятовування та відтворення навчального матеріалу. Йдеться про запам'ятовування і відтворення термінів, конкретних фактів, методів і процедур, основних понять, правил, принципів, цілісних теорій.	
	Розуміння	Здатність встановлювати зв'язок одного матеріалу з іншим, перетворювати його із одної форми вираження в іншу, переводити його з однієї «мови» на іншу (наприклад, зі словесної у графічну, математичну і навпаки). Показником розуміння є також інтерпретація матеріалу (пояснення, короткий виклад), прогнозування майбутніх наслідків, що випливають із наявних даних	
Високий рівень	Застосування	Уміння використовувати вивчений матеріал у конкретних умовах і нових ситуаціях. Сюди входить застосування правил, методів, уміння розбивати матеріал на складові поняття, законів, принципів, теорій.	
	Аналіз	Виділення частин цілого, виявлення взаємозв'язку між ними, осмислення принципів організації цілого. Навчальні результати характеризуються осмисленням не тільки змісту навчального матеріалу, а і його внутрішньої структури. Студент, який добре оволодів цією категорією навчальних цілей, бачить помилки й огріхи в логіці міркувань, різницю між фактами і наслідками, оцінює значимість даних.	
	Синтез	Уміння комбінувати елементи, щоб одержати ціле з новою системною властивістю. Таким новим продуктом може бути повідомлення, план дій, нова схема тощо.	
	Оцінювання	Уміння оцінювати значення того чи іншого матеріалу для конкретної мети. Судження і умовиводи мають засновуватися на чітких критеріях. Студент оцінює логіку побудови матеріалу як письмового тексту, оцінює відповідність висновків уже відомим і т.д	

Рис. 3.1. Таксономія навчальних цілей та результатів Б. Блума



Результати аналізу наукових праць [308, с. 154–165] дозволили зробити висновок, що на пострадянському просторі найбільшого поширення набули таксономії В. Беспалька і Ю. Татура (таксономія містить чотири рівні засвоєння: рівень впізнавання, діяльність у стандартній ситуації, діяльність у нестандартній ситуації, діяльність у новій галузі (дослідницька)). Така класифікація є ієрархічною, і кожен наступний рівень, включає попередні [24], а також В. Симонова класифікація (його підхід до таксономія передбачає п'ять рівнів засвоєння, де кожний наступний рівень включає всі попередні: розпізнавання, запам'ятовування, розуміння, найпростіші вміння та навички (репродуктивний рівень), творчий рівень) [379].

Отже, результати узагальнення зарубіжного та вітчизняного досвіду використання різних підходів до оцінювання навчальних досягнень і сформованості компетентностей при використанні компетентнісного підходу в освіті дозволяє зробити висновок, що оптимальним шляхом для визначення критеріїв, показників і рівнів сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів є поєднання традиційних методів та засобів перевірки знань, умінь і навичок, а також інноваційних підходів, орієнтованих на комплексну оцінку компетентності. При цьому традиційні засоби контролю слід поступово удосконалювати відповідно до компетентнісного підходу з дотриманням певних вимог, що мають забезпечити інтегративність (міждисциплінарний характер, зв'язок теорії з практикою), проблемно-діяльнісний характер, орієнтацію на застосування знань і умінь у нетипових ситуаціях, актуалізацію у завданнях змісту професійної діяльності, зв'язок критеріїв із запланованими результатами.

З урахуванням результатів досліджень, присвячених формуванню компетентності майбутніх фахівців [419; 447; 224], можна зробити висновок, що процедура визначення критеріїв і показників сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів тотожна процедурі визначення комплексу якісних та кількісних характеристик, що дозволяють отримати комплексну оцінку ефективності педагогічної системи професійної підготовки майбутніх лікарів у

контексті формування в них професійно-етичної компетентності. З огляду на це важливим чинником при їх визначенні є те, що такі характеристики повинні бути діагностично вимірюваними [419].

Для того щоб достовірно і обґрунтовано визначити критерії, показники та рівні сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів і цей діагностичний апарат не викликав сумнівів, необхідно взяти до уваги висновки науково-педагогічних досліджень теорії та методики професійної освіти, виконаних за останні роки.

Учений А. Каленський [195] з урахуванням результатів аналізу сучасних наукових педагогічних досліджень у сфері виховання, розвитку морально-етичних якостей, узагальнення аналізу емпіричного досвіду та опитування науково-педагогічних працівників і студентів зробив висновок, що оцінювання розвиненості професійно-педагогічної етики майбутніх викладачів спеціальних дисциплін можна здійснити на основі ціннісно-мотиваційного, інформаційно-знаннєвого, діяльнісно-операційного та суб'єктного критеріїв [195, с. 17–18].

Дослідниця формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах А. Агаркова у своєму дослідженні зробила висновок, що критерії (когнітивний, особистісний, рефлексивний, комунікативний) та їх показники доцільно визначити з урахуванням характеристики компонентів професійно-етичної культури майбутнього лікаря [5, с. 9]. Такий висновок нам імпонує, оскільки цілком логічним є визначення діагностичного апарату, який би відповідав змісту досліджуваного феномену (професійно-етичної культури). При цьому показниками когнітивного критерію дослідниця визначає вільне володіння пізнавальними операціями; знання з етики, загальних та клінічних дисциплін, психології, основ міжособистісної комунікації. До показників особистісного критерію віднесено уміння та навички етичного судження; знання, уміння та навички розв'язання етичних медичних дилем; повага до засвоєних етичних норм і соціальних вимог; відповідальність. Показниками рефлексивного критерію є такі: сформованість навичок, досвіду рефлексії; емоційна саморегуляція. Комунікативний критерій характеризується такими показниками, як знання,

уміння, навички встановлення контактів та комунікативної взаємодії з людьми (колегами, пацієнтами); сформованість позитивно-комфортного стилю спілкування [5, с. 9]. Разом з тим можемо висловити застереження, що зазначені показники є дещо загальними, їх важко об'єктивно оцінити, а діагностичний апарат для отримання кількісних і якісних параметрів з огляду на таку кількість показників може бути дещо громіздким.

Абсолютно логічним і прийнятним для визначення діагностичного апарату дослідження є підхід, що застосував О. Тогочинський. Учений пропонує для оцінки стану сформованості соціальної компетентності обрати критерії, які відображають її структурні компоненти. Оскільки О. Тогочинський представляє соціальну компетентність як єдність комунікативного, політико-правового, рольового, рефлексивно-психологічного та професійного компонентів, то відповідно до цієї структури він визначає соціально-комунікативний, соціально-правовий, соціально-рольовий, соціально-рефлексивний та соціально-професійний критерії сформованості соціальної компетентності з відповідними їм показниками [419, с. 14].

Подібний підхід також використовують й інші дослідники, зокрема Н. Петренко [324, с. 7–8], яка визначила професійно-етичну компетентність як поєднання мотиваційного, змістового, особистісного, операційного та рефлексивного компонентів, а основними критеріями оцінки рівня її сформованості у курсантів визначила мотиваційний, когнітивний, діяльнісний, ціннісний та результативний). Аналогічної точки зору дотримується й В. Гриців [86, с. 7]. У дослідженні формування професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців банківської справи у процесі вивчення гуманітарних дисциплін автор урахувала наукові напрацювання учених (Н. Баловсяк, О. Луцький, В. Стасюк, Л. Хоружа та ін.), вимоги нормативних документів, а також сутнісні, структурні та функціональні характеристики професійної діяльності банківських працівників. Це дозволило трактувати компоненти професійно-етичної компетентності як критерії її сформованості, а розгорнутий зміст компонентів – як їхні показники [86, с. 7].

Отже, представлені у цьому підрозділі аналітичні матеріали щодо визначення критеріально-діагностичного апарату для оцінки сформованості професійно-

етичної компетентності дозволяють зробити висновок, що *критерії мають відображати структуру цієї компетентності*, тобто критеріями її сформованості будемо вважати групи індикаторів, об'єднаних певною ознакою, а ступінь вияву – якісну сформованість або визначеність критерію, що виражаються конкретними показниками [32, с. 25–39]. Критерії мають чітко відображати сформованість кожного з компонентів професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, допомагати отримувати структуровану інформацію про її стан.

З огляду на те, що у структурі професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів ми виокремили когнітивний, діяльнісно-операційний, професійно-особистісний, емоційно-мотиваційний і ціннісно-орієнтаційний компоненти, доцільно визначити їм відповідні їм критерії. Правильність такого висновку підтверджується також і тим, що такий підхід корелює зі змістом таксономії Б. Блума, відповідно до якої оцінюють когнітивну (інтелектуальні навички; знання), афективну (формування почуттів або емоційного ставлення; ціннісні орієнтації) та психомоторну (маніпулятивні навички, навички фізичної діяльності; навички) сфери навчальної діяльності майбутніх фахівців.

З огляду на це критеріями сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів доцільно визначити такі критерії: *пізнавальний* (служить для діагностики когнітивного компоненту професійно-етичної компетентності), *результативний* (призначений для оцінювання діялісно-операційного компонента), *поведінковий* (відповідає професійно-особистісному компоненту), *афективний* (стосується емоційно-мотиваційному компонента) і *ціннісний* критерій (служить для діагностики ціннісно-орієнтаційного компонента). Для наочності відповідність критеріїв компонентам професійно-етичної компетентності та таксономії Б. Блума представлено у таблиці 3.4.

**Відповідність критеріїв компонентам професійно-етичної компетентності та таксономії Б. Блума**

<b>Компоненти професійно-етичної компетентності</b>	<b>Критерії професійно-етичної компетентності</b>	<b>Сфери навчальної діяльності за Б. Блумом</b>
Когнітивний	Пізнавальний	Когнітивна
Діяльнісно-операційний	Результативний	Психомоторна
Професійно-особистісний	Поведінковий	Афективна
Емоційно-мотиваційний	Афективний	
Ціннісно-орієнтаційний	Ціннісний	

Щодо показників цих критеріїв, то у дослідженні ми враховували, що вони повинні розкривати основні ознаки критеріїв, передбачати надійні та перевірені способи вимірювання з використанням доступних методик, опитувальників, тестів та інших методів оцінювання результатів навчання. Відповідно до цього побудовано таблицю 3.5, у якій представлено критерії, а також їх показники та методи діагностики.

Таблиця 3.5

**Критерії та показники сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів**

<b>Критерії</b>	<b>Показники</b>	<b>Методи діагностики</b>
Пізнавальний	<ul style="list-style-type: none"> <li>• знання основ аксіології, принципів і норм етики та етикету;</li> <li>• знання етичних нормативних вимог до професії лікаря та клятви лікаря;</li> <li>• знання особливостей віросповідання, культури релігій та традицій різних народів;</li> </ul>	письмове та усне опитування, тестування, письмове розв'язування ситуаційних завдань, контрольні роботи, есе, співбесіда

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• знання тактики та стратегії спілкування, основ комунікативної поведінки;</li> <li>• знання етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків;</li> <li>• знання стратегій і методів вирішення етичних конфліктів</li> </ul>	
Результативний	<ul style="list-style-type: none"> <li>• уміння налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики;</li> <li>• уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики;</li> <li>• здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації;</li> <li>• уміння застосовувати знання професійної етики для розв'язання завдань медичної практики;</li> <li>• володіти методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету;</li> <li>• здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків;</li> <li>• уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті.</li> </ul>	виконання практичних робіт, оцінювання дій студентів під час їх участі у рольових іграх, письмове та усне опитування, тестування, письмове розв'язування ситуаційних завдань, контрольні та проектні роботи, метод спостереження
Поведінковий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• чесність, відповідальність, порядність, безкорисливість;</li> <li>• людяність, доброта, ввічливість, повагу до інших людей, уважність;</li> </ul>	анкетування, тестування, спостереження за діями студентів у різних ситуаціях навчальної та практичної

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• інтелігентність, принциповість, уміння дотримуватись слова, тактовність, вихованість, готовність надати допомогу;</li> <li>• зовнішня і внутрішня привабливість, стриманість;</li> <li>• здатність бути хорошим співрозмовником, контактність комунікабельність.</li> </ul>	діяльності, експертне оцінювання, есе, співбесіда
Афективний	<ul style="list-style-type: none"> <li>• бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях;</li> <li>• бажання лікувати та допомагати людям;</li> <li>• прагнення навчатися нового, підвищувати рівень своєї кваліфікації;</li> <li>• позитивне емоційне ставлення до пацієнтів;</li> <li>• усвідомлення соціальної значущості професії лікаря;</li> <li>• прагнення до налагодження емоційного контакту з пацієнтом;</li> <li>• професійна спрямованість;</li> <li>• задоволеність обраною професією</li> </ul>	анкетування, тестування («Експрес-діагностика соціальних цінностей особистості», «Експрес-діагностика рівня соціальної ізольованості особистості» Д. Рассела і М. Фергюссона, методика вивчення здатності до самоуправління в спілкуванні, методика визначення індексу групової згуртованості» Шишора, «Тест-опитувальник рівня професійної спрямованості» Т. Дубовицької, методика А. Реана «Задоволеність обраною професією», метод спостереження за діями студентів у різних ситуаціях навчальної та квазіпрофесійної діяльності, експертне оцінювання, есе, співбесіда
Ціннісний	<ul style="list-style-type: none"> <li>• усвідомлення цінності життя і здоров'я пацієнта;</li> </ul>	анкетування, тестування «Експрес-діагностика соціальних цінностей особистості», «Експрес-

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ціннісне ставлення до професії, розуміння і усвідомлення важливості завдань, що виконуються лікарями;</li> <li>• соціальне становище і робота, що приносять задоволення та авторитет;</li> <li>• причетність до справи охорони здоров'я;</li> <li>• прагматичні цінності</li> </ul>	<p>діагностика рівня соціальної ізольованості особистості»  Д. Рассела і М. Фергюссона, методика вивчення здатності до самоуправління в спілкуванні, методика визначення індексу групової згуртованості» Шишора, методика «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, метод спостереження за діями студентів у різних ситуаціях навчальної та службової діяльності, експертне оцінювання, есе, співбесіда</p>
--	--	--

Отже, визначення критеріїв та їхніх показників дозволяє отримати числові параметри їх прояву і розпочати констатувальний етап експерименту. Однак для цього потрібно також з'ясувати та охарактеризувати рівні сформованості професійно-етичної компетентності майбутнього лікаря.

Визначення шкали оцінювання рівня сформованості професійно-етичної компетентності доцільно у майбутніх лікарів проводити з урахуванням таксономії Б. Блума, відповідно до якої доцільно визначити чотири рівні:

пороговий (низький) рівень сформованості професійно-етичної компетентності – студент відтворює основні поняття, терміни, знає методи, процедури, властивості, наводить факти, ідентифікує, дає оглядовий опис;

середній – студент застосовує свої знання, вміння і навички для вирішення проблем у нових та незнайомих ситуаціях, має навички самостійного навчання;

достатній – студент виявляє взаємозв'язок, класифікує, впорядковує, інтерпретує, планує, застосовує закони, використовує;

високий – студент аналізує, діагностує, оцінює, прогнозує, конструює, тощо.



Охарактеризуємо ці рівні з урахуванням визначених показників кожного з критеріїв.

*Пороговий (низький) рівень сформованості професійно-етичної компетентності* – студент відтворює з помилками основи комунікативної поведінки та основні поняття аксіології, культури, релігій та традицій різних народів; знає принципи і норми етики та етикету, але на практиці застосовувати не може; дає оглядовий опис етичних нормативних вимог до професії лікаря; відтворення знань етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків відбувається з грубими помилками або неправильно. Студент демонструє фрагментарність знань стратегії і методів вирішення етичних конфліктів або відтворює їх з грубими помилками або неправильно. Практичні стандартні ситуації етичного характеру вирішує лише зі сторонньою допомогою або неправильно. Характерна недостатня здатність налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики; здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики; залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації; застосовувати знання професійної етики для розв'язання завдань медичної практики, а також методи та прийоми ведення діалогу, дискусії, правила етикету. Здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків, а також уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті виявляються рідко. Для цього рівня характерні психологічна нетактовність, неготовність до співпраці, недостатнє розуміння норм професійної етики. Професійно-важливі якості сформовані недостатньо та не проявляються у ситуаціях професійно-етичного характеру. Контактність не властива для ситуацій професійної взаємодії, а комунікабельність проявляється у ситуаціях прагматичного характеру. Студент усвідомлює професійно-етичні цінності, але не проявляє їх у практичній діяльності. В ціннісно-мотиваційній сфері домінують прагматичні мотиви і цінності.

Для *середнього* рівня характерним є те, що студент демонструє знання, вміння і навички для вирішення проблем у нових та незнайомих ситуаціях, має навички самостійного навчання, відтворює знання комунікативної поведінки та основні поняття аксіології, культури, релігій та традицій різних народів, але при цьому допускається помилок. Знає принципи і норми етики та етикету, але на практиці застосовувати може не завжди. Може відтворити з чисельними помилками етичні нормативні вимоги до професії лікаря та етичні правила взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків. Студент демонструє з помилками знання стратегії і методів вирішення етичних конфліктів. Потребує допомоги у вирішенні практичних стандартних ситуацій етичного характеру. Характерна невпевненість у налагодженні професійної взаємодії з дотриманням вимог професійної етики. Студент не завжди здійснює самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики. Рідко демонструє здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації. Потребує допомоги у застосовуванні знань професійної етики для розв'язання завдань медичної практики. Демонструє з помилками володіння методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету. Здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків, а також уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті виявляються не завжди. Для цього рівня характерні недостатній психологічний такт, слабка готовність до співпраці, недостатнє розуміння норм професійної етики. Професійно-важливі якості сформовані, однак виявляються у ситуаціях професійно-етичного характеру рідко. Контактність властива у половині ситуацій професійної взаємодії, а комунікабельність проявляється у різних ситуаціях, але здебільшого прагматичного характеру. Студент усвідомлює професійно-етичні цінності, але рідко проявляє їх у практичній діяльності. Попри прояви у ціннісно-мотиваційній сфері ціннісного ставлення до професії, розуміння і усвідомлення важливості завдань, що їх виконують лікарі, здебільшого переважають прагматичні мотиви і цінності.

Для *достатнього* рівня характерним є те, що студент виявляє взаємозв'язок між знаннями комунікативної поведінки та поняттями аксіології, культури, релігій та традицій різних народів; класифікує, впорядковує та інтерпретує принципи і норми етики та етикету; застосовує етичні нормативні вимоги до професії лікаря та етичні правила взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків. Студент демонструє з незначними помилками знання стратегій і методів вирішення етичних конфліктів. Рідко потребує допомоги у вирішенні практичних стандартних ситуацій етичного характеру. Характерна впевненість у налагодженні професійної взаємодії з дотриманням вимог професійної етики, але інколи потрібна допомога. Студент, як правило, здійснює самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики, але потребує контролю. Демонструє здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації, але не завжди робить це правильно. Інколи потребує допомоги у застосовуванні знань професійної етики для розв'язання завдань медичної практики. Володіє методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету, але іноді помиляється. Демонструє не завжди виразну здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків. Студент, як правило, уміє аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті виявляються, але інколи потребує сторонньої допомоги. Для цього рівня характерним є психологічний такт, готовність до співпраці, розуміння норм професійної етики, однак студент їх проявляє не завжди. Професійно-важливі якості сформовані та, як правило, проявляються у ситуаціях професійно-етичного характеру. Контактність властива у ситуаціях професійної взаємодії, хоча і потребує підтримки. Комунікабельність проявляється у ситуаціях альтруїстичного і прагматичного характеру. Студент усвідомлює професійно-етичні цінності, але не завжди послідовно проявляє їх у практичній діяльності. У ціннісно-мотиваційній сфері переважає ціннісне ставлення до професії, студент розуміє і усвідомлює важливості завдань, що їх виконують лікарі, однак інколи помітні прагматичні

мотиви і цінності. Загалом студент демонструє повні, правильні, логічні, обґрунтовані судження.

Для *високого* рівня сформованості професійно-етичної компетентності характерним є те, що студент аналізує поняття аксіології, культури, релігій та традицій різних народів; діагностує комунікативну поведінку, оцінює принципи і норми етики та етикету, прогнозує професійно-етичні аспекти взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків, конструює стратегії і методів вирішення етичних конфліктів. Знання студента глибокі, міцні, узагальнені, системні. Навчальна діяльність має дослідницький характер, позначена вмінням самостійно оцінювати різноманітні життєві ситуації професійно-етичного характеру, а також явища і факти, виявляти і відстоювати особисту позицію. Студент демонструє вміння застосовувати знання на творчому рівні.

Не потребує допомоги у вирішенні практичних стандартних ситуацій етичного характеру. Характерна впевненість у налагодженні професійної взаємодії з дотриманням вимог професійної етики. Студент здійснює самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики і не потребує контролю. Демонструє стійку здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації. Без допомоги застосовує знання професійної етики для розв'язання завдань медичної практики. Володіє методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету, здатний до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків. Студент уміє аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті. Для цього рівня характерний психологічний такт, готовність до співпраці, розуміння норм професійної етики. Професійно-важливі якості сформовані, завжди проявляються у ситуаціях професійно-етичного характеру. Контактність властива у ситуаціях професійної взаємодії. Комунікабельність проявляється у всіх ситуаціях професійної взаємодії. Студент усвідомлює професійно-етичні цінності, завжди послідовно проявляє їх у практичній діяльності. У ціннісно-мотиваційній сфері переважає ціннісне

ставлення до професії, спостерігається розуміння і усвідомлення важливості завдань, що їх виконують лікарі, прагматичні мотиви і цінності не притаманні.

Отже, у підрозділі подано характеристику критеріїв, показників і рівнів сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. З'ясовано, що структуру професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів можна представити, як поєднання когнітивного, діяльнісно-операційного, професійно-особистісного, емоційно-мотиваційного і ціннісно-орієнтаційного компонентів. З урахуванням таксономії Б. Блума, а також положення про те, що критерії мають відображати структуру цієї компетентності, зроблено висновок, що критеріями сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів доцільно визначити пізнавальний (служить для діагностики когнітивного компонента професійно-етичної компетентності), результативний (призначений для оцінювання діяльнісно-операційного компонента), поведінковий (відповідає професійно-особистісному компоненту), афективний (стосується емоційно-мотиваційному компоненту) і ціннісний (служить для діагностики ціннісно-орієнтаційного компонента) критерії.

Оцінювання рівня сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів доцільно проводити за чотирма рівнями – пороговим (низьким), середнім, достатнім і високим.

Визначення діагностичного апарату дослідження дозволяє виконати наступний етап дослідження – здійснити діагностику стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти та проаналізувати отримані результати.

### **3.3. Результати діагностики стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти України**

Результати аналізу теоретичних основ формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти, визначення морально-етичних аспектів їх професійної діяльності, урахування професійно-особистісних вимог до фахівців сфери охорони здоров'я, а також сутності, особливостей структури і змісту професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, визначення критеріїв, показників і рівнів сформованості цього складного цілісного, індивідуально-психологічного, інтегративного, багаторівневого утворення дозволяють перейти до констатувального етапу педагогічного експерименту. Його метою є, у першу чергу, визначення стану сформованості професійно-етичної компетентності студентів вищих навчальних закладів МОЗ України.

Передусім зазначимо, що професійну підготовку лікарів за галуззю знань «22 Охорона здоров'я», згідно з інформацією офіційного сайту, для системи Міністерства охорони здоров'я України здійснюють 19 вищих закладів освіти державної форми власності (див. додаток М) [542], а також низка приватних. Дослідження не передбачало охоплення всіх закладів освіти, де здійснюється професійна підготовка лікарів для системи Міністерства охорони здоров'я України. Для з'ясування рівня сформованості професійно-етичної компетентності студентів – майбутніх лікарів було організовано опитування випускників Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», Одеського національного медичного університету та Запорізького державного медичного університету. Всього на цьому етапі експерименту було опитано 856 студентів випускного курсу магістратури медичних університетів. До проведення експериментальних заходів було також залучено 125 науково-педагогічних

працівників цих закладів освіти щодо їх ставлення до формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів, розуміння ними важливості цього процесу, резервів та можливостей професійної підготовки у медичних університетах щодо формування цієї компетентності, здатності й готовності науково-педагогічних працівників формувати морально-етичні якості, ціннісні установки та переконання.

Констатувальний етап експерименту першого порядку було проведено у 2013–2014 роках. Його основними завданнями було з'ясування рівня сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, аналіз тенденцій формування й розвитку цього складного утворення, дослідження змісту навчальних планів і робочих програм навчальних дисциплін, що їх вивчають студенти на різних курсах за спеціальністю «222 Медицина», у контексті формування професійно-етичної компетентності. Вибір цієї спеціальності обумовлений тим, що підготовка фахівців напрямку 222 «Медицина» рівня магістр здійснюється з метою забезпечення лікувально-профілактичних закладів України висококваліфікованими лікарями, які повинні надавати кваліфіковану лікувально-діагностичну допомогу хворим, володіючи сучасними методами діагностики, лікування та профілактики захворювань. Відповідно з отриманим освітнім рівнем та спеціальністю випускник згідно з Класифікатором професій ДК 003:2010 зможе працювати за такими напрямками: «Охорона здоров'я та соціальна допомога», «Діяльність з охорони здоров'я», «Діяльність лікувальних закладів», «Медична практика». Після підготовки в інтернатурі (резидентурі) фахівцю присвоюється кваліфікація лікаря з певної спеціальності і він може виконувати зазначену в ДК 003:2010 професійну роботу і займати відповідну первинну посаду (див. додаток Е).

Під час проведення констатувального етапу експерименту було передбачено також з'ясувати ставлення студентів медичних університетів до формування у них знань, умінь, навичок, ціннісних орієнтацій, досвіду та інших компонентів професійно-етичної компетентності, встановити рівень підготовки науково-педагогічних працівників до її формування у майбутніх лікарів під час їхнього навчання у медичних закладах вищої освіти, якість проведення медичної практики

та її відповідність заявленим у освітньо-професійних програмах цілям у контексті формування морально-етичних знань, а також умінь, навичок, ціннісних орієнтацій та мотивів професійно-етичної діяльності. Такий обсяг завдань, що передбачений констатувальним етапом експерименту мав на меті забезпечити отримання емпіричних даних для обґрунтування концепції формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів та технології її впровадження в освітньому процесі медичних університетів.

Передусім необхідно зазначити, що медичні університети, обрані для проведення констатувального етапу експерименту (Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», Одеський національний медичний університет та Запорізький державний медичний університет) за формальними ознаками мають усі умови для підготовки майбутніх лікарів з високим рівнем професійно-етичної компетентності.

Далі для з'ясування рівня її сформованості було проведено опитування випускників цих університетів:

у Вінницькому національному медичному університеті імені М. І. Пирогова – 236 студентів;

у Державному вищому навчальному закладі «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України» – 145 осіб;

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет» – 166 студентів;

в Одеському національному медичному університеті – 185 випускників;

у Запорізькому державному медичному університеті – 124 студенти.

Діагностику стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти України було здійснено за



визначеними у попередньому підрозділі критеріями – пізнавальним, результативним, поведінковим, афективним і ціннісним.

У дослідженні ми виходили з того, що серед причин, які суттєво впливають на сформованість професійно-етичної компетентності, суттєве значення має рівень мотивації до професійної діяльності. Ця мотивація залежить від об'єктивних і суб'єктивних чинників, характеру професійної спрямованості, мотивів вибору навчального закладу або конкретної спеціальності тощо [32, с. 25–39]. З огляду на це на початку констатувального етапу експерименту відповідно до *афективного критерію* було визначено рівень професійної спрямованості випускників за допомогою «Тесту-опитувальника рівня професійної спрямованості» Т. Дубовицької [106, с. 82–86]. З урахуванням визначених у підрозділі 3.2 рівнів сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів для *порогового* рівня характерна нульова спрямованість на професійну діяльність лікаря, орієнтація на інші професії. *Середній* рівень характеризується тим, що студенту не зовсім подобається професія лікаря або вона цікавить його мало. Студентам з *достатнім* рівнем подобається обрана професія, бажання працювати за нею є досить стійким та обґрунтованим, але вони не докладають значних зусиль для професійного саморозвитку, їхні дії у цьому напрямку обмежуються лише професійним навчанням. Для *високого* рівня характерним є те, що обрана професія подобається, бажання вдосконалюватися і працювати за нею є стійким та обґрунтованим, захоплення і справи у вільний час пов'язані з майбутньою професією.

Кількісні параметри за афективним критерієм було отримано також за адаптованою (автором) методикою А. Реана «Мотивація професійної діяльності», що є модифікованою методикою К. Замфір [357, с. 150–153]. За допомогою цієї методики було визначено мотиваційні комплекси особистості та встановлено типи переважаючої мотивації. При цьому ступінь прояву кожного комплексу оцінено у кількісній характеристиці від 1 до 5 балів у порядку зростання мотивації до професійної діяльності лікаря. Це дозволило стверджувати, що *пороговому* рівню притаманна дуже незначна мотивація до професії лікаря, а у мотиваційній сфері

переважають зовнішні негативні мотиви. У студентів із *середнім* рівнем у мотиваційному комплексі можуть бути однаково представлені внутрішні, зовнішні позитивні мотиви і зовнішні негативні мотиви. *Достатній* рівень характеризується тим, що у мотиваційному комплексі студентів однаковою мірою виявлено зовнішні позитивні мотиви і внутрішні мотиви, показники вираження зовнішніх негативних мотивів нижчі. *Високий* рівень мотивації до професійної діяльності характеризується тим, що в мотиваційному комплексі студентів переважають внутрішні мотиви, показники вираження зовнішніх позитивних мотивів та зовнішніх негативних мотивів значно нижчі, ніж внутрішні, вони можуть бути рівними або один з них може переважати.

Ще один показник афективного критерію – задоволеність обраною професією – було визначено за однойменною методикою А. Реана (модифікація методик В. Ядова, Н. Кузьміної) [357, с. 97–99]. У дослідженні ми враховували, що незадоволеність професією лікаря негативно позначатиметься на етичному ставленні до пацієнтів, лікар може бути байдужим та ігноруватиме потреби хворого. При цьому *пороговий* рівень задоволеності свідчить цілковиту невдоволеність студента обраною професією. Студенти, що виявили *середній* рівень швидше невдоволені обраною професією, прагнуть працювати не в лікарні, а у випадку, якби знову довелось обирати професію, вони б вагалися. *Достатній* рівень характерний для студентів, які переважно задоволені обраною професією. Якби їм знову довелось обирати професію, то вибір був би на користь професії лікаря. *Високий* рівень задоволеності професією, що характеризує сформованість професійно-етичної компетентності, притаманний студентам, які цілком задоволені професією і не згодні працювати не за призначенням.

Для оброблення отриманих даних та узагальнення результатів використано метод математичного опрацювання отриманих даних за допомогою комп'ютерної програми «IBM® SPSS Statistics®», що є провідним статистичним програмним забезпеченням, який дозволяє вирішувати широкий спектр дослідницьких завдань, серед яких ситуативний аналіз, перевірка гіпотез і складання звітів, а також обмін результатами. За результатами застосування зазначених методик і комп'ютерної

програми «IBM® SPSS Statistics®» було побудовано табл. 3.6, у якій відображено узагальнені кількісні параметри прояву показників за афективним критерієм.

*Таблиця 3.6*

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за афективним критерієм (показниками професійної спрямованості, задоволеності професією, мотивацією професійної діяльності), n=856**

Рівні	Професійна спрямованість		Індекс задоволеності професією		Мотивація професійної діяльності	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
<b>Пороговий</b>	56	6,55	112	13,08	88	10,29
<b>Середній</b>	129	15,07	214	25,00	224	26,17
<b>Достатній</b>	425	49,64	365	42,64	334	39,01
<b>Високий</b>	246	28,74	165	19,28	210	24,53

З таблиці видно, що не зважаючи на тривалий термін навчання у медичних університетах досить значна кількість студентів мають пороговий рівень професійної спрямованості (6,55 %), 13,08 % не задоволені своєю майбутньою професією (пороговий рівень), а 10,29 % мають низький рівень мотивації до професійної діяльності.

Щодо інших показників афективного критерію, то узагальнені дані, отримані за допомогою методів анкетування, тестування («Експрес-діагностика соціальних цінностей особистості» (Додаток Ж.1), «Експрес-діагностика рівня соціальної ізольованості особистості» Д. Рассела і М. Фергюсона (Додаток Ж.2), методика вивчення здатності до самоуправління в спілкуванні, спостереження за діями студентів у різних ситуаціях, експертне оцінювання, есе (додаток Ж.3), співбесіди, представлено у таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності  
випускників медичних університетів за показниками афективного критерію  
(*n*=856)**

Рівні	Пороговий		Середній		Достатній		Високий	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях	43	5,02	244	28,50	481	56,19	88	10,29
Бажання лікувати та допомагати людям	24	2,81	312	36,44	395	46,15	125	14,6
Позитивне емоційне ставлення до пацієнтів	31	3,63	285	33,29	320	37,39	220	25,69
Прагнення до налагодження емоційного контакту з пацієнтом	48	5,60	300	35,05	310	36,22	198	23,13
Усвідомлення соціальної значущості професії лікаря	65	7,59	227	26,52	377	44,04	187	21,85

Узагальнення даних, представлених у таблицях 3.6 та 3.7, шляхом переведення у бали (середня арифметична величина) рівнів сформованості професійно-етичної компетентності за показниками афективного критерію подано в таблиці 3.8.

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності  
випускників медичних університетів за показниками афективного критерію  
(n=856)**

<b>Показники</b>	<b>Середній бал</b>
Бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях	3,72
Бажання лікувати та допомагати людям	3,73
Позитивне емоційне ставлення до пацієнтів	3,72
Прагнення до налагодження емоційного контакту з пацієнтом	3,77
Усвідомлення соціальної значущості професії лікаря	3,80
Професійна спрямованість	3,43
Індекс задоволеності професією	3,68
Мотивація професійної діяльності	3,78
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3,70</b>

Діагностика стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти України передбачала з'ясування рівня засвоєння студентами випускного курсу знань етичного характеру. За допомогою письмового та усного опитування, тестування, письмового розв'язування ситуаційних завдань, есе, співбесід було встановлено значення кожного з показників пізнавального критерію, зокрема знання основ аксіології, принципів і норм етики та етикету; знання етичних нормативних вимог до професії лікаря та клятви лікаря; знання традицій різних народів; знання тактики та стратегії спілкування, основ комунікативної поведінки; знання етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків; знання стратегій і методів вирішення етичних конфліктів.

Опрацювання масиву анкет, тестового матеріалу, письмових робіт з розв'язуванням ситуаційних завдань професійно-етичного характеру, есе та співбесід дозволили зробити висновок, що за когнітивним критерієм студенти випускного курсу, з якими проводилося опитування, продемонстрували загалом

досить високі результати. Так, наприклад, з 856-ти опитаних лише 98 осіб отримали низькі бали за окремими завданнями, при цьому 5 студентів не змогли виконати завдання тестів або письмових робіт. Здебільшого мова йде про слабкі знання стратегій і методів вирішення етичних конфліктів, знання тактики та стратегії спілкування, основ комунікативної поведінки.

Для деяких студентів складними виявилися завдання щодо норм етики та професійного етикету, етичних нормативних вимог до професії лікаря (8,2 % опитаних дали відповідь, що відповідає пороговому рівню). Близько 11 % продемонстрували слабкі знання основ і правил комунікативної поведінки з різними категоріями пацієнтів та їхніми рідними; знання етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків. Студенти випускного курсу, які здобували освітній ступінь магістра, показали невпевнене володіння матеріалом про етичні норми і приписи культового і релігійного характеру, а також про медичну етику представників різних національностей та віросповідання. Узагальнені дані, отримані за допомогою вже зазначених методів, представлено у таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності  
випускників медичних університетів за показниками пізнавального критерію  
(n=856)**

Рівні Показники	Пороговий		Середній		Достатній		Високий	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Знання основ аксіології, принципів і норм етики та етикету.	34	3,97	256	29,90	461	53,86	105	12,27
Знання етичних нормативних вимог до професії лікаря та клятви лікаря.	58	6,78	210	24,54	446	52,09	142	16,59
Знання особливостей віросповідання, культури, традицій різних народів.	67	7,83	312	36,45	322	37,61	155	18,11
Знання тактики та стратегії спілкування, основ комунікативної поведінки.	44	5,14	212	24,77	396	46,25	204	23,84
Знання етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків.	50	5,84	160	18,70	438	51,17	208	24,29
Знання стратегій і методів вирішення етичних конфліктів.	65	7,59	229	26,76	315	36,80	247	28,85

Узагальнення даних, представлених у таблиці 3.9, шляхом переведення у бали (середня арифметична величина) рівнів сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за показниками пізнавального критерію подано в таблиці 3.10.

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за показниками пізнавального критерію (n=856)**

<b>Показники</b>	<b>Середній бал</b>
Знання основ аксіології, принципів і норм етики та етикету	3,21
Знання етичних нормативних вимог до професії лікаря та клятви лікаря	3,24
Знання особливостей віросповідання, культури, релігій та традицій різних народів	3,13
Знання тактики та стратегії спілкування, основ комунікативної поведінки	3,33
Знання етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків	3,37
Знання стратегій і методів вирішення етичних конфліктів	3,31
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3,27</b>

Для отримання кількісних даних за показниками *результативного критерію* сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту було враховано результати перевірки виконання практичних робіт, оцінювання дій студентів під час їх участі у рольових іграх, письмове та усне опитування, тестування, письмове розв'язування ситуаційних завдань, контрольні та проектні роботи, метод спостереження. Узагальнення отриманих результатів було кропітким процесом, оскільки потрібно було врахувати дані застосування різних методів для оцінювання 856-ти випускників. Для оптимізації і прискорення узагальнення отриманих результатів було використано програмне комп'ютерне забезпечення «IBM® SPSS Statistics®». Узагальнені дані, отримані за допомогою перерахованих методів, представлено у таблиці 3.11.

З таблиці 3.11 видно, що високий рівень сформованості професійно-етичної компетентності за показниками результативного критерію показали від 25 до 30,14 % опитаних, достатній – від 32,25 до 49,18 % випускників, середній – від 21,97 до 34,81 респондентів, а пороговий – від 3,62 до 8,99 % опитаних.



Таблиця 3.11

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності  
випускників медичних університетів за показниками результативного  
критерію (n=856)**

Рівні	Пороговий		Середній		Достатній		Високий	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Показники								
Уміння налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики.	44	5,14	188	21,97	410	47,89	214	25,00
Уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики.	31	3,62	276	32,24	364	42,53	185	21,61
Здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації.	48	5,61	205	23,95	421	49,18	182	21,26
Уміння застосовувати знання професійної етики для розв'язання завдань медичної практики.	77	8,99	298	34,81	276	32,25	205	23,95
Володіння методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету.	64	7,48	190	22,19	348	40,65	254	29,68
Здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків.	65	7,58	233	27,25	300	35,03	258	30,14
Уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті.	45	5,27	247	28,85	317	37,03	247	28,85

Загалом експерти відзначили, що серед 856 опитаних переважна більшість студентів показала ґрунтовне володіння уміньми, серед яких уміння оперувати етичними поняттями, вирішувати тестові завдання різної складності щодо етичних проблем, оперувати етико-термінологічними поняттями, орієнтуватися в правилах етикету та синтезувати набуті знання з філософських дисциплін у цілісне світосприйняття та світорозуміння. Водночас, 8,99 % студентів мали труднощі при застосовуванні знань професійної етики для розв'язання завдань медичної практики. Не змогли продемонструвати здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків 7,58 % опитаних.

Значною є частка студентів, що продемонстрували достатній (47,89 %) та високий (25,00 %) рівень уміння налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики. Це ж стосується володіння методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету: високий рівень виявлено у 29,68 % опитаних, а 40,65 % – достатній. Експерт також відзначили досить ґрунтовне володіння студентами випускного курсу методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету. Високий рівень продемонстрували 254 студенти, а достатній – 348.

Однак, попри досить значну кількість студентів, які готові до професійної діяльності з дотриманням правил і принципів етико-медичної поведінки, результати констатувального експерименту засвідчили наявність суттєвих резервів для вдосконалення змісту, форм і методів освітнього процесу медичних університетів у контексті формування умінь професійно-етичного характеру. Про це свідчить досить значна частка студентів, які продемонстрували пороговий і низький рівень сформованості умінь, які структурно входять до складу діяльнісно-операційного компонента професійно-етичної компетентності.

Узагальнення даних, представлених у таблиці 3.11, шляхом переведення у бали (середня арифметична величина) рівнів сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за показниками результативного критерію подано в таблиці 3.12.

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за показниками результативного критерію ( $n=856$ )**

<b>Показники</b>	<b>Середній бал</b>
Уміння налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики.	3,36
Уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики.	3,27
Здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації.	3,30
Уміння застосовувати знання професійної етики для розв'язання завдань медичної практики.	3,18
Володіння методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету.	3,36
Здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків.	3,32
Уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті.	3,33
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3,30</b>

Для отримання кількісних даних за показниками *поведінкового критерію* сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту було враховано результати анкетування, тестування, експертного оцінювання, написання есе та співбесід, спостереження за діями студентів у різних ситуаціях навчальної та практичної діяльності.

У підрозділі 3.1 було визначено блок професійно-особистісних якостей лікаря, що входять до складу структури і змісту професійно-етичної компетентності. Серед них чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, уміння тримати слово. Крім перерахованих, науковці до групи професійно-етичних

якостей, що ними має володіти лікар, відносять й деякі комунікативні якості, зокрема привабливість (зовнішню і внутрішню), ввічливість, повагу до інших людей, готовність надати допомогу, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість, здатність бути хорошим співрозмовником, комунікабельність, доступність для спілкування, контактність, довіра до людей. З огляду на це одним із завдань констатувального етапу експерименту було з'ясування ставлення студентів до того, якими якостями і здібностями повинен володіти лікар (у контексті професійно-етичної компетентності), щоб відповідати високому суспільному призначенню.

Результати опрацювання анкет і тестів дозволили зробити висновок, що думки переважної більшості опитаних студентів збіглися з незначною дисперсією. Паралельно перед опитуваними було поставлено завдання оцінити сформованість цих якостей у себе (методом самооцінювання). Отримані результати представлено у табл. 3.13.

*Таблиця 3.13*

**Результати сформованості професійно важливих якостей майбутніх лікарів, що входять до складу структури і змісту професійно-етичної компетентності (за 5-ти бальною системою оцінки)**

Професійно важливі якості (у контексті професійно-етичної компетентності)	Бажаний	Реальний
Чесність	4,05	3,85
Інтелігентність	4,40	3,75
Людяність	4,92	4,0
Доброта	4,20	3,8
Надійність	3,70	3,5
Принциповість	3,50	3,8
Безкорисливість	3,60	2,55
Уміння тримати слово	3,65	3,60

Порядність	4,87	4,25
Обов'язковість	3,55	3,3
Відповідальність	3,95	3,70
Привабливість (зовнішня і внутрішня)	4,10	4,00
Тактовність	4,85	3,65
Ввічливість	4,80	3,30
Повага до людей	3,3	3,10
Готовність надати допомогу	3,9	2,85
Авторитет	3,85	2,55
Спостережливість	3,20	3,00
Комунікабельність, здатність бути хорошим співрозмовником	4,70	3,15
Контактність, доступність для спілкування	4,50	3,45
Уважність	4,91	3,15
Довіра до людей	3,10	2,5

Отже, респонденти вважають, що для успішної професійної діяльності у сфері охорони здоров'я дуже потрібні людяність (4,92 бала), уважність (4,91 бала), порядність (4,87 бала), тактовність (4,85 бала), ввічливість (4,80 бала), комунікабельність, здатність бути хорошим співрозмовником (4,7 бала), контактність, доступність для спілкування (4,5 бала), інтелігентність (4,4 бала) та доброта (4,2 бала). Ці професійно-важливі якості мають найвищі середні оцінки серед опитаних респондентів. Водночас час, самооцінка стану сформованості цих професійно-етичних якостей майбутніх лікарів, яких було опитано під час констатувального етапу експерименту, відрізняється від бажаної. Про це свідчать подані у таблиці результати.

Крім цієї процедури для отримання емпіричних даних на констатувальному етапі експерименту було застосовано методи, що дозволили отримати об'єктивні

кількісні дані за показниками *поведінкового критерію* сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Узагальнення отриманих результатів здійснено із застосуванням програмного комп'ютерного забезпечення «IBM® SPSS Statistics®». Узагальнені дані, отримані за допомогою перерахованих методів, представлено у таблиці 3.14.

Таблиця 3.14

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за показниками поведінкового критерію (n=856)**

Рівні <b>Показники</b>	Пороговий		Середній		Достатній		Високий	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Чесність, відповідальність, порядність, безкорисливість	34	3,97	122	14,25	385	44,97	315	36,79
Людяність, доброта, ввічливість, повагу до інших людей, уважність	47	5,49	128	14,95	346	40,41	335	39,13
Інтелігентність, принциповість, уміння тримати слово, тактовність, вихованість, готовність надати допомогу	44	5,14	130	15,19	388	45,32	294	34,34
Зовнішня і внутрішня привабливість, стриманість	25	2,92	150	17,52	329	38,43	352	41,12
Здатність бути хорошим співрозмовником, контактність комунікабельність	35	4,09	132	15,42	347	40,53	342	39,95

Узагальнені дані, представлені у таблиці 3.14, було переведено у бали (як середнє арифметичне). Це дозволило отримати уявлення про розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за показниками поведінкового критерію (див. таблицю 3.15).

Таблиця 3.15

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за показниками поведінкового критерію (n=856)**

Показники	Середній бал
Чесність, відповідальність, порядність, безкорисливість	3,55
Людяність, доброта, ввічливість, повагу до оточуючих, уважність	3,53
Інтелігентність, принциповість, уміння тримати слово, тактовність, вихованість, готовність надати допомогу	3,50
Зовнішня і внутрішня привабливість, стриманість	3,58
Здатність бути хорошим співрозмовником, контактність, комунікабельність	3,56
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3.54</b>

Для отримання кількісних даних за показниками *ціннісного критерію* сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на констатувальному етапі експерименту було враховано результати низки методів, зокрема анкетування, тестування, «Експрес-діагностики соціальних цінностей особистості» (Додаток Ж.1), «Експрес-діагностики рівня соціальної ізольованості особистості» Д. Рассела і М. Фергюссона (Додаток Ж.2), методики вивчення здатності до самоуправління в спілкуванні, методики визначення індексу групової згуртованості» Шишора, методики «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, методу спостереження за діями студентів у різних ситуаціях навчальної та практичної діяльності, експертного оцінювання, есе, співбесіди. Отримані результати узагальнено за допомогою програмного комп'ютерного забезпечення «IBM® SPSS Statistics®» та представлено у таблиці 3.16.

Таблиця 3.16

**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності  
випускників медичних університетів за показниками ціннісного критерію  
(n=856)**

Рівні	Пороговий		Середній		Достатній		Високий	
	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%	Кількість	%
Усвідомлення цінності життя і здоров'я пацієнта	24	2,80	173	20,22	300	35,04	359	41,94
Ціннісне ставлення до професії, розуміння важливості завдань, що виконуються лікарями	33	3,86	145	16,94	397	46,38	281	32,82
Соціальне становище і робота, що приносять задоволення	56	6,54	211	24,66	288	33,64	301	35,16
Причетність до справи охорони здоров'я	41	4,79	237	27,69	266	31,07	312	36,45
Відсутність прагматичних цінностей	78	9,11	301	35,16	289	33,77	188	21,96

Узагальнені дані, представлені у таблиці 3.16, було переведено у бали (як середнє арифметичне). Це дозволило отримати уявлення про розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за показниками ціннісного критерію (див. табл. 3.17).

Таблиця 3.17



**Розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності  
випускників медичних університетів за показниками ціннісного критерію  
(n=856)**

Показники	Середній бал
Усвідомлення цінності життя і здоров'я пацієнта	3,56
Ціннісне ставлення до професії, розуміння і усвідомлення важливості завдань, що їх виконують лікарі	3,49
Соціальне становище і робота, що приносять задоволення та авторитет	3,40
Причетність до справи охорони здоров'я	3,42
Відсутність прагматичних цінностей	3,16
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3,41</b>

Отже, у підрозділі представлено інформацію про стан сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів за результатами дослідно-експериментальної роботи на базі п'яти медичних університетів, а саме: Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», Одеського національного медичного університету та Запорізького державного медичного університету. Всього на цьому етапі експерименту було опитано 856 студентів випускного курсу магістратури медичних університетів. За результатами констатувального етапу педагогічного експерименту отримані результати з використанням *пізнавального* (служить для діагностики когнітивного компонента професійно-етичної компетентності – сформованості знань етичного характеру), *результативного* (призначений для оцінювання діяльнісно-операційного компонента – етичних умінь і навичок), *поведінкового* (відповідає професійно-особистісному компоненту і призначений для оцінювання сформованості професійно-етичних якостей лікаря), *афективного* (стосується емоційно-мотиваційного компонента та служить для визначення рівня сформованості морально-етичних мотивів професійної діяльності лікаря) і

*ціннісного* (служує для діагностики ціннісно-орієнтаційного компонента – ціннісних орієнтацій і установок лікаря) критеріїв представлено у таблиці 3.18.

Таблиця 3.18

**Середні значення інтегральних показників критеріїв сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів (середній бал)**

Критерії	Середній бал
Пізнавальний	3,27
Результативний	3,30
Поведінковий	3,54
Афективний	3,70
Ціннісний	3,41
Середнє значення інтегрального критерію	<b>3,444</b>

Отримані результати свідчать про те, що в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти є певні резерви щодо покращення процесу формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Це обумовлює потребу в обґрунтуванні концептуальних основ формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти, а також розробленні технології її впровадження.

### **Резюме**

1. Професійно-етична компетентність лікаря є складним, цілісним, індивідуально-психологічним, інтегративним, багаторівневим утворенням, яке є результатом здобуття неперервної освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» і об'єднує теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості та практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибір ним свідомої етичної поведінки відповідно до

професійно-етичних норм, а також здатність до самореалізації, потребу в професійно-етичному самовдосконаленні впродовж життя.

У структурі цієї компетентності доцільно виокремити когнітивний, діяльнісно-операційний, професійно-особистісний, емоційно-мотиваційний і ціннісно-орієнтаційний компоненти. Когнітивний опонент містить знання основ етики; методів і прийомів застосування знань на практиці; знання основ культури, релігій та традицій різних народів; основних принципів і норми етики; основ аксіології; тактики та стратегії спілкування, комунікативної поведінки; історико-етичних учень та основних проблем філософії; специфіки етики як форми суспільної свідомості, що розкриває сутність світу та створює раціональні передумови для осмислення людиною цілей і сенсу життя.

Діяльнісно-операційний компонент містить аналітичні, прогностичні, рефлексивні, інформаційні, перцептивні, комунікативні уміння, що забезпечують етичну поведінку та ефективну взаємодію з пацієнтами, колегами, керівництвом та іншими людьми.

Професійно-особистісний компонент професійно-етичної компетентності охоплює професійно-особистісні якості лікаря, зокрема чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, уміння дотримуватись слова. Важливе значення мають також ввічливість, повага до людей, готовність надати допомогу, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість, здатність бути хорошим співрозмовником, комунікабельність, доступність для спілкування, контактність.

Емоційно-мотиваційний та ціннісно-орієнтаційний компоненти охоплюють соціальні мотиви, бажання лікувати інших, можливість спілкуватися та допомагати людям, можливість піклуватися про здоров'я знайомих; науково-освітні мотиви, зокрема мотиви обрання професії для вирішення наукових проблем, вивчення нових захворювань і шляхів лікування, прагнення навчатися нового, підвищити рівень своєї кваліфікації; мотиви вибору професії з міркувань отримання матеріальної винагороди; престижність професії; можливість піклуватися про своє

здоров'я; бажання зробити кар'єру та впливати на інших людей; відкриття власної клініки тощо

2. Критеріями сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів доцільно визначити пізнавальний (слугує для діагностики когнітивного компонента професійно-етичної компетентності), результативний (призначений для оцінювання діяльнісно-операційного компонента), поведінковий (відповідає професійно-особистісному компоненту), афективний (стосується емоційно-мотиваційному компоненту) і ціннісний (слугує для діагностики ціннісно-орієнтаційного компонента) критерії.

3. Діагностика стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти України передбачала з'ясування рівня засвоєння студентами випускного курсу знань етичного характеру, уміння етичної поведінки та вирішення складних етичних проблем, уміння налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики та ін. За допомогою письмового та усного опитування, тестування, письмового розв'язування ситуаційних завдань, есе, співбесід було встановлено значення кожного з показників усіх критеріїв сформованості професійно етичної компетентності. Опрацювання масиву анкет, тестового матеріалу, письмових робіт з розв'язуванням ситуаційних завдань професійно-етичного характеру, есе та співбесід дозволили зробити висновок, що за з використанням пізнавального, результативного, поведінкового, афективного і ціннісного критеріїв дозволило встановити середні значення інтегральних показників, відповідно 3,27, 3,30, 3,54, 3,70 та 3,41. Середнє значення інтегрального критерію – 3,44.

Зазначені дані свідчать про те, що в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти є певні резерви щодо покращення процесу формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Це обумовлює потребу в обґрунтуванні концептуальних основ формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти, а також розробленні технології її впровадження.

**РОЗДІЛ 4****КОНЦЕПТУАЛЬНІ І ТЕХНОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ  
ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У  
МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ****4.1. Обґрунтування концепції формування професійно-етичної  
компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти**

Узагальнення результатів аналізу науково-теоретичних основ формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти, стану актуальних професійно-етичних проблем сучасної медицини у професійній підготовці лікарів, історико-педагогічних і компаративістських засад формування професійно-етичної компетентності, сучасних тенденцій підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвинутою економікою у контексті проблеми дослідження, а також результатів діагностики стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти України дозволили зробити певні висновки. По-перше, у процесі підготовки майбутніх лікарів до професійної діяльності є суттєві резерви і можливості для покращення ефективності формування професійно-етичної компетентності. По-друге, узагальнення сучасних тенденцій підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвинутою економікою і в Україні у контексті формування професійно-етичної компетентності, ознайомлення з результатами наукових досліджень учених і практичним досвідом підготовки студентів у медичних університетах дало змогу виявити низку суперечностей, які помітні в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти, зокрема:

– між вимогами стандартів вищої освіти щодо рівня і змісту професійно-етичної компетентності випускників – майбутніх лікарів і їх реальною готовністю до медичної практики; між потенціалом інноваційних освітніх технологій і

консервативними підходами до організації та змісту підготовки майбутніх лікарів до професійної діяльності;

між зростаючими обсягами науково-педагогічної, медичної, соціальної, екологічної, інформації етико-деонтологічного спрямування та необхідністю її включення до змісту підготовки майбутніх лікарів;

між актуальними вимогами до якості педагогічної діяльності науково-педагогічних працівників і їх реальною професійно-педагогічною та методичною готовністю до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів;

між дидактичними можливостями сучасних інформаційних засобів навчання та інноваційних технологій у сфері охорони здоров'я і реальним ступенем інтенсифікації освітнього процесу у медичних закладах вищої освіти;

між мотивами вступу до медичних університетів і навчання студентів та станом задоволення їх професійних інтересів і професійної реалізації.

Зазначені суперечності обумовлюють необхідність удосконалення освітнього процесу у медичних закладах вищої освіти, обґрунтування концепції формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів й розроблення технології її впровадження, а також актуалізують пошук відповідей на низку проблемних питань. Йдеться про те, що потрібно з'ясувати, які принципи відбору змісту навчання потрібно враховувати на сучасному етапі реформування медичної галузі в Україні для підготовки майбутніх лікарів, здатних надавати кваліфіковану лікарську допомогу в умовах європейської та світової інтеграції; які компоненти освітнього процесу медичних закладів вищої освіти потрібно модернізувати з метою результативного формування професійно-етичної компетентності у першу чергу і в якій послідовності, за яким алгоритмом; який зарубіжний досвід заслуговує на імплементацію в освітній процес медичних університетів; як забезпечити взаємну відповідальність суб'єктів освітнього процесу за кінцеві результати професійної підготовки майбутніх лікарів; як узгодити індивідуальну траєкторію розвитку особистості студентів з вимогами державних стандартів вищої освіти щодо змісту та рівня знань, умінь і навичок майбутніх лікарів; які засоби моніторингу потрібно застосовувати для з'ясування стану сформованості

професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; як і який досвід підготовки майбутніх лікарів у медичних університетах України доцільно імплементувати в систему освіти з урахуванням національного освітнього законодавства; які освітні, наукові, методичні та інформаційно-технологічні можливості мають медичні університети для цілеспрямованого та системного формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

У дослідженні ми виходимо з того, що ці важливі питання можна вирішити шляхом обґрунтування концептуальних основ та розроблення науково-методичних засад формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти. ***Концептуальні основи розкривають методологічний, теоретичний і методико-технологічний концепти провідної ідеї дослідження.***

***Методологічний концепт***, на нашу думку, має відображати фундаментальні філософські та педагогічні ідеї, зокрема людиноцентризму, філософії освіти, принципи гуманізму, соціокультурного розвитку суспільства, оскільки діяльність лікаря спрямована на збереження людського життя і здоров'я від моменту зачаття та вимагає гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодійності і милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності та справедливості. Ці моральні засади відображено в Етичному кодексі лікаря України, положеннях Міжнародного кодексу лікарської етики, Гельсінкської декларації, Загальної декларації про геном і права людини й Конвенції про захист прав та гідності людини. Важливість дотримання саме цих принципів обґрунтовується також тим, що лікарська і медична етика відображають конкретно-історичні уявлення про цінність людини. Результати аналізу наукових праць з проблем медичної етики [29; 47; 63; 89; 168; 181; 201; 262] дозволяють вести мову про низку сучасних тенденцій у сфері охорони здоров'я. Одна з основних тенденцій полягає в тому, що пошук шляхів використання досягнень медицини для збереження життя та покращення здоров'я і довголіття людини ведеться в планетарному масштабі. Отже, людиноцентризм, принципи гуманізму, соціокультурного розвитку суспільства є визначальними положеннями у

формуванні професійно-етичної компетентності, оскільки вони відображають вихідні засади професійної придатності лікаря. Від його компетентності, людяного ставлення до інших та від гуманності медицини загалом залежить здоров'я і життя людей.

Крім вихідних філософських положень, методологічний концепт відображає взаємозв'язок і взаємодію різних наукових підходів. У дослідженні ми дотримуємося думки, що формувати професійно-етичну компетентність майбутніх лікарів необхідно з урахуванням положень системного, особистісно орієнтованого, діяльнісного, компетентнісного, аксіологічного, цивілізаційно-середовищного, культурологічного, професіографічного, контекстного, історико-логічного, інтегративного і рефлексивного підходів. Однак провідними є системний і компетентнісний (як різновид діяльнісного) підходи. Обґрунтуємо цю думку.

На сучасному етапі розвитку педагогічної науки системний підхід розглядається як напрям у методології науки, завданням якого є розробка методів дослідження й конструювання складних за організацією об'єктів як систем, розкриття їх цілісності, виділення в них різноманітних типів зв'язків та зведення їх у єдину теоретичну картину [80, с. 305]. З філософської точки зору, система (від грецького *systema* – складене з частин, поєднання) – це множина елементів, які знаходяться у відношеннях і зв'язках між собою, завдяки чому утворюється певна цілісність, єдність [377]. Отже, система – це цілісність, у якій всі елементи так тісно пов'язані між собою, що стають щодо навколишнього середовища та інших систем певну єдність. Застосування системного підходу до вирішення проблеми формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачає її розгляд і вирішення з урахуванням двох площин:

перша – вивчення феномену «професійно-етична компетентність», її структури і змісту, дослідження актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині, сутності та змісту професійної етики і професійно-етичної компетентності у медичній освіті кінця XX – початку XXI століття в Україні, а також сучасних тенденцій підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвиненою економікою в контексті формування професійно-етичної



компетентності;

друга – дослідження формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів в умовах освітньої системи медичного університету як комплексного педагогічного процесу з урахуванням варіативності науково-методичного забезпечення професійної підготовки.

*Ця теза є важливою концептуальною основою для вирішення проблеми дослідження.*

Формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на засадах *особистісно-орієнтованого* підходу передбачає створення необхідних умов для особистісної реалізації студентів, визнання їх активними суб'єктами діяльності, розкриття їхнього потенціалу, здібностей і розвитку професійно-важливих якостей у середовищі медичних університетів на основі загальнолюдських цінностей, створення умов для саморозвитку та самореалізації, а також становлення суб'єкт-суб'єктних відносин. *Особистісно-орієнтований* підхід у дослідженні пов'язуємо із системним підходом, оскільки, на думку К. Платонова, перший передбачає індивідуальний підхід до людини як до особистості з розумінням її як системи, що визначає всі інші психічні явища [330, с. 190–217]. *Особистісно-орієнтований* підхід віддзеркалює найважливіший теоретико-методологічний принцип медицини та медичної психології [301, с. 35–38]. К. Платонов підкреслював, що особистісний підхід – «це підхід до хворої людини як до цілісної особистості з урахуванням її багатогранності і всіх її індивідуальних особливостей» [330, с. 193].

Отже, *особистісно-орієнтований* підхід ми розглядаємо як основу дослідження з трьох площин – створення необхідних умов для особистісної реалізації студентів, становлення суб'єкт-суб'єктних відносин в освітньому середовищі медичного університету, а також ставлення до пацієнта як до цілісної особистості з урахуванням всіх її індивідуальних особливостей.

Урахування *діяльнісного* підходу у процесі формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів означає організацію та цілеспрямоване управління навчальною діяльністю студентів у загальному контексті їх

життєдіяльності – спрямованості інтересів, життєвих планів, ціннісних орієнтацій, розуміння сенсу опанування професією лікаря, особистісного досвіду в інтересах професійного становлення. Особливе значення має не просто діяльність студентів, а їх спільна діяльність з викладачами та наставниками для досягнення спільно сформульованих та визначених цілей і завдань. Педагоги не лише подають готові зразки етичної поведінки та духовної культури, а прагнуть до створення, спільного продукування їх разом зі студентами. У контексті діяльнісного підходу студент є не просто виконавцем, він є суб'єктом діяльності, за допомогою якої здійснюється його самореалізація.

Отже, діяльнісний підхід до формування професійно-етичної компетентності передбачає особистісне включення студентів у цей процес. При цьому забезпечується комфортне психологічне самопочуття студентів і викладачів, суттєво знижуються конфліктні ситуації під час навчальної діяльності. Створюються сприятливі передумови для підвищення рівня загальнокультурної підготовки, що є суттєвим для набуття досвіду професійно-етичної поведінки. Важливим є також і те, що діяльнісний спосіб організації освітнього процесу не суперечить усталеній системі навчання в медичних університетах, а доповнює і удосконалює її, зберігаючи все корисне для досягнення освітніх цілей підготовки майбутніх лікарів.

На засадах теорії діяльності (Л. Виготський [71], В. Давидов [91], О. Леонтьєв [259], І. Лернер [261], С. Рубінштейн [364]) ґрунтується контекстний підхід (концепція контекстного навчання, автором якої є А. Вербицький). Відповідно до цього, засвоєння соціального досвіду здійснюється у результаті активної діяльності студента. Така діяльність має бути адекватною їх практичному застосуванню у майбутній професійній діяльності, передбачати активне навчання, орієнтуватись на професійну підготовку студентів і впроваджуватись за допомогою системного використання професійного контексту, поступове насичення навчального процесу елементами професійної діяльності [55]. У дослідженні ми виходимо з того, що застосування положень цього підходу для вирішення проблеми формування професійно-етичної компетентності передбачає проектування

організації освітнього процесу за допомогою дидактичних форм, методів і засобів, що моделюють предметний і соціальний контекст майбутньої професійної діяльності лікаря.

Урахування *компетентнісного* підходу у процесі формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів обумовлено у першу чергу тим, що йдеться не про засвоєння студентами відокремлених знань, умінь і навичок (ЗУНів), а цілісного індивідуально-психологічного, інтегративного, багаторівневого утворення, яке є результатом здобуття неперервної освіти і об'єднує теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості та практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибірним свідомою етичною поведінкою відповідно до професійно-етичних норм, а також здатність до самореалізації, потребу у професійно-етичному самовдосконаленні впродовж життя.

По друге, компетентнісний підхід тісно пов'язаний із особистісно-орієнтованим підходом – одним з наріжних каменів підготовки майбутніх лікарів до професійної діяльності, оскільки передбачає трансформацію змісту освіти шляхом перетворення на особистісне ставлення до явищ, предметів і процесів навколишньої дійсності, що є необхідними для майбутньої продуктивної професійної діяльності. Саме тому сформовані під час компетентнісної освіти компетентності перетворюються на власні ціннісні орієнтації суб'єктів навчання. Важливим є і те, що ці суб'єктивні надбання майбутнього лікаря можна виміряти.

По третє, застосування компетентнісного підходу у процесі формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, в основу якого ми покладаємо ідею діяльнісного (активного) характеру змісту освіти, обумовлено тісним взаємозв'язком із діяльнісним підходом, тому що ефективне формування зазначеної компетентності може відбуватися тільки в діяльності – у процесі виконання студентами медичних університетів орієнтованого комплексу дій.

Важливим також є те, що одним з визначальних принципів морально-етичного ставлення медпрацівників до пацієнтів є принцип гуманізму – принцип етики і моралі, що передбачає задоволення потреб людини, збереження її здоров'я

та життя. Похідними від принципу гуманізму є принципи «Не зашкодь», «Роби благо», а також принцип поваги автономії пацієнта, справедливості, свободи і захисту його гідності. Фактично ці принципи визначають важливі гуманістичні ціннісні орієнтації лікаря. Результати узагальнення висновків наукових досліджень [8, с. 299–303; с. 34–42; 393, с. 40–46] дозволяють зробити висновок, що гуманістична ціннісна орієнтація активізує всі інші ланки системи цінностей. Отже, оскільки професійна діяльність лікаря ґрунтується на таких цінностях, як життя і здоров'я людини – найвищих суспільних цінностях та самоцілі суспільного розвитку, то одним з наріжних підходів до вирішення проблеми формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів є *аксіологічний* підхід. Покладення цього підходу в основу дослідження є важливим ще й з огляду на те, що ціннісні орієнтації особистості стосовно того чи іншого об'єкта (предмета, явища) формуються в процесі їх оцінки особистістю, усвідомлення нею їх значущості для задоволення життєвих і професійних потреб.

Загалом побудова процесу формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах з урахуванням принципів *аксіологічного* підходу передбачає формування у студентів ціннісного ставлення до професії, до збереження здоров'я та життя пацієнтів, їхньої гідності, а також перетворення компонентів зазначеної компетентності (знань, умінь і навичок) на цінності майбутньої професійної діяльності.

Важливим є також й інший аспект дослідно-експериментальної роботи. Ми припускаємо, що результативне формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах вимагає такої організації освітнього середовища навчальних закладів, яка б забезпечила оптимальний вплив його чинників на усі компоненти зазначеної компетентності. Йдеться про врахування положень *цивілізаційно-середовищного* підходу, який, крім створення відповідних умов організації середовища (суспільного, освітнього, групового, інформаційного та ін.), передбачає розгляд педагогічних процесів як цивілізаційних явищ. Цей підхід дозволяє розглядати педагогічну дійсність як результат впливу різних чинників та детермінант розвитку людської цивілізації. Він, на думку О. Дубасенюк

та О. Вознюка, означає використання законів та особливостей соціально-економічного, історичного розвитку людської цивілізації у сфері аналізу конкретної педагогічної проблеми [105, с. 11–18]. Оскільки у дослідженні йдеться про пошук шляхів формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах, то потрібно врахувати особливості розвитку морально-етичних поглядів на лікарську діяльність в історичній ретроспективі (підрозділ 1.2), актуальні проблеми професійної етики в сучасній медицині (підрозділ 1.3), а також уявлення про професійну етику та професійно-етичну компетентність у змісті медичної освіти у кінці ХХ – початку ХХІ століття в Україні (підрозділ 2.1).

Важливе значення для розв’язання проблеми дослідження має, на нашу думку, також урахування принципів *культурологічного* підходу, який, на думку вчених [105, с. 11–18], визначається сукупністю методологічних прийомів, що забезпечують аналіз сфери професійної підготовки майбутніх лікарів через призму системотвірних культурологічних понять, зокрема «культура», «професійна культура», «норми», «цінності», «етика», «професійна етика», «мораль» тощо. Ці поняття є базовими для розв’язання проблеми дослідження. Крім того, на думку А. Погодіної, культурологічний підхід слугує засобом для створення й аналізу організаційної культури навчального закладу [6], оскільки вона передбачає формування спільного простору, який охоплює цінності, норми, поведінкові моделі тощо [332, с. 41–47].

Ще один важливий сенс культурологічного підходу полягає у підготовці майбутнього фахівця, здатного бачити себе в загальнокультурному контексті суспільства, повністю соціалізованого із сформованою ціннісно-мотиваційною сферою, до якої належать такі цінності, як життя, здоров’я, гідність людини тощо [20; 241].

Загалом, на нашу думку, особистісний і культурологічний підходи можна розглядати у межах єдиної гуманістичної орієнтації в освіті.

Що стосується авторського бачення урахування положень *професіографічного* підходу, то у дослідженні ми виходимо з того, що процес

формування професійно-етичної компетентності має спрямовувати майбутніх лікарів на дотримання комплексу вимог до їх майбутньої професійної діяльності, що представлені, наприклад, в Освітньо-професійній програмі галузі знань «Охорона здоров'я».

В аспекті формування професійно-етичної компетентності важливе значення має також урахування положень *рефлексивного* підходу. Йдеться про спрямування освітнього процесу в медичних університетах на використання таких навчально-педагогічних ситуацій, що активізують рефлексію (самосвідомість, Я-концепцію) учасників освітнього процесу. За даними наукових досліджень, цей підхід набув широкого поширення в системі зарубіжної професійної освіти як умова вдосконалення професійної педагогічної майстерності, ерудиції та кругозору, а також розвитку критичного мислення та адекватної оцінки результатів професійної діяльності [252]. Рефлексивний підхід у формуванні професійно-етичної компетентності майбутнього лікаря ми розглядаємо як процес звернення до власного досвіду, його осмислення та критичне оцінювання результатів діяльності (навчальної, квазіпрофесійної або професійної). Він передбачає самоаналіз вчинків, оцінку отриманих результатів і співвіднесення їх з поставленою метою для коригування зусиль і отримання більш високих результатів у майбутній професійній діяльності.

Застосування положень *історико-логічного* підходу для розв'язання проблеми дослідження передбачає отримання результатів аналізу досвіду формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у контексті її генези, минулого та сучасного стану, закономірностей та тенденції тощо.

Складну проблему формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освітине можна вирішити лише засобами однієї чи кількох дисциплін. З огляду на це провідна ідея дослідження передбачає застосування положень *інтегративного* підходу, що обґрунтовує особливості дотримання в освітньому процесі принципу інтегральності знань у площині їх міждисциплінарності, а також інтеграції цілей професійної підготовки майбутніх лікарів. Інтеграцію ми розглядаємо як механізм, що реалізує принцип

взаємодоповнюваності дисциплін професійного спрямування та гуманітарних дисциплін у контексті формування досвіду професійно-етичної поведінки.

Провідна ідея формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах містить також *теоретичний концепт*. Його зміст розкривається базовими поняттями дослідження («майбутній лікар», «лікарська етика», «медична етика», «професійна підготовка», «компетентність», «професійна компетентність», «моральна культура», «етична культура», «комунікативна компетентність» та «професійна етична компетентність»), усвідомлення та критичний аналіз сутності яких дозволяє окреслити проблемне поле та обґрунтувати сутність, охарактеризувати структуру і зміст професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, визначити критерії, показники та рівні її сформованості.

Теоретичний концепт дослідження має дати відповідь на запитання: що таке «професійно-етична компетентність», яке її місце у структурі готовності майбутнього лікаря до професійної діяльності, які вимоги висуваються до особистості майбутнього фахівця сфери охорони здоров'я у морально-етичному контексті, якими професійними вміннями (що вимагають дотримання відповідних етичних норм) має володіти випускник медичного університету, які знання професійної етики забезпечують застосування цих умінь на практиці, якими мають бути професійно-особистісні якості майбутнього лікаря, щоб він міг виконувати свої професійні обов'язки на високому етичному рівні. Головна функція теоретичного концепту полягає у визначенні та обґрунтуванні педагогічних умов, впровадження яких в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти сприятиме результативному формуванню професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

З урахуванням результатів аналізу наукових джерел [22; 70; 299; 418] можна зробити висновок, що *університетському середовищу як соціальному інституту з його освітніми та соціальними умовами (у тому числі клініками та медичними закладами, де здійснюється практична підготовка студентів) належить провідна роль у формуванні професійно-етичної компетентності*. За класифікацією А. Мудрика, який виділив основні фактори соціалізації, об'єднавши їх у чотири

групи, освітнє середовище належить до мікрофакторів, які безпосередньо впливають на конкретну людину [299]. Це підтверджують також І. Подласий [333] та І. Зайченко [169]. На думку вчених, мікрофактори впливають на розвиток особистості через так званих агентів соціалізації, тобто осіб, у безпосередній взаємодії з якими відбувається її життя. На різних вікових етапах розвитку людини склад агентів різний [169]. У медичних університетах такими агентами є науково-педагогічні працівники. З огляду на це важливе значення для результативного формування професійно-етичної компетентності має забезпечення функціонування сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища; налагодження та розвиток суб'єкт-суб'єктної взаємодії викладачів і студентів як основи для наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній лікарській практиці; підготовка науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Ще одним концептуальним положенням теоретичного концепту є теза про те, що *в умовах освітнього середовища медичних університетів результативність формування професійно-етичної компетентності залежить від спеціально організованого навчання*. Освітнє середовище ВМНЗ має суттєві резерви для формування цієї компетентності. Це показали результати констатувального етапу експерименту. Необхідним є лише *переосмислення сутності та змісту компонентів* освітнього процесу для досягнення цілей формування професійно-етичної компетентності та визначення основних напрямів педагогічної діяльності. Оскільки структуру педагогічного процесу утворюють цільовий (окреслює мету і завдання, що її конкретизують), змістовий (визначає сукупність ставлень, ціннісних орієнтацій, досвіду діяльності та знань), діяльнісний (характеризує форми, способи, засоби взаємодії, спрямованої на досягнення мети і завдань, освоєння змісту педагогічного процесу), результативний (уособлює досягнуті результати та ступінь ефективності педагогічного процесу) та ресурсний (відображає соціально-економічні, морально-психологічні, гігієнічні умови перебігу педагогічного процесу) компоненти, то необхідно запропонувати такі педагогічні умови, що забезпечували б вплив на кожен з цих компонентів.



На сучасному етапі розвитку медичної освіти мета підготовки майбутнього лікаря представлена в освітньо-професійній програмі. Саме тому для визначення мети і завдань формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів треба брати до уваги перелік і опис типових завдань (задач), які майбутній лікарі виконуватимуть у майбутній професійній діяльності. Опис і характеристика цих завдань дозволить алгоритмізувати порядок та ієрархію формування цілей набуття знань, умінь і навичок – компонентів професійно-етичної компетентності.

З огляду на це у дослідженні пропонується щодо **цільового компонента** освітнього процесу *проекувати мету і завдання формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності, а також впровадити поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання*. Крім того, важливе значення при визначенні мети і завдань, що її конкретизують, має урахування інтеграції теорії та практики підготовки майбутніх лікарів. З урахуванням цього пропонується деталізувати мету цільового компонента завданнями щодо поєднання теоретичної і практичної підготовки студентів з метою розвитку етичної відповідальності за надання медичної допомоги пацієнтам. Запропоновані умови узгоджуються положеннями *професіографічного* підходу.

Щодо змістового компонента освітнього процесу, то у дослідження ми виходимо з того, що він є нормативним, тобто визначається навчальним планом, освітньо-професійною програмою та змістом навчально-методичного забезпечення. Цей компонент можна представити як поєднання загальнонаукових, і професійних знань, що становлять фахову основу світогляду майбутнього лікаря; системи умінь і навичок майбутньої професійної діяльності; досвіду діяльності, що забезпечує належний рівень морально-етичної культури; досвіду емоційно-цілісного ставлення до навколишньої дійсності і до себе; досвіду етичних міжособистісних і професійних стосунків та суспільних відносин; особистісних якостей майбутнього фахівця. Однак зміст цього компонента освітнього процесу потребує регулярного перегляду у зв'язку зі змінами у змісті професійної діяльності лікарів. Йдеться про осучаснення медицини,

реформування сфери охорони здоров'я, накопичення передового медичного досвіду лікування та догляду пацієнтів, імплементації тощо. З огляду на це змістовий компонент освітнього процесу потребує коригування з урахуванням усталених методологічних підходів до конструювання змісту освіти, а також вимог, що спираються на розроблені педагогікою вихідні теоретичні засади – принципи й критерії відбору змісту освіти.

Отже, реалізувати це концептуальне положення, на нашу думку, можна шляхом відбору та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами; моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики; уведення факультативних занять на основі спеціального курсу, що сприяють поглибленому оволодінню етичними нормами професійної діяльності.

Ще один компонент освітнього процесу – *діяльнісний* об'єднує форми, методи, засоби навчальної взаємодії викладачів і студентів, їх співробітництво, організацію й управління процесом, спрямованого на досягнення мети і завдань змісту педагогічного процесу. Як стверджує Н. Волкова, педагогічний процес як система стає успішним за умови ефективної управлінської діяльності на усіх рівнях [66]. При цьому слід зазначити, що попри суб'єктно-суб'єктний характер педагогічного процесу, його головною управлінською ланкою є викладач, який забезпечує оптимальні умови для навчання, виховання, розвитку та професійної підготовки майбутніх лікарів, а також для їхнього саморозвитку та творчої реалізації. З огляду на це важливе значення має управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів, що охоплює – різноманітні види індивідуальної і колективної діяльності на навчальних заняттях або в позааудиторний час за завданнями викладача, під його керівництвом, але без його безпосередньої участі.

Важливою є також теза про те, що педагогічна діяльність є одним з основних засобів педагогічного процесу. За результатами аналізу науково-педагогічних джерел [23; 40; 99; 178; 271], вона становить складну систему процесів, що охоплюють уточнення мети педагогічної взаємодії, проектування дій на основі моніторингу та

діагностування стану об'єктів, відбір змісту, форм, методів, засобів навчально-виховного процесу, взаємодію, спрямовану на всебічний розвиток особистості (спільну діяльність, співробітництво, спілкування з іншими суб'єктами педагогічного процесу), діагностування результатів педагогічного процесу та його корекцію. Всю діяльність пронизує процес управління, що базується на обернених взаємозв'язках між суб'єктами педагогічного процесу. З огляду на це, а також з урахуванням того, що діяльнісний компонент педагогічного процесу охоплює форми, способи, засоби навчальної і виховної взаємодії, спрямованої на досягнення мети і завдань професійної підготовки майбутніх фахівців, здійснити вплив на цей компонент, на нашу думку, можна шляхом активізації ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині; застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки; моделювання занять, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій; використання у професійній підготовці майбутніх лікарів технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення. Разом з тим, ефективність діялісного компонента педагогічного процесу залежить від активної взаємодії науково-педагогічних працівників і студентів, встановлення між ними суб'єкт-суб'єктних відносин. Саме тому застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії сприятиме формуванню таких відносин.

Щодо *результативного* компонента педагогічного процесу слід зазначити, що він є завершальним етапом професійної підготовки майбутніх лікарів і передбачає оцінку рівня сформованості професійно-етичної компетентності, досягнення мети навчання і виховання студентів, засвоєння ними знань, умінь, навичок і морально-етичної поведінки, їх впливу на ціннісне ставлення до пацієнтів та майбутньої лікарської практики. Крім цього, цей компонент передбачає з'ясування ефективності освітнього процесу, якості його перебігу, впливу навчально-пізнавальної діяльності студентів на формування професійно-етичної компетентності.

Оцінка результатів професійної підготовки загалом та формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів зокрема має бути об'єктивною, систематичною і послідовною. Щоб оцінити результати зазначеного процесу, визначити, як вони вплинули на формування усіх компонентів професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, необхідно мати чіткі критерії та показники (індикатори) вимірювання рівнів їх сформованості. Крім цього, безумовно важливим є виявлення конкретних змін у поведінці студентів ВМНЗ, що є результатом навчальних і виховних впливів у контексті ціннісного ставлення до лікарської етики, визначення найбільш ефективних педагогічних умов, форм, методів, прийомів і способів навчально-виховного впливу, а також тих, які не варто застосовувати і від яких слід відмовитися. З огляду на це важливою умовою, яка має забезпечити ефективність *результативного* компоненту процесу формування професійно-етичної компетентності, є *регулярний моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів*, що передбачає застосування пізнавального, результативного, поведінкового, афективного та ціннісного критеріїв, а також чотирьох рівнів сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів – порогового (низького), середнього, достатнього і високого.

Ще один важливий компонент процесу формування професійно-етичної компетентності – *ресурсний* – відображає соціально-економічні, морально-психологічні, гігієнічні умови його перебігу. У дослідженні ми виходимо з того, що процес формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичному університеті є певною системою, що перебуває в інших системах: педагогічному процесі ВМНЗ, факультеті, навчальній групі, на окремому занятті тощо. Кожна з таких систем функціонує в певних зовнішніх (соціальних, економічних, культурних, освітньо-виховних тощо) та внутрішніх (матеріально-технічних, морально-психологічних, санітарно-гігієнічних, кадрових) умовах. З огляду на це у контексті дослідження пропонується *формувати соціально-психологічне середовище, сприятливе для професійного самовдосконалення майбутніх лікарів у контексті професійно-етичної компетентності, яке забезпечується шляхом педагогічного керівництва цим процесом*.

**Методико-технологічний концепт** провідної ідеї дослідження охоплює розроблення та експериментальну апробацію технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, що передбачає поетапне впровадження педагогічних умов, а також інноваційного змісту, форм і методів формування і діагностики досліджуваної властивості та моніторингу ефективності цього процесу на різних етапах його реалізації.

Для нас важливим є положення про те, що *розвиток студентів і формування їх як майбутніх фахівців на різних курсах має свої особливості* [334]. Дослідники Л. Подоляк і В. Юрченко наводять характеристику особливостей навчання та адаптації студентів у ВНЗ з терміном навчання 5 років, що охоплює бакалаврат і магістратуру. Оскільки навчання у ВМНЗ триває, як правило 6 років, ми пропонуємо характеристику особливостей навчання майбутніх лікарів з урахуванням специфіки навчання в медичних університетах, змісту навчальних планів та етапів набуття знань, умінь і навичок професійно-етичного характеру. Врахування цієї характеристики дозволить визначити послідовність впровадження педагогічних умов, змісту форм і методів формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Отже, на 1-му курсі відбувається їх залучення до студентських форм життя, адаптація до умов навчання у ВМНЗ. При цьому, за даними наукових досліджень [334], поведінка більшості студентів характеризується високим ступенем конформізму та недиференційованим підходом до своїх нових соціальних ролей – студента, майбутнього лікаря.

Навчання майбутніх лікарів на 2-му курсі характеризується найбільш напруженою навчальною діяльністю і пов'язане з інтенсивним включенням студентів до всіх форм організації навчання, практики і виховання. Студенти отримують загальноосвітню та загальномедичну підготовку. Це впливає на розвиток їх культурних і професійних запитів та інтересів. Процес адаптації до умов навчання у вищій школі загалом завершується на цьому курсі навчання. Студенти пробують себе у педіатричній практиці (доглядають за хворими).

На 3-му курсі характерним для майбутніх лікарів є зміцнення інтересу до наукової роботи, що свідчить про розвиток і поглиблення професійних інтересів студентів. Вони починають цікавитися майбутньою спеціалізацією, проявляють інтерес до лікарських спеціальностей. Інколи це приводить до звуження сфери професійних інтересів, а становлення особистості майбутнього лікаря загалом визначається фактором спеціалізації. Студенти вивчають онови біоетики та етичні проблеми в медицині, переосмислюють набутий досвід практики догляду за хворими та на практиці мають можливості набути досвіду застосування професійно-етичних знань, умінь і навичок.

Для 4-го курсу навчання характерний інтенсивний пошук раціональніших шляхів і форм спеціальної підготовки. На цьому курсі відбувається переоцінка студентами життєвих і професійних ціннісних орієнтацій. Майбутні лікарі вивчають блок дисциплін внутрішньої медицини.

На 5-му курсі студенти бачать перспективу близького закінчення ВМНЗ, визначаються зі спеціалізацією підготовки, мають чіткі практичні настанови на майбутню спеціалізацію професійної лікарської діяльності. При цьому вони виявляють нові, актуальні ціннісні орієнтації, пов'язані з матеріальним і родинним станом, майбутнім місцем роботи тощо.

На 6-му курсі студенти навчаються за спеціалізацією, проходять практику в клінічних базах, здійснюють амбулаторний прийом хворих, готуються до державної атестації. В освітньому процесі використовуються ситуаційні задачі, різного рівня складності тести, амбулаторні карти тематичних хворих, відеоматеріали, мультимедійні презентації. Кожен студент складає протокол курації амбулаторного хворого, що містить дані щодо основних скарг, анамнезу, об'єктивного статусу, лабораторно-інструментального обстеження, обґрунтування діагнозу, виділення основних факторів ризику захворювання, розробку реабілітаційних заходів та програм диспансерного спостереження тощо.

Важливе значення для розробки *методико-технологічного концепту* дослідження має вираховування особливостей розвитку когнітивної сфери

студентів. За результатами дослідження Г. Крайга [236], виокремлено три стадії послідовних змін у мисленні студентів:

1 стадія – стадія початкового дуалізму, коли студенти інтерпретують світ і свій освітній досвід авторитарним, дуалістичним чином. Вони шукають істину й прагнуть до знань. На думку студентів, світ може бути лише хорошим або поганим, правильним або неправильним. У цій ситуації роль викладача полягає у тому, щоб правильно вчити студентів, пояснюючи складну природу світу та навколишнього середовища.

2 стадія – стадія концептуального релятивізму. Студенти, зіткнувшись з різними точками зору, поступово починають їх визнавати і навіть схвалювати таке різноманіття думок. Вони стають терпимими до суперечливих поглядів, до думок різних учених.

3 стадія – стадія самостійно обраної позиції та відповідальності. У студентів виникає потреба прийти до якоїсь власної думки, своїх переконань і відповідей на спірні запитання. Спочатку це реалізується дослідним, випробувальним шляхом. Потім студенти цілком визначаються і беруть на себе відповідальність за вибір власних цінностей, поглядів і свого стилю життя [236].

Отже, формування професійної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах супроводжується низкою суперечностей. Їх можна подолати шляхом обґрунтування концептуальних основ та розроблення науково-методичних засад формування зазначеної компетентності, що **розкривають методологічний, теоретичний і методико-технологічний концепти**.

**Методологічний концепт** передбачає формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на засадах системного, особистісно орієнтованого, діяльнісного, компетентнісного, аксіологічного, цивілізаційно-середовищного, культурологічного, професіографічного, контекстного, історикологічного, інтегративного і рефлексивного підходів. Однак провідними є системний і компетентнісний (як різновид діяльнісного) підходи.

**Теоретичний концепт** розкриває сутність, структуру і зміст поняття «професійно-етична компетентність», її місце у структурі готовності майбутнього

лікаря до професійної діяльності, а також визначає педагогічні умови, впровадження яких в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти сприятиме результативному формуванню професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

**Методико-технологічний концепт** провідної ідеї дослідження з урахуванням методологічного і теоретичного розкриває технологію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів – поетапне впровадження педагогічних умов, а також інноваційного змісту, форм і методів формування і діагностики досліджуваної властивості та моніторингу ефективності цього процесу на різних етапах.

З урахуванням особливостей професійної підготовки студентів у ВМНЗ, специфіки їх розвитку і становлення як майбутніх лікарів на різних курсах навчання, стадій послідовних змін у мисленні студентів під час навчання, а також концептуальних положень методологічного і теоретичного концептів провідної ідеї дослідження можна запропонувати певну послідовність її впровадження у методико-технологічному плані, яку доцільно визначити як технологію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів (далі – технологія). Вона передбачає вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний) і реалізується у три етапи:

1) *початковий* (пропедевтичний), що охоплює 1-2 курси навчання майбутніх лікарів. Цей етап передбачає ознайомлення студентів у процесі аудиторної, позааудиторної та практичної діяльності з ключовими поняттями професійної етики, виховання позитивного ставлення до лікарської діяльності, розвиток морально-етичних уявлень про лікарську діяльність в історичній ретроспективі, забезпечення функціонування сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища, Реалізація цілей початкового етапу забезпечується шляхом впровадження таких *педагогічних умов*:



проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності;

відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами;

забезпечення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині;

активізація рефлексивної діяльності майбутніх лікарів через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору;

підготовка науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів;

застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії.

2) пізнавально-пошуковий, що охоплює 3-4 курси навчання майбутніх лікарів. Цей етап передбачає формування в майбутніх лікарів умінь і навичок використовувати набуті знання розв'язання професійно-етичних ситуацій у професійній діяльності, а також розвиток здатності дотримуватися морально-етичних принципів у медичній практиці. Досягнення цілей пізнавально-пошукового етапу забезпечується шляхом впровадження таких педагогічних умов:

застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки;

моделювання занять, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій;

налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності;

поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання;

управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів;

організації сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища.

3) *базовий* (визначальний), що охоплює 5-6 курси навчання майбутніх лікарів. Цей етап передбачає закріплення професійно-етичних умінь і подальший розвиток мотивації до професійної діяльності з урахуванням професійно-етичних принципів надання медичної допомоги; стимулювання самостійної науково-дослідної роботи студентів; впровадження тренінгової програми та професійних творчих завдань, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики. Досягнення цілей *базового* етапу забезпечується шляхом впровадження таких педагогічних умов:

моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики;

застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення;

управління самостійною науково-дослідною роботою студентів;

уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності;

моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів;

впровадження тренінгової програми сприяння розвитку професійної етики майбутніх лікарів.

У наступних підрозділах дисертації буде представлено обґрунтування педагогічних умов і методичні аспекти технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.

#### 4.2. Педагогічні умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти

З урахуванням особливостей професійної підготовки студентів, специфіки їх розвитку і становлення як майбутніх лікарів на різних курсах навчання, а також концептуальних положень методологічної і теоретичної складових провідної ідеї дослідження у цьому підрозділі обґрунтовано педагогічні умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.

Йдеться про вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний), який передбачено здійснювати у три етапи. Зокрема, на *початковому* (пропедевтичному) етапі, що охоплює 1-2 курси навчання майбутніх лікарів, як зазначено у підрозділі 4.1, передбачено ознайомити студентів у процесі аудиторної, позааудиторної та практичної діяльності з ключовими поняттями професійної етики, виховувати позитивне ставлення до лікарської діяльності, розвивати морально-етичні уявлення про лікарську діяльність в історичній ретроспективі, створювати і підтримувати сприятливе для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовище.

Для досягнення цілей *початкового етапу* важливе значення як педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів має *проекування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності.*

Важливість цієї умови обумовлена значенням цільового компонента педагогічного процесу та особливостями власне компетентнісної освіти. Йдеться про те, що саме освіта, яка базується на компетенціях, враховує значущість життєвих навичок фахівця, зосереджується на тому, що вони в результаті навчання повинні виконувати (вмітимуть робити), а не на тому, чого вони мають навчитися [325, с. 15].

Компетентнісно-орієнтована освіта спрямована на те, щоб відповідати особистим, соціальним, професійним та культурним потребам сучасного суспільства [13]. О. Пометун щодо цього зазначає, що спрямованість системи освіти на засвоєння системи знань, що була традиційною й виправданою ще декілька десятиліть тому, вже не відповідає сучасному соціальному замовленню, яке потребує самостійних, ініціативних і відповідальних членів суспільства [224, с. 15]. О. Овчарук також підкреслює, що «...саме компетентності є тими індикаторами, які дозволяють визначити готовність випускника до життя, його подальшого особистого розвитку й до активної участі в суспільному житті» [224, с. 6].

Дослідники Л. Антонюк, Н. Василькова, Д. Ільницький, І. Кулага, В. Турчанінова звертають увагу на те, що за компетентної освіти важливо враховувати ролі випускника ВНЗ у майбутній професії та результати, яких він повинен досягти, аби успішно цю роль виконувати. Професія, до якої студентів готують, як правило, передбачає кілька ролей (дослідження, розробка, консультування тощо). Ці ролі слід описати і, відповідно, їх слід сформулювати як пов'язані з ними результати, тобто результатами можуть бути послуги та продукти, які випускник має вміти застосовувати або створювати (наприклад, аналітичні звіти, дослідницькі інструменти тощо). На основі цього необхідно визначити компетенції, які є здатністю особи, що має виконувати певну роль, досягати певних результатів [224, с. 27].

При проектуванні мети і завдань формування професійно-етичної компетентності важливо враховувати основні вимоги до постановки цілей. О. Коваленко щодо цього пропонує звертати увагу на відповідність вимогам освітніх документів, повне розкриття предмета навчальної діяльності та змісту навчального матеріалу; визначення елементів навчальної діяльності майбутніх фахівців, необхідних для належного формування особистісного та професійного досвіду і професійно значущих якостей [216, с. 136–137].

Для конкретизації цілей у світовій практиці прийнято використовувати таксономію Б. Блума [468]. Дослідник пропонує класифікувати об'єкти цілей на

основі їхнього природного взаємозв'язку, розміщуючи необхідні категорії у певній послідовності, за ієрархією. На думку Б. Блума, для досягнення освітньої мети важливо виокремити окремі цілі відповідно до процесу засвоєння навчального матеріалу, визначивши шляхи і способи, за допомогою яких можна впливати на мислення (когнітивну сферу), почуття (ефектну сферу) і дії (психомоторну сферу) [468, с. 26]. Насамперед йдеться про опис, наприклад, когнітивної сфери у категоріях «впізнавати, розуміти, аналізувати, використовувати, синтезувати» та ін.

Систему когнітивних установок, як зазначає Б. Блум, становлять:

знання – здатність дізнаватися, відтворювати інформацію, у тому числі факти, термінологію, критерії, теорії;

розуміння – здатність буквально розуміти значення будь-якого повідомлення (у режимах сприйняття викладеного й перенесення в іншу форму (переклад), перебудовування ідей у нову конфігурацію (інтерпретація) та оцінювання і прогнозування на основі раніше отриманої інформації (екстраполяція));

застосування – уміння застосовувати знання, інформацію в новій ситуації;

аналіз – поділ матеріалу на окремі складові, визначення їх відношень і розуміння моделі їх організації;

синтез – творче поєднання частин або елементів у нове ціле (професійне написання есе, пропозиції щодо способів перевірки гіпотез і формулювання теорій, які можна застосувати до професійних ситуацій);

оцінювання – формування ціннісних суджень про ідеї, рішення, методи тощо [341, с. 8–9].

Б. Блум у зазначеній ієрархії знання трактує як перший, найпростіший рівень. Далі йдеться ще про інші рівні цілей: знання, розуміння, застосування (цілі нижчого порядку) та аналіз, синтез, оцінювання (цілі вищого порядку).

Щодо афективної сфери (емоційно-ціннісної) Б. Блум пропонує звертати увагу на формування інтересів і схильностей, переживання тих чи інших почуттів щодо навчання та навчального матеріалу, формування усвідомленого ставлення до навчання та діяльності. Щодо психомоторної сфери, на думку вченого, важливого звертати увагу на такі категорії, як імітація, маніпуляція, точність, поділ на рухи та

природність.

Загалом визначення цілей на основі таксономії Б. Блума дозволяє враховувати при визначенні цілей навчання особливості професійної діяльності майбутніх лікарів, перелік їх посадових обов'язків і функцій, завдань (задач) професійної діяльності та поетапної організації освітнього процесу в навчальному закладі.

Далі відповідно до структури педагогічного процесу слід вказати на таку педагогічну умову формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, як *відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами*.

Необхідність цієї умови обумовлена як структурою педагогічного процесу, так і особливостями власне компетентісного підходу. Так, наприклад, С. Трубачова серед важливих умов впровадження компетентісного підходу в навчальний процес вказує на інформаційні елементи, які необхідні для набуття певного рівня компетентності: «Якщо керуватись розумінням освітньої компетенції як системи знань, умінь, навичок і досвіду діяльності учня, структурованих навколо певної низки об'єктів реальної дійсності, необхідних для здійснення ним подальшої продуктивної освітньої діяльності, то зовнішньою ознакою компетенції буде її специфічний предметний, загальнопредметний або соціальний характер, який впливатиме на обсяг знань, умінь і навичок учня та на глибину його досвіду діяльності, необхідних для формування певного рівня компетентності [224, с. 51].

С. Трубачова підкреслює, що за компетентісного підходу зміст освіти, як педагогічно адаптований соціальний досвід, має складатися з відповідних йому структурних компонентів, кожен з яких є певним специфічним досвідом і в кінцевому результаті може бути представленим у вигляді системи компетентностей [224, с. 52]. Далі, зазначає С. Трубачова, важливо визначити рівень навчального предмету, тобто конкретизувати склад, структуру, функції змісту освіти. Його слід зафіксувати у навчальних програмах та методиках викладання навчальних предметів. Для забезпечення поступовості впровадження компетентісного підходу в змісті освіти важливо врахувати вимоги до рівня компетентності фахівців. У свою

чергу на рівні навчального матеріалу важливо зафіксувати склад, структуру й функції змісту освіти у підручниках та інших засобах навчання [224, с. 54].

Дослідники Є. Шиянов та І. Котова також підкреслюють, що «провідним засобом є зміст навчання. Знання, що їх здобуває молода людина, завдання, що їх вона вирішує під час навчання, визначають її практичні, перцептивні та розумові дії і те, які сторони явищ стають для неї значимими та суттєвими» [451, с. 145].

На думку О. Власової, основним засобом доведення інформації про цінності є зміст навчального матеріалу. Педагог повинен звертати увагу на формування ставлення молоді людини до ціннісних основ життя – добра, істини, краси й основних соціально-культурних цінностей, таких як людина, суспільство, природа, праця та пізнання [62, с. 223–224].

На важливість урахування у змісті освіти потреб майбутнього фахівця вказує Г. Атанов. Він зазначає, що цілі навчання для конкретної дисципліни задаються характером майбутньої професійної діяльності, тобто цілями більш високого порядку. Необхідність досягнення цих цілей визначає зовнішню компоненту змісту, яку утворюють певні вміння. Цей зміст засвоюється за допомогою певних засобів – знань та вмінь [14, с. 84]. Г. Атанов вважає, що зміст навчання становить задана характером майбутньої спеціальності система дій і тільки ті знання, які забезпечують виконання всіх цих дій [14, с. 13]. Дослідник підкреслює, що у сучасному розумінні знати означає за допомогою знань здійснювати певну діяльність, а не лише пам'ятати певні знання [14, с. 14].

І. Бех також звертає увагу на необхідність повідомлення молодій людині знань про моральні норми. На думку вченого, це є основою для глибокого усвідомлення певної моральної норми не тільки у формі абстрактного етичного поняття, а й у формі відповідної поведінкової ситуації, коли моральні норми набувають для молоді людини суспільно ціннісного смислу [25, с. 178].

Для формування професійно-етичної компетентності важливо у змісті освіти передбачити вивчення сутності моралі як форми суспільної свідомості, тобто, як зазначає Н. Мойсеюк, зводу правил, норм, вимог, які регулюють відносини і взаємодію людей, їх поведінку [294, с. 430]. Н. Волкова також зазначає, що

моральне виховання пов'язане з пізнанням сутності моралі, морального ідеалу, опануванням моральних норм, моральних переконань, вихованням благородних моральних якостей, здатності переживати моральні почуття тощо [66, с. 115]. Ці знання стануть основою, як підкреслює С. Максимюк, для формування стійких моральних якостей, потреб, почуттів, навичок поведінки на основі засвоєння ідеалів, норм і принципів моралі та практичної діяльності [271, с. 323].

Загалом для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливо звертати увагу на моральні засади їх професійної діяльності, свідому дисципліну, поняття обов'язку і відповідальності. Саме тому студенти повинні знати і розуміти значення моральних норм у діяльності лікаря. Потрібно формувати в студентів розуміння значення таких категорій, як добро, зло, честь, гідність, стосовно професії лікаря. У цьому контексті П. Фрейре підкреслює: «Якщо ми серйозно поглянемо на те, що означає бути людиною, то викладання змісту не може бути відділене від морального формування. Навчати – значною мірою формувати» [435, с. 52].

На значення змісту освіти у формуванні моральних норм суб'єктів навчання вказував і В. Сухомлинський. Він підкреслював, що знання, розуміння суті моральних цінностей становлять фундамент, основу вироблення ідейних переконань: «Глибина, міцність моральних переконань, їх активний вияв у діяльності великою мірою залежать від того, як у процесі морального виховання наші вихованці виробляють власну ідейну, соціальну орієнтацію. По суті вироблення цієї орієнтації і є процес перетворення, переходу знань у переконання» [409, с. 126]. Відомий педагог також зазначав: «Багаторічний досвід переконує, що, коли послідовно розкривати перед вихованцями зміст моральних цінностей і при цьому праця, якою вони захоплені, має в своїй основі моральну ідею, у кожній людині, яку ми виховуємо, формуються правильні позиції, погляди, зокрема на такі важливі проблеми, як мета і сенс життя; суть соціального й морального прогресу; непримиренність прогресивного і реакційного; суспільство і особистість; класова суть переконань, вчинків, поведінки; обов'язок і повинність; щастя; скороминучі й немеркнучі цінності» [409, с. 127].



Загалом дослідники одностайні в тому, що для формування у молоді розуміння сутності моралі та моральних вимог, необхідних моральних якостей однією з перших ланок цього процесу є інформаційний компонент, ознайомлення з найважливішими етичними категоріями. За таких умов формуються відповідні позиції, погляди, зокрема на важливі моральні проблеми, мету і сенс морального у житті та професійній діяльності. У такому випадку знання стають поштовхом для становлення особистісної позиції, основою формування моральних переконань та готовності до моральних вчинків.

Таким чином, для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливе значення має відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій професійної діяльності, взаємодії майбутніх лікарів з колегами та пацієнтами. Це передбачає ознайомлення майбутніх лікарів з найважливішими етичними категоріями їх професійної діяльності, необхідними для формування відповідних ціннісних позицій та переконань.

При визначенні третьої педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів враховано *значення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів при організації компетентісного навчання загалом та вивчення питань медичної етики зокрема.*

Ціннісне ставлення до інших людей, до своєї діяльності слід вважати найважливішим аспектом підготовки молоді до життя в соціумі загалом та майбутніх фахівців окремо. Зокрема, В. Сухомлинський розглядає цінності як стимули людської діяльності. В. Сухомлинський приділяв велику увагу питанням морального виховання, формування гуманістичних відносин у дитячих колективах. Він вважав, що основою будь-яких взаємовідносин має бути праця, активна діяльність творчість. Інакше, зазначає відомий педагог, людина не зможе налагодити належних відносин з іншими людьми: «Від того, що є основним джерелом радості дитини, – чи те, що вона дістає від старших, чи те, що дає суспільству, – залежить дисципліна, відповідальність особистості перед суспільством і перед власним сумлінням. Розніжені й розбещені індивідууми

формується тоді, коли в їхньому житті є єдина радість – радість споживання» [409, с. 425–426].

Для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, які повинні не шкодувати сил заради інших людей, важливі також такі слова В. Сухомлинського: «Народна педагогіка вчить: з того часу, як дитина навчилася нести ложку від миски до рота, вона мусить працювати. Цього мудрого правила слід дотримуватися в такій тонкій сфері виховання, де людина, пізнаючи світ, виділяє в ньому себе як суспільну істоту, буття, щастя, добробут якої залежать від того, які матеріальні цінності вона створює для інших людей, як самим життям своїм допомагає іншим людям жити. Праця для людей, для колективу, для суспільства, для майбутнього – найважливіше джерело моральної свідомості, моральних почуттів, особливо почуття особистої честі й гідності» [409, с. 506].

В. Сухомлинський звертає увагу на необхідність формування у молоді неогоїстичного ставлення до інших людей. Найбільшою небезпекою, на думку педагога, є прагнення людини задовольняти всі свої бажання. Не звертаючи уваги на потреби інших людей: «Якщо ця звичка вкоренилася, якщо дитина прийшла з нею до школи, то інших людей вона розглядатиме тільки як джерело задоволення своїх бажань... А правильне включення в життя суспільства, правильна соціалізація можливі лише тоді, коли людина свідомо прагне до гармонії власного «я» з інтересами інших людей, не тільки вміє, а й прагне поступитися своїми бажаннями в інтересах загального блага» [409, с. 494].

Схожу думку висловив Е. Фромм, виокремивши людей за тим, чого вони прагнуть у своєму житті: мати чи бути. Вчений вважає, що люди, які живуть за принципом «мати», до всього, у тому числі й до людей, ставляться споживацьки, вони не готові щось зробити для когось. Люди, які живуть за принципом «бути», незалежні та активні, але не зовнішньо, а внутрішньо, тобто продуктивно використовують свої людські потенції. «Бути» означає відмовитись від власного егоцентризму та себелюбства [436, с. 100–101]. Для людей, що живуть за принципом «бути», характерні такі якості, як прагнення віддавати, ділитися з іншими, жертвувати собою [436, с. 112]. Саме для лікарів потреба віддавати,

ділитися з іншими, готовність жертвувати собою заради інших мають бути властиві. Допомогу і самопожертва вони повинні розглядати як своє покликання. За словами Е. Фромма, «характер цих спеціалістів відповідає тим цінностям, які вони проголошують» [436, с. 115].

Для нас важливе бачення Е. Фромма щодо можливості формування необхідних тенденцій. Він зазначає: «Людам властиві обидві тенденції: по-перше, тенденція мати (володіти), потужність якої зумовлена переважно біологічним чинником, інстинктом самозбереження; по-друге, тенденція бути, віддавати, жертвувати собою, яка посилюється у специфічних умовах людського існування завдяки внутрішньо властивій людині потребі в подоланні самотності через єднання з іншими. Оскільки обидва ці протилежні прагнення живуть у кожній людині, домінування якогось із них визначається типом соціальної структури, її цінностей і норм» [436, с. 118].

Про першочергове значення загальної життєвої ціннісно-сміслової структури як регулятора поведінки та діяльності особистості вказує й І. Бех. Дослідник підкреслює, що «від стійкості цієї структури залежатиме, чи формуватимуться в людини цілеспрямованість, наполегливість, терпіння та інші якості, за допомогою яких вона успішно долатиме нелегкі умови на шляху до досягнення власних цілей» [27, с. 177]. Виховною тактикою І. Бех пропонує постійне та поступове нарощування в досвіді особистості складності певних індивідуально та суспільно важливих завдань, які вона мусить розв'язувати.

Для формування необхідних цінностей О. Рудницька пропонує звертати увагу на зміст навчального матеріалу: «Те, що пізнається, має стати засобом орієнтування людини у всіляких життєвих ситуаціях, соціально-психологічною призмою її світобачення, розширення духовно-культурної сфери, а це вимагає використання різноманітних навчально-виховних впливів [367, с. 75].

Окрім цього, вчені [224; 270; 278] одностайні також щодо значення відповідних мотивів та цінностей у навчанні. Так, наприклад, О. Савченко зазначає, що, вибудовуючи навчальний зміст і методику, слід враховувати детермінацію формування мотивації навчання різними умовами. Дослідниця підкреслює, що

мотиви спрямовують, організовують пізнання, надають йому особистісного значення. Серед зовнішніх мотивів, які безпосередньо не пов'язані з діяльністю, але впливають на її успішність, дослідниця називає позитивне ставлення до навчального закладу, загальну допитливість, довіру до вчителя, готовність сприйняти його цілі тощо. Внутрішні мотиви пов'язані безпосередньо із самим процесом навчання та його результатами, вони часто залежать від ситуації (цікаве завдання, змагальність, підтримка вчителя тощо) [224, с. 39]. О. Савченко для формування навчальної мотивації пропонує збагачувати зміст особистісно орієнтовним матеріалом, підвищувати його емоціогенність, застосовувати різні способи педагогічної підтримки позитивної мотивації молодих людей, стимулювати їх інтелектуальні почуття, розвивати пізнавальні інтереси і потреби, формувати прагнення до саморозвитку і самовдосконалення, виховувати відповідальне ставлення до навчання, вольові зусилля [224, с. 40].

Думку про те, «навчати означає не передавати осягнення об'єкта учневі, а стимулювати учня, який є суб'єктом процесу пізнання, досягти здатності осягнути об'єкт і повідомити про своє осягнення» висловлює і П. Фрейре. Дослідник підкреслює: «Що ефективніше я зможу стимулювати мого учня до досліджень і задоволення своєї допитливості, то кращим я буду вчителем... Моя роль суттєвим чином полягає в стимулюванні учня до його власного осягнення об'єкта, використовуючи для цього, звичайно, запропоновані мною матеріали [435, с. 101].

Дослідники О. Власова [62], С. Занюк [170], А. Маркова [276], В. Ротенберг [363], для підвищення мотивації до навчання пропонують звертати увагу на організацією педагогічного процесу, характер мотив і потреб суб'єктів навчання. Зокрема, О. Власова, для формування пізнавальних інтересів студентів пропонує спеціальним чином організовувати навчальну діяльність майбутніх фахівців, елементами якої мають бути навчальна ситуація та мотив, тотожний цілі, навчальне проблемне завдання, навчальні дії виділення й моделювання способу розв'язування завдання, а також оцінка й контроль перебігу навчальної діяльності [62, с. 133].

В. Ротенберг для розвитку пізнавального інтересу студентів пропонує залучати їх самостійного пошуку і відкриттів нових знань, урізноманітнювати навчальну діяльність, пропонувати студентам важкі, але посильні завдання, систематично перевіряти та оцінювати їх роботу. Важливо також, на думку вченого, щоб майбутні фахівці розуміли корисність, потрібність, важливість нових знань [363].

Учені Л. Подоляк і В. Юрченко вважають, що ставлення студентів до навчання можна змінити, якщо ознайомлювати студентів з майбутньою професійною діяльністю та її суспільною значущістю показувати значення знань для професійної діяльності, з'ясувати близькі й перспективні цілі навчання, розвивати бачення себе в професії та позитивний образ «Я професіонал», підтримувати сприятливий «пізнавальний» психологічний клімат у навчальній групі, виробляти у студентів потребу і вміння самостійно працювати з літературою, створювати умови для самопізнання, самовиховання, стимулювання прагнення до самовдосконалення [334, с. 164].

Це допоможе студентам, ідентифікувати себе з професією, усвідомити свій ціннісний життєвий простір і побачили його зв'язок та зв'язок здобутих знань з обраною професією.

Таким чином третя педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачає забезпечення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині. Важливе значення має відповідне інформаційне наповнення та структурування навчального матеріалу, максимальне врахування професійних потреб майбутніх лікарів через актуальність та новизну навчального матеріалу і забезпечення активної ролі студентів у навчальному процесі з використанням відповідних методів навчання.

Четверта педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів має передбачати *активізацію рефлексивної діяльності майбутніх лікарів через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору*. Це обумовлено тим, що, як зазначає І. Бех, «самоусвідомлення, що має

спонтанну природу, викликає в суб'єкта відповідний процес духовного саморозвитку» [27, с. 54]. Дослідник підкреслює, що «процес створення цілісності й безкінечна концентрація духовних цінностей залежать від напруженості рефлексії, яка спрямовується на цю духовну мету. Лише усвідомлення вищих духовних цінностей робить із конкретного, індивідуального Я безкінечне Я як вищий сенс життя особистості» [27, с. 54].

І. Бех вважає, що саме в цьому полягає сенс самосвідомості як Я в дії. Ця робота, зазначає учений, може розгортатися на двох рівнях: 1) самоспостереження (інтроспекції), коли суб'єкт споглядає за змістом і актами власної свідомості; 2) рефлексії (мислення стосовно себе), коли він здатен здійснювати певні перетворення внутрішнього світу, власного Я». Важливо зазначити, що, на думку І. Беха, якщо самоспостереження – це пасивний процес, то рефлексія – високоактивний. Вона допомагає людині усвідомити компоненти внутрішнього світу Я суб'єкта і є вирішальним фактором, що визначає змістовий діапазон Я [27, с. 54–55].

З огляду на змістово-цільову своєрідність та сутнісні характеристики особистісної рефлексії І. Бех веде мову про декілька функцій рефлексії у духовному розвитку особистості. Зокрема, породжувальна функція спрямована на формування духовного Я особистості на основі результатів діяльності свідомості стосовно засвоєння знань про певну етичну категорію-цінність. Основою виникнення духовної цінності як складової Я особистості є усвідомлене прагнення як показник її духовного саморозвитку. Важливе значення мають також інші функції, наприклад, самостверджувальна функція (підтримує стійкість духовних складових образу Я, зміцнює всі компоненти духовної структури Я), самозахисна функція (пов'язана зі збереженням суб'єктом свого Я у складних життєвих обставинах, у ситуації морального вибору), функція самоцінності (забезпечує самопізнання особливостей прояву духовних цінностей, самоприйняття себе), консолідуюча функція (забезпечує гармонізацію внутрішньої структури суб'єкта), функція каяття (знімає руйнівний вплив переживання, збентеження від усвідомлення особистістю хибності своїх устремлень; об'єктивно визначає масштаб внутрішніх негарездів,

орієнтує на позитивну зміну духовної ситуації), прогностична функція (визначає орієнтацію на прогресивний духовний рух особистості в умовах більш чи менш вираженого ціннісного конфлікту, допомагає чітко визначити, які складові духовного образу Я найбільше зазнали деформації і потребують відповідної корекції) та ін. [27, с. 54–59].

Загалом рефлексія допомагає не тільки зрозуміти себе, але й зрозуміти та пізнати іншу людину. За допомогою рефлексії людина може співвідносити свої цінності, думки з цінностями, думками інших людей та суспільства. Здатність до рефлексії дає можливість формувати образи і смисли життя, дій, керувати власною активністю відповідно до особистісних цінностей, блокувати неефективні модні поведінки. Рефлексія також є важливим шляхом отримання нових знань: знання про самого себе та інших не приходять до людини ззовні, але тільки через себе, через постійну рефлексію «тут і тепер».

Під час різних видів занять, при вирішенні складних завдань професійної діяльності важливо вчити майбутніх лікарів співвідносити себе та можливості власного Я з тим, що вимагає професія медика в етичному аспекті, коригувати їхні уявлення про неї. Це допоможе майбутньому фахівцю визначити необхідні результати та оцінити досягнуті, окреслити мету подальшої роботи, скорегувати і вдосконалити свій професійний шлях. Рефлексія, що здійснюється у процесі самоаналізу і самооцінки, допоможе визначити мету своєї роботи та підходи при взаємодії з пацієнтами, адекватно зрозуміти і цілеспрямовано оцінювати їхні вчинки, почуття і мисленнєві процеси. Вже під час навчальних занять важливо, щоб студенти зрозуміли значення професійної рефлексії, формувати потреби і мотиви самопізнання, вчити способів самопізнання, долання невпевненості та розвивати здатність студентів до адекватної самооцінки.

Отже, важливість такої педагогічної умови, як активізація рефлексивної діяльності майбутніх лікарів, обумовлена тим, що рефлексія відіграє важливу роль у розвитку духовного Я особистості, є внутрішнім підґрунтям цього процесу. Рефлексія передбачає осмислення власних дій, своїх внутрішніх станів, почуттів, переживань, аналіз цих станів і формулювання відповідних висновків. Від глибини

рефлексії залежить емоційне ставлення лікаря до пізнання, діяльності, спілкування. Для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливо під час бесід, при вирішенні складних завдань професійної діяльності активізувати їх рефлексивну діяльність через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору.

П'ята педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів визначає *необхідність належної підготовки науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів*.

Важливість цієї умови підтверджено багатолітнім досвідом педагогів, зокрема В. Сухомлинського. Він писав: «В особі педагога «вихованці знаходять провідника до вершин моральності, в його словах приймають заклик бути вірним своїм благородним переконанням і непримиренними до зла, неправди, свавілля» [409, с. 596].

На його думку, «винятково важливою гранню світоглядного становлення людини є те, щоб кожне слово, виголошене вихователем, було тисячу разів зваженим і продуманим. Пусте, убоге, так само як і безбарвне, вимучене, роздратоване, нервозне, слово утруднює створення тих обставин, в яких відбувається становлення переконань» [409, с. 119]. «Авторитет педагога – це творіння його розуму й душі, вміння утвердити в колективі глибоку повагу до своїх ідеалів, принципів, переконань. Авторитет стає могутньою силою виховання лише тоді, коли він твориться гармонійною єдністю – єдністю вчинків, поведінки й слова педагога. Авторитет педагога має в своїй основі діяльність, яка стає прикладом для вихованців [409, с. 593].

Цієї ж позиції дотримуються М. Фіцула та І. Бех. Зокрема, М. Фіцула стверджує, що «найефективнішим методом формування у студентів необхідних етичних якостей є особистий приклад викладача» [431, с. 244]. І. Бех підкреслює, що виховний успіх чи неуспіх педагога у взаємодії з дітьми багато в чому залежить від його особистісних якостей. Серед якостей, які ускладнюють взаємодію з учнями, – запальність, прямолінійність, покvapливність, різкість, загострене



самолюбство, самовпевненість, впертість, відсутність почуття гумору, нерішучість, образливість, сухість, неорганізованість. Усі ці особистісні характеристики педагога не сприяють прихильності до нього вихованців, створюють поле непорозуміння [27, с. 92].

Саме педагог, зазначає Г. Васянович, впливає на рівень моральних відносин між студентами. Викладач відіграє значну роль у домінуванні у відносинах між студентами дружби, взаємодопомоги, обміну думками про свої успіхи і невдачі, ціннісних орієнтацій, ідеалів, інтересів і поглядів, виявленні почуттів симпатії та антипатії, віри і зневіри, любові і ненависті, здійсненні соціалізації особистості. Дослідник також підкреслює, що у наш час, в умовах дегуманізації моральних відносин у студентських колективах, прагматизму, розбещеності, бездуховності, педагог повинен звертати особливу увагу на те, щоб подолати «агресивність», прищепити студентам високі моральні якості, віру в кращі риси людини, уміння бачити і творити добро, відчувати сутність справедливості, уміти співчувати [49, с. 231].

Як зазначає Л. Хоружа, педагог повинен поглибити і розвивати у студентів механізми, що організують і регулюють моральні основи їх життя, їх життєдіяльності. Саме педагог повинен навчити студента усвідомлювати зв'язки та закономірності етичних норм із практикою поведінки в суспільстві, що забезпечує її моральне самовдосконалення і самовизначення. Завдання викладача полягає в тому, щоб розвивати в студентів емоційно-почуттєву та інтелектуально-раціональну сфери особистості, формувати моральні взаємини, інтерес і потребу в загальнолюдських цінностях [441, с. 81].

І. Зязюн, Л. Крамущенко, І. Кривonos та ін. зазначають, що підґрунтям продуктивної діяльності суб'єктів навчання є здатність учителя організовувати спілкування. Педагогічне спілкування як професійно-етичний феномен потребує від учителя спеціальної підготовки не лише для оволодіння технологією взаємодії, а й для набуття морального досвіду, педагогічної мудрості в організації стосунків зі студентами. Як професійне за своїм змістом і сферою функціонування, воно може бути професійним і непрофесійним за якісними ознаками. Професіональне

педагогічне спілкування на рівні майстерності взаємодії забезпечує через викладача трансляцію студентам людської культури, допомагає засвоювати знання, сприяє становленню ціннісних орієнтацій під час обміну думками, забезпечує формування власної гідності людини [178, с. 200].

Для налагодження ефективної взаємодії П. Фрейре пропонує вибирати відповідний стиль, визначитися зі своїм бачення суб'єктів навчання. Учений вважає, що виступати перед учнями так, начебто правда належить лише вчителю, не лише абсурдно, а й брехливо. Правильне мислення вимагає глибини, а не поверховості в осягненні й інтерпретації фактів... Учитель, що справді вчить, тобто справді працює зі змістом у контексті методологічної точності, заперечуватиме як фальшиву формулу «Роби, як я кажу, а не як я роблю». ...Слова, яким не надано ваги («мерехтливі»), практично нічого не означають. Правильне мислення – це правильна дія [435, с. 52]. Дослідник звертає увагу, що саме приклад педагога є найважливішим стимулом до росту суб'єктів навчання.

Загалом вплив педагога на особистість майбутніх лікарів може має бути поснаний через синтез навчального процесу та опосередкованих педагогічних дій щодо нього. За таких умов етика педагога, проявляючись через систему взаємодії зі студентами, належним чином впливатиме на формування їх ціннісно-мотиваційної сфери, комунікативну діяльність та етичну поведінку.

Для належної професійної підготовки педагога до формування професійно-етичної компетентності важливе значення має систематична робота з підвищення педагогічної компетентності викладачів. Особливе місце в структурі майстерності педагога займають професійні знання. Це насамперед:

знання змісту професійно-етичної компетентності, структури та особливостей;

знання методики формування професійно-етичної компетентності під час освітнього процесу;

психолого-педагогічні знання про особистість студентів, студентського колективу й колективу медичного закладу.

Відповідно при організації методичної роботи важливо передбачити суттєве поглиблення фундаментальної теоретичної підготовки, ознайомити педагогів із передовими науковими досягненнями, звертати увагу на їх методичне самовдосконалення.

Таким чином, викладач є ключовою фігурою освітнього процесу, тому що своєю різноманітною діяльністю він прямо або побічно впливає на духовний світ студентів, їх етичні погляди та поведінку. З урахуванням значення ролі педагога як морального прикладу для майбутніх лікарів важливо передбачити належну підготовку науково-педагогічного складу до формування їх професійно-етичної компетентності. Йдеться про систему професійних знань з питань професійно-етичної компетентності, а також методичної підготовки щодо її формування у майбутніх лікарів.

У цьому контексті далі важливо вказати на ще одну – шосту – педагогічну умову формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Йдеться про *застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії*. Значення цієї умови обумовлено тим, що спілкування з викладачем є визначальним у становленні майбутніх фахівців, у розвитку їх особистісних моральних якостей, у формуванні професійно-етичної компетентності.

Діалогічні прийоми навчання відомі ще з часів Стародавній Греції. Зокрема, філософи (Сократ, Платон, Арістотель) використовували діалогічні методи для спонукання співрозмовника до мислення, до знаходження істини; у формі діалогу відбувались театральні вистави (Софокл, Евріпід, Есхіл, Ксенофонт та ін.).

У ХХ столітті сформувався напрям комунікативної філософії. Його представники Е. Гуссерль, М. Бубер, Е. Левінас, П. Рікер, К. Ясперс розглядали діалог як найважливіший спосіб пізнання світу та істини. Зокрема, М. Бубер проаналізував філософські та психологічні аспекти діалогу, запропонував окрему концепцію філософії діалогу або діалогічної етики [44]. Учений високо цінував значення зустрічі з іншим: «У Ти людина стає Я. Візаві приходить і щезає, події стосунків стискаються і розпоршуються. І в чергуванні з'яовується, зростаючи раз-у-раз, свідомість незмінного партнера, свідомість Я» [44, с. 62]. Я. Ключовський

також вважає, що філософія діалогу – це філософія зустрічі: «це не рівнозначні визначення, але можна констатувати принаймні певний зв'язок між ними. Діалог можливий тоді, коли відбувається зустріч. Зустріч – це умова виникнення діалогу» [212, с. 25].

Про те, що все людське буття має діалогову природу, стверджує і С. Ганаба: «Поza діалогом людина не існує свідомо; позбавлена взаємодії з іншими людьми, вона перетворюється на закриту уніфіковану одиницю... Відмежування та ізолювання людини від реалій світу зумовлює її деградацію і, врешті-решт, веде до загибелі її індивідуальності [74, с. 81]. Саме діалог, зазначає дослідниця, допомагає розуміти іншу людину, розуміти її, її світогляд і цінності. Визнання Іншого через діалог, підкреслює С. Ганаба, унеможливує домінування та пригнічення одним Я світу Іншого буття [74, с. 79–80].

Загалом значення діалогу філософи вбачають у тому, що він допомагає людям пізнати один одного, по-суті, вийти за межі власного егоїзму, навчитися терпимо ставитися до інших людей, узгоджувати зусилля для досягнення спільних цілей.

Процесуальний аспект діалогової освіти, як зазначають І. Предборська, Г. Вишинська, В. Гайденко, Г. Гамрецька та ін., стосується відповідних методів, «головною характеристикою яких є чутливість до відмінностей та досвіду Іншого» [430, с. 46]. На сьогодні серед різних діалогових технологій учені називають дебати, диспути, дискусії, полеміки та ін. Як зазначає С. Сисоєва, діалогові технології передбачають систему діяльності, що потребує відповідного комунікативного середовища, відкритого для співробітництва на рівні «викладач – учень», «учень – автор», «викладач – автор» при вирішенні навчально-пізнавальних завдань [382, с. 175].

Учені В. Галузьяк, М. Сметанський, В. Шахов вважають, що одним із шляхів виховання моральних якостей є роз'яснення молоді сутності моральних норм суспільства та організують. Засвоєння та усвідомлення моральних норм викладач забезпечує в процесі викладання навчальних предметів та під час етичних бесід і диспутів, обговорення питань етики на читацьких конференціях, зустрічах і т.п. Таким чином, роз'яснення моральних норм забезпечується методами впливу на

підсвідомість (навіювання) і свідомість [73, с. 67].

Г. Атанов серед основних переваг групових методів здобуття знань називає можливість одночасного отримання знань за кількома напрямками, що вносить у цей процес елемент принципової новизни від накладення різних поглядів і позицій [14, с. 78–79]. Зокрема, метод круглого столу, зазначає дослідник, передбачає обговорення певного питання, коли декілька експертів беруть участь у ньому з рівними правами. Для зменшення небезпеки отримання поверхових та односторонніх знань Г. Атанов радить на круглий стіл запрошувати представників різних наукових шкіл і різних поколінь. У свою чергу значення мозкового штурму, або мозкової атаки, учений вбачає у вивільненні та активізації творчого мислення. Дослідник зазначає, що зазвичай учасники мозкового штурму обговорюють понад 50 ідей, з яких 10–15 % виявляються розумними та оригінальними [14, с. 78–79].

Значення діалогових методів, зокрема дискусії, І. Бех вбачає у тому, що викладач повинен посяти сумніви – зробити внесок в особистісне моральне самоперетворення молодих людей. Вирішення тієї чи іншої соціально-моральної задачі, на думку вченого, неодмінно має перерости в діалог студента із самим собою, допоможе йому самовизначитися в складній ситуації морального вибору. Осмислення всіх «за» і «проти», зіткнення протилежних поглядів, огляд різних поведінкових варіантів визначає, підкреслює дослідник, становлення внутрішніх ціннісних регуляторів моральної поведінки особистості [25, с. 224].

У монологічному спілкуванні відбувається поляризація за активністю: одні інструктують, наказують, диктують, інші – пасивно сприймають цей вплив; у діалогічному – активні всі, хто бере участь у конструктивному співробітництві... Діалог передбачає багатоголосся, поліфонію думок, висловлювань, дій усіх його учасників. Діалог педагогічний як дія у педагогічному процесі дає можливість кожному партнерові для самовираження у спілкуванні [178, с. 205].

Н. Волкова підкреслює, що основними критеріями діалогічності педагогічного спілкування є:

визнання рівності особистісних позицій, відкритість і довіра між партнерами,

рівність та співробітництво між викладачем та студентами;

зосередженість педагога на співрозмовникові і взаємовплив поглядів;

уміння бачити ситуацію не тільки з власної точки зору, а в площині інтересів співрозмовника;

поліфонія взаємодії як антипод монологічного спілкування, яке репрезентує лише думку вчителя (кожен учасник комунікації може викласти власну позицію, розповісти, що його хвилює, шукати рішення у процесі взаємодії з урахуванням думок кожного учасника) [66, с. 500–502].

Н. Волкова підкреслює, що педагогічний діалог характеризують відвертість, гуманність, толерантність, доброзичливість, спільне бачення ситуації, взаємна спрямованість на розв'язання проблеми, активність, готовність прийняти точку зору іншого партнера, рівність психологічних позицій, взаєморозуміння [67, с. 30]

Важливими характеристиками діалогічного спілкування Г. Васянович називає орієнтацію не лише на потреби викладача, а й на інтереси і потреби студентів; накопичення потенціалу злагоди і співпраці, свободи дискусії, передавання знань і соціальних норм як особистісно пережитого досвіду, що вимагає індивідуального осмислення; прагнення до творчості, особистісного і професійного зростання, імпровізаційність, готовність до пошуку; домінування методів і прийомів, спрямованих на організацію самостійної діяльності індивідів, прагнення до об'єктивного контролю результатів діяльності вихованців, індивідуального підходу та врахування полімотивованості їхньої поведінки; особистісну (але не статусну) рівність педагога і студентів, суб'єкт-суб'єктні стосунки між ними [49, с. 235–238].

Таким чином, діалогові методи навчання покликані допомогти навчити майбутніх лікарів розуміти та приймати іншу людину, розуміти її потреби. Діалогічні форми допомагають вчити студентів артикулювати і публічно «промовляти» свою думку, знаходити спільні цінності та досягати взаєморозуміння. Саме діалог допомагає встановити педагогічно ефективні й доцільні взаємини викладачів і студентів. Застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії дозволяє підтримувати необхідний

морально-психологічний контакт зі студентами, продуктивні міжособистісні взаємини студентів із викладачами, допомагає організувати освітній процес як взаємодію рівних партнерів та доброзичливих співрозмовників.

Далі на *пізнавально-пошуковому етапі* перша педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачає *застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки*. Значення цієї умови обумовлене тим, що, як зазначають А. Кузьмінський, В. Омеляненко, з огляду на актуальність проблеми необхідно використовувати різноманітні шляхи і засоби, які можуть впливати на процес морального становлення. Дослідники підкреслюють, що виховання здійснюється на кожному квадратному метрі педагогічної площі [250, с. 266].

Учені [208–209; 213; 320; 435] звертають увагу на важливість різних нетрадиційних підходів до організації роботи щодо формування професійно-етичної компетентності. Так, наприклад, П. Фрейре зазначає: «Неважко побачити, що одне з моїх головних завдань як учителя з відкритим мисленням (прогресивною позицією) полягає в мотивуванні учня до подолання труднощів при пізнанні об'єкта. Для цього завдання важлива підтримка допитливості учня, що у свою чергу викликатиме почуття задоволення і винагороди для учня при досягненні ним своєї мети. Усе це зміцнюватиме неперервність процесу відкриття, що є невід'ємною частиною пізнання» [435, с. 101].

В. Сухомлинський у цьому контексті підкреслює, що «потрібно створювати такі ситуації, де загострюються взаємини між молоддю і старшим поколінням, ситуації, з яких постає з усією очевидністю моральна істина про обов'язок молодого покоління перед старшим» [409, с. 423]. На думку вченого, велике значення має створення проблемних ситуацій освітньому процесі: «Не бійтесь затьмарити сонце золотого дитинства тим, що дитині буде важко, що вона, напружуючи свої зусилля, зробить більше, ніж, здавалося б, дозволяють їй маленькі сили» [409, с. 496]. Значення таких ситуацій, окрім усього, В. Сухомлинський визначає таким чином: «В отому «більше, ніж здавалося б», можливо, й полягає крок по тій нелегкій стежці

до вершини, без досягнення якої немислима радість праці... Зробивши більше, ніж здавалося б, можливо, дитина вперше переживає гордість за себе, немовби відкриває себе, бачить себе очима інших людей» [409, с. 497]. В. Сухомлинський підкреслює, що «радість праці – це передусім радість подолання труднощів, горде усвідомлення й переживання того, що ми, напружуючи фізичні й духовні сили, піднялись на вершину... Майстерність і мистецтво виховання в тому й полягають, щоб дати цю незрівняну радість кожній людині ще в той час, коли вона, як говорить народна мудрість, лежить поперек лавки» [409, с. 496].

На важливість використання проблемних методів навчання вказує також І. Бех. Дослідник зазначає, що важливо враховувати суттєві особливості морального розвитку, створювати можливості для творчого освоєння особистістю моральних цінностей. Слід, вважає І. Бех, відмовитись від директивної педагогіки, яка недооцінює активну роль особистості в засвоєнні норм та використовує виховний вплив за схемою «вимога – сприймання – дія». Учений вважає, що формувати моральну поведінку молодих людей необхідно з урахуванням специфіки процесів морального розвитку, насамперед через створення умов, за яких у них би виникала природна необхідність приймати рішення самим. Необхідність приймати рішення самим, на думку вченого, розвиватиме у студентів внутрішню потребу моральної поведінки без примусу ззовні. Важливо також і те, що здатність розмірковувати, перш ніж діяти, спонукатиме студентів до самоаналізу, до тієї внутрішньої роботи, що закріплюватиме виховні впливи, стане основою для моральної поведінки у різних життєвих ситуаціях [25, с. 3–4].

Загалом учені вказують на необхідність закріплення вивчення моральних норм через створення ситуацій морального вибору, що в практиці вищої школи передбачає використання проблемних методів навчання. Значення використання проблемних методів полягає у тому, що у результаті використання проблемних учасники повинні вирішити проблему, усвідомити її і продуктивно вирішити, внаслідок чого відбувається зміна орієнтації в навчанні від отримання конкретних навичок до набуття особистісних і професійних якостей.



Проблемний метод навчання, як зазначають А. Матюшкін [279], М. Махмутов [280], С. Смирнов [394], В. Ягупов [458], передбачає вихід за межі стереотипних, «штатних» ситуацій. В. Яблонко зазначає, що проблемна ситуація – це «знання про незнання», це таке інтелектуальне утруднення, коли людина знає, що вона не знає, розуміє, що треба шукати для усунення цього незнання. Головним елементом проблемної ситуації є невідоме, нове, те, що належить відкрити для правильного виконання поставленого пізнавального завдання [457].

Особливістю проблемного навчання, за С. Смирновим, є шлях не від знання до проблеми, а від проблеми до знань. У цьому випадку знання – це одночасно і шлях його отримання, шлях пізнання істини» [394, с. 175]. А. Матюшкін вважає, що проблемні методи використовувати в усіх видах навчальної діяльності, так як діалогічне проблемне навчання найбільш повно передає сутність «суб'єкт-суб'єктної» взаємодії викладача і студентів [279, с. 70]. Окрім того, розв'язання проблемних ситуацій стимулює розвиток пізнавальної активності студентів, вчить їх приймати рішення у ситуаціях морального вибору. Проблемного навчання передбачає використання ситуацій, у яких найбільш повно виявляється особистість майбутніх фахівців.

Окрім проблемних, серед важливих інноваційних методів формування професійно-етичної компетентності слід назвати ігрові методи. Щодо цього І. Мельничук вказує на багатогранність ігрової діяльності, яка допомагає збагатити студентів знаннями, уміннями, досвідом (що є сутністю поняття «навчання») і є одночасно самим процесом оволодіння знаннями, досвідом набуття навичок виробляти в майбутніх фахівців певні якості, риси [287, с. 159].

Використання ігор як засобу навчання сягає VI–IV століть до н. е., коли їх використовували під час змагальних навчальних занять в Афінах. Я.-А. Коменський вважав, що навчання може стати універсальною грою для кожної вікової групи учнів. Відомий педагог використовував метод драматизації навчального матеріалу, щоб підвищити в учнів інтерес до знань. Сьогодні ігрові методи навчання І. Мельничук називає засобом повернення в освіту «олюднених знань» [287, с. 160]. Психологи та педагоги Т. Калашнікова [193],

В. Трейнсв [422], Г. Щедровицький [455] та інші зазначають, що під час гри відбувається трансляція певного елемента культури (сюжету) як форми передавання культурного досвіду, наприклад, способу діяльності. Під час гри студенти мають можливість набути такого досвіду.

Значення ігор І. Мельничук пояснює тим, що, якщо за традиційного навчання зміст навчальних дисциплін дещо відчужений від майбутнього фахівця й відсторонений від особистісно значущого, пережитого, то під час навчальної гри студент діє, пізнаючи невидиму межу між реальністю й умовністю, засвоює оптимальні зразки професійних дій, продукує більш ефективні варіанти професійної діяльності, що допомагає йому в пошуку її смислу і набутті професійної компетентності. Таким чином студенти можуть асоціювати себе з певною особою, роль якої вони виконують, поставити себе на місце цієї особи в певних обставинах, що збагачуватиме їхній життєвий досвід, допомагатиме набувати практичних навичок із фаху, стимулюватиме до усвідомленого засвоєння знань [287, с. 161].

Важливими завданнями дидактично-ділової гри як форми «контекстного навчання» В. Трейнсв називає:

стимулювання пізнавальної мотивації студентів та створення умов для вияву професійної мотивації;

розвиток гносеологічно-теоретичного та професійно-практичного мислення у фаховій сфері;

формування у студентів цілісного уявлення про майбутню професійну діяльність, її динаміку та когнітивно-функціональне наповнення;

набуття майбутніми соціальними працівниками проблемно-професійного досвіду в прийнятті індивідуальних і колективних рішень [422, с. 29].

На думку І. Мельничука, ігрові технології можна розглядати як інструмент для:

трансляції і засвоєння необхідного для професійної діяльності досвіду;

аналізу моделей професійної діяльності (на зразках професійних дій представників різних рольових та особистісних позицій);

адаптації до майбутньої професійної діяльності [287, с. 170].

Саме рольові ігри допомагають якнайкращим чином формувати професійні уміння студентів через розв'язування різних професійних проблем. У грі як формі навчання відбуваються потужні процеси самовизначення, самовиявлення, самоствердження і самоперевірки. І. Мельничук також підкреслює, що поєднання навчання та гри може бути основою нової методології освіти, завдяки якій «людина перестає бути каторжником, прикутим до парти» [287, с. 162].

Саме гра через моделювання і проектування окремих ігрових ситуацій допомагає студентам усвідомити й визначитись зі своїм ставленням до різних ситуацій професійної діяльності, сформувати власне бачення себе в професії, визначитись з системою цінностей професійної діяльності. Ігри виконують, як зазначає Д. Кавтарадзе, роль структурно організованого соціального середовища, де студент бачить поліфонічне зображення своїх індивідуально-професійних ознак, має змогу змінити цю картину (удосконалити, від чогось відмовитися, щось додати) через порівняння з функціональними ролями інших учасників гри, сформованим уявленням ідеальної моделі відповідних дій і, водночас, за умов фактичної повчально-менторської неучасті викладача [190, с. 59].

Таким чином, сучасні інноваційні методи допомагають організувати навчання таким чином, щоб розвивати у студентів професійний світогляд, формувати навички застосування в житті накопичених знань. Вивчення різних аспектів етичної діяльності лікаря за допомогою таких методів допоможе студентам усвідомити, зрозуміти етичні цінності професійної діяльності, осмислити ситуації морального вибору. Використання інноваційних методів дозволить також формувати у студентів здатність здійснювати багатоаспектну оцінку ситуацій морального вибору.

Друга педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності на пізнавально-пошуковому етапі стосується *моделювання занять, які імітують професійну діяльність, із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій*. Важливість цієї умови обумовлена тим, що, як зазначає Г. Атанов, «у процесі навчання його об'єкти повинні здійснювати навчальну діяльність, яка моделює

майбутню професійну діяльність, а не просто накопичувати знання... Знання потрібні для того, щоб за їх допомогою виконувати різні дії, виконувати діяльність» [14, с. 14]. Дослідник підкреслює, що «кінцевою метою навчання є формування способу дій, тобто умінь, які забезпечують виконання майбутньої професійної діяльності», тому «...під час проектування та організації навчання первинне значення мають задана характером майбутньої спеціальності діяльність і дії, що становлять цю діяльність» [14, с. 13].

Для виконання цього завдання у наш час важливо використовувати, як зазначають В. Беспалько [23], П. Лузан [266], Е. Полат [338–339], І. Роберт [360], А. Хуторський [443], Д. Чернилевский [449] та ін., потенціал інформаційно-комунікаційних технологій.

Як підкреслює С. Титова, сьогодні ці технології позначають «комп'ютерне навчання», «комп'ютерні технології навчання», «інформаційні технології навчання», «інформаційно-комунікаційні технології», «сучасні (нові) інформаційні технології», «технології комп'ютерного навчання». Ці терміни, що мають в своєму складі слово «інформаційний», використовують для позначення процесу переробки, передачі та засвоєння навчальної інформації за допомогою інформаційних та комп'ютерних засобів [414, с. 12].

Комп'ютерні технології та інформаційні технології – це назви певних технічних засобів і систем, основним інструментарієм яких є комп'ютер.

Е. Полат, М. Бухаркіна, М. Моссеєва та ін. серед основних можливостей комп'ютера, що забезпечують йому широке застосування в різних сферах людської діяльності, називають такі:

комунікативні – можливість прийому і подання інформації у різних форматах;

інформаційно-комбінаторні – можливість запам'ятовувати, зберігати, структурувати і сортувати великі обсяги інформації, швидко знаходити потрібну інформацію;

обчислювальні – швидке і точне перетворення будь-яких видів інформації (числової, текстової, графічної, звукової та ін.);

графічні – представлення результатів своєї роботи у відповідній формі (текстової, графічної, у вигляді анімації та ін.);

моделювальні – побудова моделей, в тому числі й динамічних, реальних об'єктів і явищ [339].

Інформаційні технології дещо відрізняються від комп'ютерних. Інформаційні технології – це технології, організовані на базі як комп'ютерної техніки, так і сучасних засобів зв'язку (електронна пошта, форуми, чати, теле- і відеоконференції блоги і т.д.), тому на сучасному етапі, як зазначає С. Титова, доцільно використовувати термін «інформаційно-комунікаційні технології» [414, с. 12].

Загалом базу інформаційно-комунікаційних технологій становлять такі технічні досягнення: поява нового середовища накопичення і зберігання інформації, удосконалення засобів комунікації, що дало можливість передавати інформацію практично без обмежень у просторі. Інформаційно-комунікаційні слід трактувати як технологічний процес, що передбачає збір, збереження, переробку і передачу інформації в різноманітних сферах життя і діяльності людини за рахунок використання сучасних можливостей програмних комп'ютерних засобів [414, с. 12].

О. Рацул вважає, що головними перевагами інформаційно-комунікаційних технологій перед іншими технічними засобами у процесі системного розвитку майбутніх фахівців є гнучкість, можливість налаштування на різні методи й алгоритми навчання, а також індивідуальної реакції на дії окремого студента [356, с. 224]. Як підкреслює І. Роберт, застосування інформаційно-комунікаційних програм в навчальному процесі дозволяє індивідуалізувати і диференціювати процес навчання; розширити можливості контролю зі зворотним зв'язком і діагностикою; здійснювати самоконтроль і самокорекцію; організовувати самопідготовку і тренінг; покращувати наочність; моделювати реальні процеси; посилювати мотивацію навчання [360].

Загалом комп'ютерні (зокрема, мультимедійні) засоби передачі інформації мають нелінійну структуру, основою якої є модель впізнавання. Багато переваг комп'ютера обумовлена саме можливістю застосування нелінійних технологій, що

сприяють формуванню особистісно орієнтованої системи освіти, впровадженню активних методів навчання. Комп'ютер ефективно залучає студентів до активного навчання, забезпечуючи активну позицію студентів, допомагає вчити прийняття оптимального рішення, самостійного подання і контролю знань, формує уміння і навички здійснення експериментально-дослідницької роботи. Йдеться також про перехід процесу пізнання з категорії «вчити» в категорію «вивчати» ту чи іншу навчальну дисципліну усвідомлено і самостійно.

Для навчального процесу, як зазначає І. Роберт, можна використовувати такі типи програм:

навчальні програми, які спрямовані на повідомлення суми знань, формування умінь і навичок;

контролюючі програми, розраховані на проведення поточного, рубіжного та підсумкового контролю;

інформаційно-пошукові програми, що дозволяють шукати, систематизувати і структурувати навчальну інформацію;

демонстраційні програми, що забезпечують наочне уявлення матеріалу [360].

Зокрема, мультимедійні технології дозволяють інтегрувати в процес пізнання метод візуалізації, який, у свою чергу, сприяє формуванню професійного мислення за рахунок систематизації та виділення найбільш значущих елементів навчальної інформації. Процес візуалізації являє собою згортання розумових змістів в наочний образ, який може бути розгорнутий та може служити опорою адекватних розумових і практичних дій. На думку П. Нортон [307], практично будь-яка форма візуальної інформації містить елементи проблемності, вирішення якої здійснюється на основі аналізу, синтезу, узагальнення, згортання або розгортання інформації. Причому, чим вища проблемність візуальної інформації, тим вища інтенсивність розумової діяльності суб'єкта навчання. Таким чином, візуалізація навчальної інформації за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій сприяє більш інтенсивному засвоєнню матеріалу, орієнтує на пошук системних зв'язків і закономірностей.

Окрім того, як зазначають дослідники С. Титова [414], І. Роберт [360], Е. Полат [338], за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій можна оптимізувати темп роботи студентів, тобто забезпечити індивідуалізацію і диференціацію навчання, більш ефективно формувати у студентів рефлексію своєї діяльності, так як вони можуть більш наочно представляти результат своїх дій. Комп'ютер значно розширює можливості подання навчальної інформації, особливо з появою технологій мультимедіа і гіпертексту, дозволяє якісно змінити контроль за діяльністю студентів, підвищуючи його об'єктивність, забезпечуючи оперативний зворотний зв'язок і за рахунок цього гнучкість управління навчальним процесом.

Таким чином, для формування професійно-етичної компетентності на пізнавально-пошуковому етапі велике значення має моделювання занять, які імітують професійну діяльність, із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій, так як комп'ютер розширює можливості подання навчальної інформації та дозволяє якісно змінити контроль за діяльністю студентів.

Третя педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачає *налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності*. Йдеться про те, що за традиційного підходу взаємодія будується на статусному домінуванні викладача, суб'єкт-об'єктних відносинах, де часто можливі випадки прояву егоцентризму викладача, зосередження на власних потребах, цілях, завданнях.

Суб'єкт-суб'єктний характер педагогічного спілкування, як зазначає Л. Петровська, полягає у рівності психологічних позицій, взаємній гуманістичній установці, активності педагога та учнів, взаємопроникненні їх у світ почуттів та переживань, готовності прийняти співрозмовника, взаємодіяти з ним [327].

Різноманітні суб'єкт-суб'єктні відносини педагога та учня, вважає О. Рудницька, можна поділити на два типи, що зумовлюють зміст і характер педагогічних впливів: предметно-рольові (або функціональні) та особистісні. Предметно-рольові відносини взаємодії та співробітництва зорієнтовані на

виконання навчальних програм, а особистісні відносини діалогового спілкування створюють необхідні умови для обміну думками, поглядами і знаходження спільної позиції. Саме такий підхід до організації освітнього процесу розкриває сутність навчання як передумови самовиховання, саморозвитку, самореалізації особистості й тим самим змінює традиційне розуміння монологічної спрямованості педагогічного впливу на діалогічну [367, с. 74–75].

Головними ознаками педагогічного спілкування на суб'єкт-суб'єктній основі, зазначають І. Зязюн, Л. Крамущенко, І. Кривонос та ін., є:

особистісна орієнтація співрозмовників – готовність бачити і розуміти співрозмовника, самоцінне ставлення до іншої людини;

рівність психологічних позицій співрозмовників, відмова педагога від домінування, визнання права студента на свою думку;

проникнення у світ почуттів і переживань, готовність прийняти точку зору співрозмовника, спілкування за законами взаємної довіри, коли партнери вслухаються, розділяють почуття, співпереживають;

нестандартні прийоми спілкування, що є наслідком відходу від суто рольової позиції вчителя [178, с. 203–204].

Для підтримання суб'єкт-суб'єктної взаємодії, вважає Н. Волкова, викладач повинен сприяти духовному збагаченню студентів, поважати невичерпність і унікальність кожної людської особистості, організовувати педагогічний процес як духовну взаємодію в умовах психологічного комфорту, інтелектуальної співпраці, співтворчості, діалогової культури, поєднувати педагогіку впливу з педагогікою взаємодії і фасилітації (лат. *facilitate* – стимулювати, активізувати), що й забезпечить взаємозбагачення, гармонійний розвиток і саморозвиток суб'єктів педагогічного впливу. Бути фасилітатором – означає сприяти гармонізації особистості студента, допомагати йому, актуалізувати потребу в особистісному зростанні, розвивати здатності до творчої адаптації та самозмін [66, с. 477].

Таким чином, для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливе значення має налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній



професійній діяльності, підтримання готовності майбутніх лікарів слідувати етичним нормам у професійній діяльності.

Четверта педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачає *поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання*.

Значення виконання завдань обумовлене тим, що, як зазначає Г. Атанов, механізмом здійснення навчальної діяльності є не опрацювання навчального матеріалу, а виконання передбачених навчальною програмою завдань. Саме тому, якщо студент не виконує навчальних завдань, то це означає, що його навчальна діяльність не організована. У сучасному розумінні «знати» означає за допомогою знань здійснювати певну діяльність, а не лише пам'ятати певні знання [14, с. 14]. Дослідник підкреслює, що «будь-яка діяльність здійснюється шляхом виконання відповідних завдань, причому ці завдання є специфічними для певної діяльності» [14, с. 24].

Г. Атанов також зазначає, що, по суті, саме розв'язування задач є механізмом виконання діяльності. Під кутом зору практичної діяльності такі завдання – це явне чи приховане запитання, відповідь на яке не очевидна і має вироблятися в декілька прийомів [14, с. 181]. На його думку, навчальне завдання – це будь-яке завдання, що постає перед об'єктом навчання, розв'язання якого спрямоване на досягнення навчальної мети [14, с. 183].

Цієї думки також дотримуються В. Галузьяк, М. Сметанський і В. Шахов. Вони вважають, що для виховання моральних якостей важливо організувати діяльність молоді відповідно до моральних норм. Дослідники підкреслюють, що осмислення і переживання моральних цінностей бажано поєднувати з безпосереднім втіленням їх у поведінці молоді, у практичних діях колективу, в якому за педагогічно доцільного керівництва складаються відповідні взаємини: товариська взаємодопомога, дружба і солідарність [73, с. 67].

Н. Бордовська й А. Реан зазначають, що серед професійно орієнтованих завдань важливе значення мають завдання щодо проектування змісту й відбору

способів діяльності; завдання на вибір прийомів і методів впливу на членів колективу; завдання щодо організації діяльності членів колективу й колективу загалом, з розвитку самостійності; завдання, спрямовані на підвищення відповідальності й дисциплінованості та ін. [40, с. 208]. При розробленні завдань дослідники пропонують ураховувати, що зміст усіх завдань визначається змістом ситуації, явища, процесу, події професійної діяльності. Для ефективного використання системи завдань важливо при їх розробці звертати увагу на взаємозв'язок завдань та рівень їхньої складності, а також передбачити об'єктивні методи оцінки їх змісту та інтереси майбутніх фахівців.

Загалом при розробленні завдань дослідники Г. Балл [18], А. Вербицький [55] та ін. пропонують ураховувати вимоги до системи продуктивних завдань:

у результаті виконання завдання майбутні фахівці повинні одержати повноцінний продукт;

при вирішенні завдань майбутні фахівці повинні використовувати методи, що використовуються і у професійній сфері;

для вирішення завдань важливо використовувати способи дій, що відповідають рівню розвитку студентів, а також їхньому життєвому досвіду;

формулювання й вирішення завдань мають передбачати етап актуалізації досвіду студентів, забезпечувати їх неординарність і внутрішню доцільність;

формулювання завдань повинні бути сучасними, актуальними, у змісті важливо виокремити підзавдання;

виконання завдань має забезпечувати поступове й безперервне підвищення пізнавального й особистісного рівня студентів, передбачати перехід від групового до індивідуального способу вирішення завдань.

Таким чином, значимість використання професійно-орієнтованих завдань обумовлена наближенням їх предметної сфери та операцій і дій до практики професійної діяльності майбутніх лікарів. Виконання таких завдань забезпечить пізнання студентами нових граней теорій і найважливіших закономірностей процесів і явищ професійно-етичного життя, формування вмінь поєднувати різні

режими роботи, координувати й регулювати необхідні процеси, відпрацювати різні комунікативні стратегії і тактики професійного спілкування, обміну інформацією у різних ситуаціях професійної взаємодії.

Відповідно до п'ятої педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливе значення має *управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів*. Щодо важливості самостійної роботи студентів О. Рудницька підкреслює, що «психіка людини формується, власне, у взаємодії з об'єктами її діяльності, а тому педагог з метою розвитку своїх учнів має створювати такі умови, які спонукали б їх до самостійної роботи» [367, с. 79].

Саме в умовах самоосвіти, зазначає Т. Івашкова, молода людина утверджується в обраній професії, поглиблює свої пізнавальні інтереси, перетворюючи їх у стрижневі, визначальні для своєї особистості. Саме в цій діяльності розвиваються здатності суб'єктів навчання, їх здібності, ті сторони особистості, які часто залишаються поза впливом навчання у школі й у вищому начальному закладі [185, с. 55].

Необхідність управління самостійною навчально-пізнавальною діяльністю майбутніх лікарів в аспекті формування професійно-етичної компетентності обумовлена також тим, що у такому випадку їх діяльність набуває не стихійного, хаотичного, а цілеспрямованого і організованого характеру. Відмінними рисами управління самостійною роботою стає системний вплив на процес формування особистості студента, цілеспрямований характер цього впливу, науковість самого процесу управління на основі оптимальності та доцільності, єдність і взаємозв'язок змісту освіти з методами, формами, засобами його реалізації.

Для заохочення студентів до самостійної роботи О. Рудницька пропонує передбачити: 1) інтелектуальний вплив методами пояснення, переконання, ознайомлення з правилами, нормами і оцінками поведінки в різних ситуаціях, їх обговорення, засвоєння необхідних знань, тобто створення інформаційної опори для самостійного вибору особистісної позиції; 2) емоційний вплив методами ознайомлення з прикладами поведінки у критичних ситуаціях, пов'язаних з необхідністю вибору і прийняття життєво важливих рішень, із вчинками (зокрема,

у стресовому стані), які мають серйозні наслідки тощо; 3) організацію та використання реальних життєвих ситуацій, що викликають необхідність дотримуватися потрібних форм поведінки і переживати при цьому позитивні емоції задоволення від здійсненого («Я зробив правильно, чесно, розумно», «Я акуратний», «Я подолав труднощі» та ін.) [367, с. 180].

Загалом дослідниця методи самовиховання визначає як рефлексивну діяльність студента (його «самовзаємодію»), спрямовану на формування прийнятої для себе моделі поведінки. Таких методів може бути два: репродуктивний, за яким добровільно приймається і використовується готовий шаблон, еталон, норма поведінки, та продуктивний, згідно з яким вихованець сам формує та удосконалює модель поведінки залежно від умов свого життя, навчання, праці [367, с. 181].

На думку А. Громцевої, для підготовки студентів до самоосвіти необхідно, щоб під час навчання відбувалося поступове нарощування управлінських функцій студента в усіх ланках навчальної діяльності та зростала вага елементів самоосвіти, забезпечуючи студентам більш активну позицію у навчанні» [87, с. 32].

Учені Б. Райський і М. Скаткін підкреслюють, що для включення самоосвіти у навчальний процес повинно передбачати послідовне навчання всіх студентів певних видів і прийомів самостійної роботи із збільшенням ступеня самостійності як на навчальних заняттях, так і при організації роботи в позааудиторний час, пропаганду самоосвіти і показ її значення в житті, заохочення студентів за використання інформації, отриманої шляхом самоосвіти, за успіхи в самостійній роботі щодо розширення знань [369, с. 75].

Для розвитку самостійності Є. Шиянов та І. Котова пропонують при визначенні завдань звертати увагу на чіткість та зрозумілість формулювання питань, чітке виділення пізнавальних завдань. Важливо, на думку вчених, спрямовувати студентів на використання надійних джерел отримання інформації, зіставлення використаних понять і формулювань, необхідність пошуку аргументів для доведення своєї точки зору, обдумування всіх можливих варіантів вирішення проблеми (розумових завдань), відкритість до чужої точки зору, вибір позиції,

можливість її зміни при наявності достатніх підстав, прагнення максимально точно розглянути предмет аналізу, розвиток здатності екстраполувати засвоєні способи мислення на подібні завдання і ситуації [451, с. 133–134].

Для того щоб діяльність суб'єктів освітньої системи стала цілеспрямованою, вважають І. Лернер [260], А. Матюшкін [279], М. Махмутов [280], Б. Райський, М. Скаткін [369], викладач повинен визначити, які результати важливо отримати, які є можливості для досягнення бажаних результатів (цілей), розробити склад і структуру майбутніх дій. Окрім плану, необхідно також визначити порядок її організації, тобто побудувати організаційну структуру самостійної діяльності. Для ефективної організації самостійної навчально-пізнавальної діяльності необхідно, щоб, по-перше, студенти добре розуміли, яких результатів вони повинні досягти та як потрібно діяти; по-друге, були зацікавлені в їх отриманні; по-третє, відчували задоволення від своєї діяльності. Важливе значення має також постійний самоконтроль якості дій, своєчасне виявлення відхилень, помилок й внесення коректив у свої дії, правильна самооцінка успіхів у досягненні самостійної навчальної діяльності.

Важливо також врахувати думку З. Слєпканя, який веде мову про активізацію навчально-пізнавальної діяльності студентів, мобілізацію викладачем за допомогою спеціальних засобів їхніх інтелектуальних, морально-вольових та фізичних зусиль на досягнення конкретних цілей навчання, розвитку й виховання [389, с. 70]. З урахуванням цього можна дати таке визначення: управління самостійною роботою майбутніх фахівців медичного профілю являє собою особливий рід діяльності, під час якої за допомогою планування, організації, виконання та контролю викладачі забезпечують організованість спільних зусиль і їх спрямованість на досягнення освітніх цілей формування професійно-етичної компетентності.

Таким чином, управління самостійною навчально-пізнавальною діяльністю майбутніх лікарів задає певні вихідні рамки, форми організації, упорядковану, цілеспрямовану регуляцію їх роботи, яка набуває предметного, ціннісного змісту. Процес управління самостійної навчально-пізнавальною діяльністю буде

успішним, якщо його буде належним чином сплановано, студенти знатимуть про те, що повинні робити і який результат необхідно отримати, якщо вони матимуть бажання і відповідні вміння. Управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів передбачає планування, організацію, виконання та контроль для досягнення необхідних освітніх цілей та формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Шоста педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів стосується *організації сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища*. Щодо цього М. Фіцула зазначає, що «ефективність морального виховання студентів визначають такі чинники: створення у вищому навчальному закладі психологічного клімату поваги до моральних норм, правил людського співжиття; відповідність змісту морального виховання його меті й рівню морального розвитку студентів, особливостей їх майбутньому фаху; своєчасне вжиття виховних заходів, акцентування уваги на запобіганні аморальним явищам у студентському середовищі; підтвердження декларованих педагогами моральних принципів їх моральною практикою, яка б відповідала найвищим критеріям моральності» [431, с. 246].

Цю думку поділяє і І. Бех. Він підкреслює, що ефективність виховного процесу залежить від специфіки всіх складових виховного простору, від оптимального використання їхніх можливостей. Викладач повинен брати до уваги виховний потенціал кожного компонента виховного простору і все те, що вони можуть внести у загальний виховний процес. Педагогічне організування виховного простору є важливим способом його вдосконалення, хоча, підкреслює дослідник, це не розв'язує усіх проблем. І. Бех вважає, що для протидії неорганізованому середовищу, яке стихійно (часто деструктивно) впливає на молодь, слід звертати увагу на те, щоб молоді люди набували досвіду боротьби з негативними явищами середовища. Отже, виховний простір – це середовище, в якому має розгортатися процес особистісного удосконалення усіх його учасників – і вихованців, і вихователів [27, с. 91–92].

Освітнє середовище А. Хуторської трактує як природне чи штучно створене соціокультурне середовище, що охоплює різні види засобів і змісту освіти, які необхідні для його продуктивної діяльності суб'єктів навчання [444, с. 94]. Відповідно до цього педагогічний процес, на думку вченого, можна розглядати як процес взаємодії суб'єкта навчання з освітнім середовищем [444, с. 96]. На думку В. Слободчикова, освітнє середовище можна трактувати як посередника між особистістю й культурою, що обумовлене предметністю культури суспільства та визначає механізми розвитку людини [390].

Учені Л. Виготський [71], В. Давидов [91], М. Кларін [207], Г. Костюк [235], В. Ясвін [461] та ін. розглядають освітнє середовище як сукупність об'єктивних і суб'єктивних, зовнішніх і внутрішніх умов, під впливом яких відбувається формування, розвиток і власне діяльність особистості в навчанні. Стосовно конкретного навчального закладу освітнє середовище охоплює сукупність матеріальних і предметних факторів, соціальних компонентів і міжособистісних відносин.

Етика взаємин викладача зі студентами також передбачає створення відповідного освітнього середовища, яке сприяє спільному процесу пізнання, праці, відпочинку, формуванню позитивної мотивації навчання, самоповаги і віри особистості у власні сили [440, с. 89]. Дослідниця підкреслює, що розвиток моральних почуттів студента потребує від педагога створення емоційного фону, «етичного заряду» (А. Шемшуріна). Його вибудовують шляхом поєднання етичної установки на доброзичливість і повагу в стосунках з іншими людьми і формами запобігання конфліктній ситуації. Це узгоджується з висновками Ш. Амонашвілі та В. Загвязінського про освітні паритети і пріоритети: духовне зростання особистості, екологічна чистота підходу до природи студента можуть відбуватися тільки на основі віри в його природжену місію і можливості [440, с. 81].

З урахуванням напрацювань зазначених учених можна стверджувати, що для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливо звертати увагу на усі складові освітнього середовища:

студентів як суб'єктів навчання і їх особливості, а також кваліфікацію, стаж викладачів;

особливості професійної підготовки майбутніх лікарів (зміст програм, професійну спрямованість, методи і засоби навчання);

характеристики взаємодії викладачів та студентів (стиль педагогічного спілкування, особливості міжособистісної взаємодії);

матеріальний потенціал навчального закладу й матеріальні засоби, необхідні для організації професійної підготовки (матеріально-технічні та інформаційні ресурси).

З урахуванням сутності освітнього середовища як можливостей навчання за допомогою особливого «навчального середовища», насамперед сукупності системних формувальних впливів предметного, соціального й інформаційного середовищ, можна стверджувати, що для створення належного освітнього середовища, необхідного для формування професійно-етичної компетентності, як свідчать результати опрацювання наукової літератури, важливо сприяти становленню «професійного способу життя установи» через надання студентам можливостей брати участь у різних сферах культурного життя навчального закладу, прилучення до професійної діяльності.

Окрім цього, як зазначає Т. Фішман, у навчальному закладі важливе значення має формування етосу, що не сприймає академічної нечесності. Це, зокрема, фабрикивання і фальсифікація оцінок, хабарництво, професорська нечесність та ін. Йдеться про академічну доброчесність – відданість таким фундаментальним цінностям, як чесність, довіра, справедливість, повага, відповідальність та мужність [486]. Академічна доброчесність поєднує етичні норми й правила поведінки людини в освітньому середовищі [373].

Значення підтримання у навчальному закладі академічної доброчесності полягає у тому, студенти повинні бути впевнені у тому, що хорошу оцінку можна заробити насамперед чесною працею, а не обманом. Йдеться про необхідність дотримання моральних норм усіма представниками навчальної спільноти [7, с. 94]. Для протидії списуванню, зазначає В. Сацик, важливе значення мають



роз'яснювальні кампанії, посилення загального контролю на іспитах, модернізацію освітніх програм задля інтеграції у них більше творчої компоненти, поліпшення системи підготовки до занять, введення суворіших покарань за академічні проступки [373].

Важливе значення має також збагачення культурного середовища навчального закладу, насамперед за допомогою широкого використання можливостей музеїв, різних засобів комунікацій, зокрема зустрічей з відомими лікарями, колективами медичних закладів і т.п. Обов'язково слід урахувати необхідність відповідних інформаційних ресурсів для організації освітнього процесу. Йдеться про належне методичне забезпечення аудиторної та самостійної роботи студентів, потужний бібліотечний фонд, достатність ресурсів для використання у навчальному процесі комунікаційно-інформаційних технологій. Необхідно також належно організувати всі простори освітньої установи для різноманітної діяльності студентських співтовариств, зокрема наукових.

Комплексу зазначених заходів дозволить перенести акцент у діяльності викладача з активного педагогічного впливу на особистість студента на сферу самостійної діяльності майбутніх лікарів, тобто у сферу «навчального середовища», де відбувається їх самонавчання й саморозвиток. За таких умов задіюватимуться механізми внутрішньої активності студентів у взаємодії із середовищем, формуватиметься початковий досвід професійної діяльності. Освітнє середовище стане сукупністю можливостей для навчання майбутніх лікарів, для прояву їх здібностей, засобом для самоосвіти й удосконалення.

Таким чином, для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів при проектуванні освітнього середовища важливо використовувати його як засіб для навчання й розвитку студентів. Середовище є важливим фактором навчання й розвитку майбутніх лікарів, сферою проектування й моделювання майбутньої професійної діяльності та професійної комунікації. Підготовка майбутніх фахівців, їх навчання, виховання й організація життя за таких умов відбуватимуться у контексті культури професійної діяльності й спілкування.

Далі, *на базовому етапі*, важливе значення для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів має *уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності*. Значення цієї умови обумовлене тим, що спецсемінар дає більші можливості для ознайомлення майбутніх лікарів з етапами становлення етичних вчень у медицині, етичними аспектами їх професійної діяльності, особливостями дотримання етичних норм у повсякденній професійній діяльності.

При визначенні програми спецкурсу важливо брати до уваги результати аналізу особливостей професійно-етичної діяльності лікаря та необхідність формування їх професійно-етичної компетентності. Йдеться про те, що насамперед важливо сформувати відповідне ставлення студентів до своєї майбутньої професії, розуміння необхідності, готовності та бажання допомагати іншим людям. Для цього бажано детально висвітлити особливості професійної діяльності лікаря в етичному аспекті, моральними вимогами до його слів та вчинків. До програми спецкурсу важливо включити також відомості про історію становлення етичних поглядів у медицині у нашій країні та за кордоном, про найвідоміших представників, які зробили внесок у розвиток етичних вчень.

Додаткове ознайомлення студентів з професійно-етичною проблематикою розширить їхні знання про етику професійної діяльності лікаря, допоможе осмислити ці знання та усвідомити необхідність дотримання етичних вимог у своїй професійній діяльності. Це стане основою для відповідного формування вмінь і навичок професійно-етичної діяльності та рефлексії своїх слів і вчинків. За таких умов етичні знання стануть основою розвитку усіх компонентів професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, базою для осмисленого формування та розвитку професійно-етичних умінь і якостей – складових професійно-етичної компетентності.

Із розширенням сфери етичних знань у студентів зростатиме потреба і прагнення застосовувати ці знання на практиці. Ці знання стимулюватимуть загальний розвиток майбутніх лікарів, їх прагнення досягти вершин

професіоналізму. Через механізм рефлексії майбутні фахівці зможуть порівнювати свій рівень професійно-етичної компетентності із еталонним рівнем.

У програмі спецкурсу важливо також передбачити закріплення матеріалу з професійно-етичної проблематики. Для цього важливе значення мають семінарські заняття, на яких студенти будуть закріплювати знання шляхом вирішення професійно спрямованих проблемних завдань етичного характеру. Важливо також закріплювати знання студентів на практичних заняттях, насамперед на практикумах, рольових іграх та психологічних тренінгах. Саме за таких умов можна на основі здобутих знань формувати у майбутніх лікарів необхідні професійно-етичні уміння.

Таким чином, перша умова базового етапу формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів повинна стосуватися розробки спеціального курсу підготовки студентів до майбутньої професійної діяльності, де основну увагу потрібно звертати на питання історії медичної етики та її специфіки у різних сферах професійної діяльності лікарів. Навчальний матеріал спецкурсу повинен передбачати вивчення тих питань, які, по-перше, стосуються особливостей дотримання етичних вимог у професійній діяльності лікаря, можливих варіантів вирішення моральних проблем, по-друге, тих, що стосуються організації та здійснення комунікативної взаємодії колегами, з пацієнтами та їх родичами.

На базовому етапі друга педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачає *моделювання змісту занять, які імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики, на основі міждисциплінарного підходу*. Про важливість цієї умови свідчить позиція В. Галузяка, М. Сметанського і В. Шахова, як підкреслюють, що моральне виховання не зводиться тільки до засвоєння студентами теорії, норм і правил, а спрямоване і на формування моральної поведінки, пройнятої прагненням до істини, доброти, прекрасного, до вироблення таких моральних якостей, як повага і дружба, вдячність, любов до праці, дисциплінованість, відповідальність, честь, совість, скромність, громадська співпраця, милосердя тощо. Завдання морального виховання, вважають вчені, полягають у: розвитку моральної свідомості суб'єктів

навчання, формуванні моральних почуттів і переконань, виробленні звичок моральної поведінки [73, с. 67].

Цієї ж позиції дотримуються М. Фіцула і П. Фрейре. Зокрема, М. Фіцула вказує на те, що слід «враховувати й те, що основи професійної етики формуються у професійній діяльності, у безпосередньому контакті з професією» [431, с. 244]. П. Фрейре також наголошує: «Немає правильного мислення, відірваного від певної послідовної життєвої практики» [435, с. 53].

Системна робота з формування у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності передбачає і використання міждисциплінарного підходу. На необхідність урахування зв'язків між предметами вказували ще Я. А. Коменський [223], Д. Локк [223], І. Г. Песталоцці [223], Й. -Ф. Гербарт [493], А. Дістервег [98] та ін. Зокрема, Я.-А. Коменський вів мову про інтеграцію знань, щоб охопити всю органічну єдність світу. Ідеї пансофії найповніше викладено у творі «Лабіринт світла і рай серця» (1623). Основою пансофії Коменського як міждисциплінарного знання є мудрість. Цю мудрість Я.-А. Коменський трактує як впорядковане розуміння, як розсудливість, що дає можливість уберегтися від пороків, позбутися зла і творити добро. У «Великій дидактиці» він писав: «Все, що знаходиться у взаємному зв'язку, повинно викладатися в такому ж зв'язку». Визначний педагог підкреслював, що не можна без фундаменту споруджувати будинок, у якому всі його погано скріплені частини не трималися б на своїх підвалинах» [223, с. 78]. С. Марчукова щодо цього підкреслює, що виявлення міждисциплінарних основ пансофії у сучасній культурі та в освіті необхідне для духовно-морального виховання молоді [277, с. 56].

Обґрунтував проблему міжпредметних зв'язків в психологічному аспекті німецький педагог Й. -Ф. Гербарт. Для систематизації знань він пропонує таку шкільну програму, щоб вона відповідала правильному світосприйняттю людини [427, с. 57]. Й.-Ф. Гербарт вважав, «що необхідно найточніше відшукати зв'язки, які поєднують людські знання. Учитель у такому випадку зможе спроможний викликати інтерес у всіх напрямках». Й.-Ф. Гербарт найважливішим

принципом організації навчального матеріалу запропонував моральну мету – розуміння учнями сутності історичного процесу та сенсу життя [427, с. 99–100].

Міжпредметні зв'язки – це зв'язки між основами наук навчальних предметів, а точніше, між структурними елементами змісту, вираженими в поняттях, наукових фактах, законах, теоріях. Так як наукові факти, закони, теорії формуються через поняття або висловлюють зв'язок між ними, то можна стверджувати, що міжпредметні зв'язки – це зв'язки між поняттями в різних предметах.

Зв'язок між предметами є важливою вимогою дидактики професійної освіти. Саме міждисциплінарні зв'язки забезпечують єдність і взаємозв'язок загальної та професійної освіти. Конструктивні функції міждисциплінарних зв'язків виявляються перш за все в перебудові змісту, в групуванні навчального матеріалу різних предметів навколо проблеми (професійної етики), забезпечуючи комплексне висвітлення її різних аспектів. Використання міжпредметних зв'язків дозволяє активізувати пізнавальну діяльність студентів, розширити сферу застосування професійно-етичних знань.

Для належного формування у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності учені (Н. Ничкало [304], О. Гур'єв, [90], Т. Титовець [415] та ін.) пропонують звертати увагу на:

використання студентами знань інших предметів, понять і явищ;

навчання студентів пояснювати явища і процеси, відповідно до законів і теорій, вивчених в різних предметах;

навчання студентів пояснювати поняття і процеси, що вивчаються під час різних навчальних дисциплін;

відбір матеріалу для комплексного застосування знань і умінь з різних навчальних дисциплін.

Дослідники вважають, що дотримання вимог міждисциплінарного підходу дозволяє більш ефективно формувати систему професійно-етичних знань і навичок їх застосування в професійній діяльності. Забезпечення міжпредметних зв'язків відповідно до принципів професійної спрямованості, наступності, єдності

виховання і навчання дозволяє розглядати явища професійно-етичної діяльності в різних аспектах, здійснюючи комплексний підхід до навчання.

Міжпредметні зв'язки і на всіх етапах їх включення в пізнавальну діяльність студентів відіграють роль ситуаційного стимулу. Знання, отримані студентами в результаті попереднього досвіду засвоєння матеріалу інших дисциплін, стають регуляторами їх пізнавальної активності на будь-якому етапі включення міжпредметних зв'язків у пізнавальну діяльність. Вони виконують функцію інтеграції інформації, що підвищує продуктивність психічних процесів та якість засвоєння інформації майбутніх фахівців.

Таким чином, міжпредметні зв'язки забезпечують засвоєння знань, формування професійно-етичних системних умінь і навичок, сприяють активізації мисленнєвої діяльності, перенесенню теоретичних знань на навчально-професійну діяльність майбутніх фахівців. Використання міжпредметних зв'язків має велике значення для активізації пізнавальної діяльності студентів у процесі підготовки до професійної діяльності відповідно до етичних вимог.

Третя педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачає *застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення.*

Індивідуалізацію в освітньому процесі І. Бех трактує як систему засобів, що сприяє усвідомленню особистістю своєї відмінності від інших: своїх способів осягнення культурних цінностей та міжособистісної взаємодії для успішного входження у світ духовності та гідного життя у ньому. Індивідуалізацію доцільно розглядати як діяльність педагога і самого вихованця щодо розкриття, зберігання і розвитку одиничного, своєрідного, особливого, що зумовлене природою або набуто [27, с. 76]. Дослідник підкреслює, що, не дотримуючись індивідуального підходу у вихованні, можна спричинити виникнення смислового бар'єру. Сутність цього явища полягає у тому, що через різне ставлення учня і дорослого до однієї і тієї самої події, вчинку, поведінки загалом вихованець виявляється повністю несприйнятливим як до окремих педагогічних впливів, так і до всієї їх системи.

Учень, добре розуміючи і вміючи виконувати те, що від нього вимагає вихователь, вперто цього не виконує [27, с. 77].

Технологію індивідуалізованого навчання трактують як таку організацію навчального процесу, за якої пріоритетними є індивідуальний підхід та індивідуальна форма навчання. Йдеться про організацію навчального процесу, коли вибір засобів, заходів, темпу навчання враховує індивідуальні відмінності навчання [80, с. 142]. У свою чергу індивідуальний підхід як принцип педагогіки передбачає взаємодію з окремими суб'єктами навчання за індивідуальною моделлю, з урахуванням їх особистісних особливостей, орієнтацію на їх індивідуальні особливості в спілкуванні.

Індивідуалізація навчання означає використання різних навчально-методичних, психолого-педагогічних та організаційно-управлінських заходів, що забезпечують індивідуальний підхід. Зокрема, технологією індивідуалізованого навчання є різнорівневе навчання. Таке навчання, за М. Скаткіним [387], визначає необхідність використання диференційованих завдань з урахуванням індивідуальних особливостей студентів. Йдеться про також про систему заліків і тестів, за допомогою яких оцінюються зусилля студентів з метою переведення їх у групу більш вищого рівня. Загалом різнорівневе навчання передбачає таку організацію освітнього процесу, яка дає можливість кожному студентові оволодіти навчальним матеріалом з окремих предметів за рівнями, не нижче базового, залежно від їх здібностей та індивідуальних особливостей. За критерій оцінки діяльності студента приймаються зусилля з оволодіння цим матеріалом та творче його застосування.

Одним з відомих прикладів індивідуалізованого навчання є досвід Е. Паркхарст у Дальтоні [513]. У 1919 році педагог спробував замінити класно-урочну систему індивідуальною роботою з кожним учнем з подальшою роботою кожного учня за планом, виробленому спільно з педагогом. Цей досвід отримав назву «Дальтон-план», у нашій країні він відомий як «метод проектів».

Індивідуальна форма організації роботи на семінарських та практичних заняттях передбачає, що кожен студент отримує для самостійного виконання

завдання, спеціально для нього підібране відповідно до його підготовки та можливостей. Серед завдань може бути і опрацювання тексту підручника, іншої навчальної і наукової літератури, різноманітних джерел (довідників, словників, енциклопедій і т.д.), вирішення завдань, прикладів, написання есе, творів, рефератів, доповідей і т.д.

Використання диференційованих індивідуальних завдань як одного з найбільш ефективних шляхів індивідуальної форми організації навчальної діяльності звільняє студентів від механічної роботи і дозволяє за менших витрат значно часу збільшити обсяг ефективної самостійної роботи, тим самим інтенсифікувати освітній процес. Зазвичай цю форму організації навчальної роботи студентів доцільно використовувати при закріпленні, повторенні, організації різних вправ, для самостійного вивчення нового матеріалу. Така організація навчальної роботи студентів дає можливість кожному, відповідно до своїх можливостей, здібностей, зібраності, поступово, але неухильно поглиблювати і закріплювати знання, виробляти необхідні вміння і навички.

Серед технологій індивідуального навчання виокремлюють також такі, як навчання у співпраці (співробітництві), метод проектів та різнорівневі навчання. Зокрема, навчання у співпраці (співробітництві) допомагає студентам оволодіти професійними знаннями, вміннями і навичками, але й набути досвіду взаємодії, взаємодопомоги, соціалізації, що особливо важливо для формування професійно-етичної компетентності. Цю технологію навчання розробили три групи американських педагогів: із університету Джона Хопкінса (Р. Славін, 1990 рік) [529], університету Міннесота (Р. Джонсон і Д. Джонсон, 1987 рік) і група Дж. Аронсона (Каоіорнія, 1978 рік) [465]. Варіантом навчання у співпраці є навчання в команді (Student Team Learning, STL). За такого навчання важливе значення мають «групові цілі» та успіх усієї групи, який можна досягнути тільки в результаті самостійної роботи кожного члена групи та в постійній взаємодії з іншими. Важливими ознаками цих методів є спільність мети і завдань, відповідальність усіх учасників і рівні можливості успіху: саме співпраця, а не змагання лежить в основі навчання в групі.



Третьою педагогічною технологією індивідуалізованого навчання є метод проектів. Ідея належить американському філософу і педагогові Дж. Дьюї [161], та його учню В. Кілпатрику. Вони запропонували будувати навчання в активній формі, через цілеспрямовану навчально-пізнавальну діяльність студентів відповідно до їх особистих потреб у цьому знанні. Вчені вважають, що для цього треба розглядати проблеми з реального життя, значущі для студентів.

Така технологія передбачає сукупність дослідницьких, пошукових, проблемних методів, творчих за своєю суттю. Метод охоплює прийоми, операції з оволодіння певною сферою практичного або теоретичного знання, тієї чи іншої діяльності. В основі методу лежить розвиток пізнавальних навичок студентів, умінь самостійно конструювати свої знання й орієнтуватися в інформаційному просторі.

Метод проектів завжди орієнтований на самостійну діяльність студентів. Ідея методу проектів – прагматична спрямованість на результат, вирішенні тієї чи іншої важливої практичної або теоретичної проблеми. Результатом виконаних проектів завжди має бути відеофільм, альбом, журнал, комп'ютерна газета, альманах, доповідь тощо. Для досягнення такого результату студенти повинні уміти самостійно знаходити і вирішувати проблеми, залучаючи для цієї мети знання з різних сфер, здатність прогнозувати результати і можливі наслідки різних варіантів рішення, уміння встановлювати причинно-наслідкові зв'язки.

Є. Полат вказує на такі основні вимоги до використання методу проектів:

наявність значимої в дослідницькому, творчому плані проблеми (завдання), що вимагає інтегрованого знання, творчого пошуку для її вирішення.

практична, теоретична значимість передбачуваних результатів.

самостійна (індивідуальна, парна, групова) діяльність студентів на занятті або в позааудиторний час.

структурування змістовної частини проекту (із вказівкою поетапних результатів і розподіл ролей [337]).

Загалом навчання в співробітництві і метод проектів важливі для формування професійно-етичної компетентності з огляду на такі особливості:

можливість оволодіння студентами комунікативними вміннями і навичками, уміннями працювати в різноманітних групах, використання різних соціальних ролей (керівника, виконавця, пацієнта, посередника тощо);

набуття студентами широких людських контактів, ознайомлення з різними моделями поведінки, різними точками зору на одну і ту ж проблему;

можливість не стільки передавати студентам знання, скільки навчити здобувати їх самостійно, користуватися ними для вирішення нових пізнавальних і практичних завдань;

можливість оволодіння вміннями користуватися пошуковими методами, зокрема збирати необхідну інформацію, факти, уміння аналізувати їх з різних точок зору, висувати гіпотези, формулювати висновки.

Таким чином, для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливо використовувати такі технології індивідуального навчання, як різнорівневе навчання, навчання у співпраці (співробітництві) та метод проектів. Найважливіша перевага технологій індивідуалізованого навчання полягає у тому, що вони дозволяють повністю адаптувати зміст, методи і темпи навчальної діяльності студентів до їх особливостей, згуртовувати студентських колективів, вчити їх допомагати та підтримувати один одного, формувати навички ефективної комунікативної взаємодії.

Четверта педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності передбачає *належну організацію самостійної науково-дослідницької роботи студентів*. При цьому слід враховувати, що науково-дослідницьку роботу, як зазначають В. Шейко, Н. Кушнарєнко, [450, с. 7], Д. Стєченко, О. Чмир [404, с. 9–10], А. Філіпенко [429, с. 5–9] та ін., відрізняють у першу чергу цілеспрямованість, предметний характер, пошук нового, системність, єдність предметного і почуттєвого. Такий вид пізнавальної діяльності передбачає здійснення наукового дослідження з метою отримання нових знань. Щодо формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів слід зазначити, що використання цього методу підвищує інтенсивність засвоєння студентами інформації про етичну складову професійної діяльності лікаря.

Окрім цього, виконання дослідницьких робіт допоможе майбутнім фахівцям підготуватися до вирішення складних проблем професійної діяльності, що потребує таких дослідницьких (часто подібних до інтелектуальних та загальнонавчальних) умінь, як уміння аналізувати і знаходити головне, уміння давати чіткі визначення і пояснювати, порівнювати, конкретизувати, узагальнювати і систематизувати, доводити, класифікувати. Загалом йдеться про здатність ефективно використовувати розумовий потенціал для вирішення проблемних ситуацій.

Дослідницькі методи навчання почали використовувати ще з кінця XIX століття, насамперед при вивченні біології, хімії та фізики. Саме цей метод отримав назву евристичного, лабораторно-евристичного, методу лабораторних занять, природничо-наукового. Його призначення бачили через протиставлення методу запам'ятовування. Серед переваг методу слід також вказати на більшу самостійність суб'єктів навчання, можливість створення атмосфери захопленості дослідженням.

Дослідницька діяльність передбачає певну послідовність дій:

визначення проблеми та похідних від неї завдань дослідження (використання під час спільного дослідження методів «мозкової атаки», «круглого столу»);

висування гіпотези їх рішення;

обговорення методів дослідження (статистичних, експериментальних спостережень та ін.);

обговорення способів оформлення кінцевих результатів (презентацій, творчих звітів), збір, систематизацію та аналіз отриманих даних;

підведення підсумків, оформлення результатів, їх презентацію (висновки, визначення нових проблем дослідження).

Як зазначають В. Галузяк, М. Сметанський і В. Шахов, особливістю дослідницького методу є можливість пошукової, творчої діяльності студентів, спрямованої на розв'язання нових для них проблем. Учені вважають, що, виконуючи завдання, теоретичні й практичні дослідження, студенти осмислюють проблему, обґрунтовують гіпотези щодо її розв'язання, планують їх перевірку,

здійснюють пошук і досягають необхідного результату. За таких умов їх пізнавальна діяльність за структурою наближається до дослідницької діяльності вчених [73, с. 160–161].

Педагоги вважають, що при цьому слід практикувати такі пошукові завдання, які б охоплювали:

- спостереження і вивчення фактів, виявлених незрозумілих явищ, які потребують дослідження (постановка проблеми);

- складання плану дослідження;

- виконання плану;

- аналіз і систематизація отриманих результатів, формулювання висновків щодо сфери їхнього практичного застосування [73, с. 161].

Для формування професійно-етичної компетентності студентам доцільно пропонувати:

- виконати планові наукові роботи навчального закладу;

- змодельовати професійні, соціальні процеси і дії лікаря певної спеціалізації;

- виконати завдання дослідницького характеру під час практики;

- опрацювати наукові доповіді, повідомлення і реферати з актуальних питань професійної етики й виступити з ними на наукових семінарах і конференціях.

Роботу зі студентами важливо будувати з урахуванням їх індивідуальних потреб та зацікавлень. Важливо визначити проблеми, що їх повинні дослідити студенти, з'ясувати мету дослідження. На наступному етапі слід уточнити тему й створити необхідне освітнє середовище, обговорити програму дослідження з теми й конкретне навчальне або наукове завдання для студента. Викладач повинен також разом зі студентами з'ясувати послідовність або проект виконання дослідницької роботи. На всіх етапах роботи важливе значення має колективне обговорення й систематизація отриманого проєктивного матеріалу, оцінка досягнутих результатів.

Оцінку результатів дослідження важливо здійснювати на основі таких критеріїв, як актуальність, новизна ідей, науковість, доказовість, практичне значення. Загалом про сформованість у майбутніх лікарів дослідницьких умінь свідчить їх уміння поставити проблему, запропонувати варіанти її рішення, зробити

узагальнення та висновки, які можна використовувати для вирішення схожих проблем.

Таким чином, використання дослідницьких методів при формуванні професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів дозволяє підтримувати зв'язок навчання з життям, допомагає студентам більш повно зрозуміти теорію, виробити вміння застосовувати набуті знання на практиці, готувати їх до ефективного вирішення складних проблем професійно-етичного характеру.

П'ята педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачає *моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів*.

Поняття «педагогічного моніторингу» почали використовувати порівняно недавно, поряд з такими термінами, як «педагогічна діагностика» та «педагогічне оцінювання». Моніторинг (лат. *monitor* – спостережний) передбачає спостереження за тим чи іншим процесом з метою виявлення відповідності бажаному результату чи попереднім припущенням [392, с. 368]. Моніторинг, як зазначає І. Малафіїк, дозволяє порівняти ті результати навчання, яких вдалося досягти, з тими, які планувалося досягти на початку вивчення навчального матеріалу [272, с. 240].

Моніторинг є ширшим поняттям, ніж звичайна перевірка знань та умінь. На відміну від перевірки, моніторинг не тільки констатує результати, але й визначає причини такого стану справ, напрями і шляхи покращення ситуації. Моніторинг, підкреслює В. Кукушин, охоплює контроль, перевірку, оцінювання, нагромадження даних, їхній аналіз, з'ясування динаміки, тенденцій, прогнозування варіантів розвитку подій. Значення педагогічного моніторингу полягає у тому, що він дозволяє забезпечити правильне визначення результатів навчання та загалом оптимізувати процес навчання [251, с. 236].

Г. Атанов також звертає увагу на те, що відповідно до того, що в навчанні треба контролювати і результат, і процес, мова йде про два види контролю – тестування і діагностику (моніторинг). Завданням тестування є встановлення інтегральної оцінки того, що об'єкт навчання знає чи вміє робити. Так здійснюються вхідний і вихідний, або підсумковий, контроль, за якого деталі не

мають істотного значення, а важливо знати лише загальну ситуацію. Діагностика (моніторинг) передбачає оцінку саме деталей. При цьому завданням діагностики є встановлення не того, що знає чи вміє робити об'єкт навчання, а того, що він не знає чи не вміє. Саме діагностика (моніторинг) дає змогу отримувати інформацію, необхідну для коригування навчальної діяльності, керування нею [14, с. 200].

Основну модель оцінювання ключових компетентностей розробила Організація економічного співробітництва та розвитку (OECD – Organization for Economic Cooperation and Development) у рамках проекту «Визначення та відбір компетентностей: концептуальні засади» (Definition and Selection of Competencies: Theoretical and Conceptual Foundations (DeSeCo) [523].

Серед інноваційних підходів до моніторингу рівнів досягнень компетентностей О. Локшина виокремлює різні тести для об'єктивного вимірювання компетентностей: звичайні завдання з вибором відповіді; завдання із закритою відповіддю; завдання з відкритою відповіддю; завдання з короткою відповіддю. Серед типів текстів використовують такі: реклама, аргументація, графіки й діаграми, опис, пояснення, інструкції, мапи, схеми, таблиці [224, с. 26]. При цьому важливо, на думку дослідниці, використовувати також тести мінімальної компетентності.

Тестування мінімальної компетентності ґрунтується на концепції американського науковця Б. Блума, в якій основною метою навчання є засвоєння навчальної дисципліни. Б. Блум, широко підтримуючи ідею запровадження тестів мінімальної компетентності, 1979 року наголошував, що впровадження академічних стандартів у формі вимог до мінімальної компетентності випускників є основою для досягнення більшістю певних стандартів (рівнів засвоєння) на різних ступенях навчання [224, с. 27].

Г. Атанов підкреслює, що при цьому принципове значення мають вимоги достовірності й надійності контролю. Перша з цих вимог означає, що контроль має забезпечувати отримання достовірних результатів, досягнення певних цілей. Придатність того чи іншого виду контролю для досягнення тієї чи іншої мети називають валідністю. Зокрема, валідний за змістом контроль передбачає, що в

цьому випадку забезпечуються достовірні результати контролю засвоєння змісту. Надійність конкретного виду контролю означає можливість отримати досить точні результати за умов контролю різних груп об'єктів навчання різного рівня підготовки [14, с. 203].

Найважливішою складовою педагогічного моніторингу є оцінювання навчальної діяльності студентів. У вищому навченому закладі, як зазначає О. Власова, оцінювання дозволяє, по-перше, зорієнтуватись у стані знань студентів і ступені їхньої відповідності вимогам; по-друге, заохочувати, стимулювати розумову роботу майбутніх фахівців; по-третє, отримувати безпосередню або опосередковану інформацію про успіх або неуспіх у певній навчальній ситуації; по-четверте, виражати загальну думку, судження педагога про студентів та їх роботу [62, с. 158].

П. Фрейре підкреслює, що питання полягає не у виступах проти оцінювання як такого (очевидно, що воно потрібне), а в протидії тій методології, яка спрямована на придушення конструктивного різноманіття, конструктивного критицизму і врешті-решт свободи. На думку відомого педагога, оцінювання має слугувати інструментом для підтримки учнів, а не їх приборкання. П. Фрейре також зазнає, що оцінювання, яке стимулює промову «до людей», має бути лише етапом до розмови «з людьми» [435, с. 100]. В. Кукушин вважає, що педагог оцінкою повинен заохочувати студентів до вдосконалення своєї навчальної діяльності, до поглиблення й посилення мотивів пізнання, а також зміцнювати у них віру в свої сили, залучати до різних форм співробітництва й розвивати в них самостійність, бажання до вільного вибору [251, с. 290].

Таким чином, моніторинг дозволяє відстежувати якість формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, забезпечити правильне визначення результатів навчання та загалом оптимізувати процес навчання. Серед інноваційних підходів до моніторингу рівнів досягнень компетентностей важливо використовувати різні види тестів, що відповідали б вимогами достовірності й надійності. Педагог оцінкою повинен заохочувати студентів до вдосконалення своєї

навчальної діяльності, до поглиблення й посилення мотивів пізнання етичних аспектів професійної діяльності.

Шоста педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачає *впровадження тренінгової програми розвитку професійної етики майбутніх лікарів*. Необхідність цієї умови пов'язана з тим, що, як вважають Ф. Бурнард [45], І. Вачков [50], О. Конуп [229], Л. Мороз [297], В. Пахальян [321], С. Сисоева [382], К. Фопель [434] та ін., тренінг є найперспективнішим методом психолого-педагогічної підготовки фахівців різних галузей, так як допомагає формувати вміння і навички, необхідні для виконання професійних функцій.

Тренінгові заняття мають великий потенціал щодо особистісного розвитку майбутніх фахівців, створення умов для розвитку професійного і особистісного самоусвідомлення. Під час тренінгових занять створюються умови для формування професійної ідентичності майбутніх фахівців, підвищення впевненості в собі, розвитку компетентності та власної гідності, для формування адекватного образу успішного професійного майбутнього з виявленням й актуалізацією особистісних ресурсів.

Тренінг як засіб інтерактивного навчання дозволяє також формувати індивідуальні стилі спілкування, навички активного слухання, вміння ставити питання і підтримувати зворотній міжособистісний зв'язок тощо. Саме тренінг є дієвим методом підготовки майбутніх лікарів до професійної діяльності, що пов'язана із суб'єкт-суб'єктною взаємодією. Як зазначає І. Мельничук, роль тренінгів у навчанні майбутніх лікарів полягає в тому, що він допомагає через метод ігрового моделювання навчальних, професійних, життєвих ситуацій формувати необхідні професійні та особистісні якості, комунікативні уміння і навички майбутнього фахівця, підвищувати адекватність самосвідомості та поведінки шляхом включення до тренінгової ситуації [287, с. 178].

Основне завдання тренінгових занять – робота над проблемами взаємодії, комунікації та співробітництва на рівні «викладач – студент» або «студент – студент». Під час такої роботи студенти набувають певного професійного досвіду,



оскільки відтворюють моделі поведінки, які характерні для професійної діяльності, та показують приклади вирішення навчально-пізнавальних професійно-етичних ситуацій. Під час тренінгу за допомогою зворотного зв'язку з іншими членами групи учасник може зосередитись на засвоєнні специфічних способів поведінки і краще зрозуміти їх.

Найважливіші цілі, вважає І. Мельничук, навчальних тренінгів такі:

сенсибілізація навичок сприйняття, розвиток в студентів відкритості до почуттів і думок інших людей;

поглиблення відповідальності за самого себе;

руйнування рольових стереотипів, вибір поведінкових стандартів на користь інноваційного підходу до майбутньої професійної діяльності;

відкрите висловлювання почуттів, що дозволяє студентами ідентифікувати свою поведінку із зразками-моделями оптимальних дій фахівця;

усвідомлення власних мотивів та «переоцінка цінностей», яка стосується і професійної діяльності, і ставлення до інших людей, і смислу свого життя;

прийняття себе таким, яким є на цей момент, розвиток у студентів самоповаги (центр самоповаги повинен знаходитись у межах власного Я, а не визначатися соціальним визнанням і засвоєними раніше чужими уявленнями про цінності);

прийняття інших, формування поваги і толерантності до почуттів, думок, стилю життя інших людей;

контакт і співробітництво з іншими членами групи (для лікарів, професійна діяльність яких пов'язана з людьми, комунікативні уміння є одними з найважливіших);

міжособистісна відкритість, формування умінь спілкуватися більш відкрито й відверто, знаходити нестандартні творчі підходи до вирішення професійних завдань і проблемних ситуацій [287, с. 179–181].

Серед найважливіших принципів організації і проведення тренінгів слід вказати на такі:

підвищена активність учасників групи тренінгу (інтенсивна участь студентів у тренінговому процесі);

ігровий характер взаємодії (імітація реальних життєвих і професійних ситуацій);

навчально-пізнавальна спрямованість (відображається перш за все у передаванні та засвоєнні нових знань, умінь і навичок);

систематична рефлексія (осмислення людиною власних дій і їх закономірностей, діяльність самопізнання, здійснення самоаналізу);

групова форма проведення (формування норм і цінностей у групі) [287, с. 185–188].

Отже, тренінг є дієвим способом підготовки майбутніх фахівців до професійної діяльності. Використання навчальних тренінгів сприятиме не тільки кращому засвоєнню теоретичного програмового матеріалу з професійних дисциплін, підвищенню якості професійної освіти студентів, але й створюватиме оптимальні можливості для самовизначення, самореалізації, особистісного і професійного становлення. Під час тренінгу студенти відпрацьовуватимуть навички комунікативної взаємодії, у них визначатимуться ціннісні орієнтації. Студенти матимуть можливість набути необхідного досвіду, оскільки відтворюватимуть свій життєвий стиль і зразки поведінки, властиві їм і поза групою, знаходитимуть шляхи вирішення навчальних проблемних ситуацій ігрового і професійного спрямування одночасно.

Таким чином, з урахуванням особливостей професійної підготовки студентів у ВМНЗ, специфіки їх розвитку і становлення як майбутніх лікарів на різних курсах навчання, стадій послідовних змін у мисленні студентів під час навчання, а також концептуальних положень методологічного і теоретичного концептів провідної ідеї дослідження слід дотримуватись певної послідовності її впровадження у методико-технологічному плані, яку доцільно визначити як технологію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів (далі – технологія). Вона передбачає вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний) провадження низки педагогічних умов протягом трьох етапів:

на початковому етапі – проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності; забезпечення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині; відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами; активізація рефлексивної діяльності майбутніх лікарів через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору; підготовка науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії;

на пізнавально-пошуковому етапі – застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки; моделювання занять, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій; налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності; поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання; управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів; забезпечення функціонування сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища; уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності;

на визначальному – моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики; застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення; управління самостійною науково-дослідною роботою студентів; моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх

лікарів; впровадження тренінгової програми сприяння розвитку професійної етики майбутніх лікарів.

Далі на наступному етапі дослідження передбачено перевірити результативність технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у вищому медичному навчальному закладі.

#### **4.3. Технологія формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти**

Педагогічна технологія, за прийнятим ЮНЕСКО означенням, це «в загальному розумінні системний метод створення, застосування й визначення всього процесу викладання і засвоєння знань з урахуванням технічних і людських ресурсів та їх взаємодії, який ставить своїм завданням оптимізацію форм освіти» [397, с. 72].

Як зазначає І. Дичківська, історично поняття «технологія» (грец. *techne* – мистецтво, майстерність і *logos* – слово, вчення) у значенні науки про майстерність виникло у зв'язку з технічним прогресом [99, с. 49]. Вперше стосовно освіти цей термін у 1886 році вжив Дж. Саллі. Потреба у розробленні педагогічних технологій виникла у контексті необхідності управління педагогічним процесом. У наш час загальноприйняте трактування визначає технологію як конструювання навчального процесу за певною схемою [99, с. 57]. Головне в педагогічній технології – розроблення, деталізація інструментальних аспектів педагогічного процесу [375; 99, с. 58]. Технологія як сукупність прийомів, способів педагогічних дій і засобів, що охоплюють цілісний освітній процес від визначення його мети до одержання очікуваних результатів, визначає способи організації інноваційної діяльності, цільову орієнтацію освітнього процесу, специфіку взаємодії педагога і суб'єктів навчання [99, с. 62].

Ураховуючи визначення технології І. Дичківської, ми розглядаємо технологію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у

медичних закладах вищої освіти як модель освітнього та управлінського процесів, що є сукупністю педагогічних впливів, заходів, практик та засобів, необхідних для формування належного рівня професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі за наявності певних умов [99, с. 60].

Ця технологія є важливою передумовою впровадження концепції формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у практику. Щодо співвіднесення цього поняття із поняттям методики, слід зазначити, що поняття «методика» є ширшим за поняття «технологія», так як охоплює і змістовий, й інструментальний аспект педагогічного процесу. За І. Дичківською, методика є окремою теорією, а технологія – алгоритмом її впровадження у практику [99, с. 61].

Структурними компонентами технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти є:

концептуальна основа;

змістова частина, яка передбачає максимальне уточнення цілей технології, визначає зміст навчального матеріалу;

процесуальна частина, що стосується питань організації навчального процесу відповідно до цілей, методів і форм навчальної діяльності студентів та діяльності викладачів, управління навчальним процесом (оцінювання поточних результатів, корекція навчання, досягнення поставлених цілей);

завершальна оцінка результатів [99, с. 61–62].

Концепцією технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти є положення про можливість формування зазначеної компетентності через вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний) протягом трьох етапів, зокрема, на *початковому етапі (пропедевтичному)*, що охоплює 1-2 курси навчання майбутніх лікарів та передбачає 1) проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі; 2) відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії

майбутніх лікарів з пацієнтами; 3) забезпечення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині; 4) активізацію рефлексивної діяльності майбутніх лікарів через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору; 5) підготовку науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; 6) застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії; на *пізнавально-пошуковому* (охоплює 3-4 курси навчання та передбачає 1) застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами вміннями і навичками професійно-етичної поведінки; 2) моделювання занять, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій; 3) налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності; 4) поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання; 5) управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів; 6) організацію сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища та *визначальному*, що охоплює 5-6 курси навчання і передбачає 1) моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики; 2) застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення; 3) управління самостійною науково-дослідною роботою студентів; 4) уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності; 5) моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; 6) упровадження тренінгової програми сприяння розвитку професійної етики майбутніх лікарів.

Загалом йдеться про можливість формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти через поетапне впровадження педагогічних умов, а також інноваційного змісту, форм і методів

формування та діагностики досліджуваної властивості й моніторингу ефективності цього процесу на різних етапах.

Технологію було впроваджено в освітньому процесі медичних навчальних закладів, зокрема Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», Одеського національного медичного університету та Запорізького державного медичного університету. Всього на цьому етапі експерименту взяли участь 838 студентів зазначених медичних закладів, а також 124 науково-педагогічних працівників цих закладів освіти. Далі розглянемо змістову та процесуальну частину технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти відповідно до кожного етапу.

На *початковому етапі* при викладанні навчальних дисциплін «Історія медицини», «Соціологія та медична соціологія», «Основи психології. Основи педагогіки», «Догляд за хворими. Практика педіатрія», «Медицина надзвичайних ситуацій» було *спроєктовано мету і завдання формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності*. Відповідно до вимог компетентнісної освіти ми звертали увагу на значущі життєві навички майбутніх лікарів, на те, що вони в результаті навчання повинні виконувати (вміти робити), а не на те, чого вони мають навчитися. Цілі навчання ми формували з урахуванням результатів, зокрема послуг, які випускник має вміти надавати [224, с. 27].

При проектуванні мети і завдань формування професійно-етичної компетентності було також враховано щодо кожної навчальної дисципліни відповідність вимогам освітніх документів, необхідність повного розкриття в цілях та завданнях предмета навчальної діяльності та змісту навчального матеріалу, елементів навчальної діяльності майбутніх фахівців, що відповідали б

особистісному та професійному досвіду й професійно значущим якостям [216, с. 136–137].

Для конкретизації цілей формування професійно-етичної компетентності відповідно до таксономії Б. Блума ми виокремлювали окремі цілі з урахуванням процесу засвоєння навчального матеріалу, визначивши шляхи і способи, за допомогою яких можна впливати на мислення (когнітивну сферу), почуття (ефектну сферу) і дії (психомоторну сферу) [468, с. 26]. Зокрема, щодо теми № 1 «Предмет, структура та функції соціології. Соціологія медицини» навчальної дисципліни «Соціології та медичної соціології» в контексті формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів систему когнітивних установок було визначено на рівні знання (здатність дізнаватися про соціологію медицини та медичну етику, основні фактори, що зумовили виникнення соціології медицини та медичної етики; предмет і завдання соціології медицини в етичному контексті; етичний аспект фундаментальних та прикладних досліджень в медичній соціології), розуміння (здатність розуміти базові нормативні документи, кодекси, декларації, що регулюють етичні аспекти сучасної медицини на клінічному рівні та на рівні медичного наукового дослідження), застосування (уміння застосовувати знання, інформацію в новій ситуації, аналізувати клінічні ситуації відповідно до норм медичної етики, застосовувати загальні деонтологічні принципи в роботі з пацієнтами) та ін.

Щодо афективної сфери (емоційно-ціннісної) ми звертали увагу на формування інтересів і схильностей, переживання тих чи інших почуттів щодо навчання та навчального матеріалу, формування усвідомленого ставлення студентів до навчання та діяльності. Приклади проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності при вивченні студентами інших навчальних дисциплін подано у додатку И.1.

Загалом проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності на основі таксономії Б. Блума дозволило врахувати при визначенні цілей навчання особливості професійної діяльності майбутніх лікарів, перелік їх



посадових обов'язків і функцій, завдань (задач) професійної діяльності та етапність організації освітнього процесу в навчальному закладі.

Далі відповідно до наступної педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів було *відібрано та структуровано зміст гуманітарних дисциплін, зокрема «Історії медицини», «Соціології та медичної соціології», «Основ психології», відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами.*

З урахуванням того, що моральне самовиховання особистості розпочинається з повідомлення їй знань про моральні норми [25, с. 178], ми звертали увагу на інформаційні елементи, які необхідні для набуття певного рівня професійно-етичної компетентності, трактуючи зміст професійно-етичної компетентності як систему знань, умінь, навичок і досвіду діяльності [224, с. 51]. Зміст було зафіксовано у навчальних програмах та окремих методиках викладання навчальних предметів. У змісті навчальних предметів ми визначили перелік компетенцій як сукупність знань і способів діяльності, необхідних для професійно-етичної діяльності [224, с. 54]. Зміст кожної навчальної дисципліни було побудовано відповідно до цілей та характеру майбутньої професійної діяльності, тобто заданої характером майбутньої спеціальності системи.

Для формування професійно-етичної компетентності у змісті навчальних дисциплін «Історія медицини», «Соціологія та медична соціологія», «Основи психології», «Догляд за хворими. Практика педіатрії», «Медицина надзвичайних ситуацій» ми передбачили вивчення сутності моралі як форми суспільної свідомості та її значення у професійній діяльності лікаря, тобто сукупності правил, норм, вимог, які регулюють відносини і взаємодію людей, їх поведінку [294, с. 430]. Так, наприклад, при викладанні навчальної дисципліни «Історія медицини» ми передбачили вивчення студентами таких питань, як історія медицини та історія етичних учень, етична складова народної медицини, зв'язок української народної медицини з етикою, медична етика у перших (ранніх) рабовласницьких цивілізаціях, медична етика у Стародавній Греції, медицина та медична етика у Візантійській імперії та ін. (Додаток И.2.1). Особливу увагу ми звертали на такий

аспект, як християнство і його роль в становленні медичної справи та медичної етики у Візантійській імперії та ін. Студенти розмірковували про також про значення християнських цінностей у діяльності лікаря.

Для нас важливими були слова Г. Ващенко про те, що християнське ставлення до людини є основою чемності: «щира пошана до неї як до образу й подоби Божої, незалежно від того, який її матеріальний стан і соціальне становище. Звідси – доброзичливість, уважність, щирість, пошана до старших, до священнослужителів та ін.» [51, с. 188–189]. Студенти робили висновок, що така поведінка є виявом справжніх християнських почувань і разом з тим сприяє добрим відносинам між людьми, робить спілкування з ними джерелом чистої радості, є однією з умов праці та життя лікаря. Загалом такий матеріал допомагав студентам пізнати сутність моралі, морального ідеалу, опанувати моральні норми та переконання, виховував у них здатність переживати моральні почуття тощо [66, с. 115].

Для формування професійно-етичної компетентності ми ознайомлювали студентів з моральними засадами професійної діяльності, поняттями свідомої дисципліни, обов'язку і відповідальності у роботі лікаря. Ми звертали увагу на значення моральних норм у діяльності лікаря, розуміння студентами сутності та значення таких категорій, як добро, зло, честь, гідність у професії лікаря. Так, наприклад, при вивченні студентами навчальної дисципліни «Соціологія та медична соціологія» було передбачено вивчення студентами таких питань, як соціально-професійна підструктура лікарів, корпоративна культура лікарів у суспільній ієрархії, етичні вимоги до медицини та охорони здоров'я як соціального інституту, етичний аспект професійної соціалізації лікаря (Додаток И.2.2)

Відповідно до принципу орієнтації на ціннісні відносини ми звертали посилену увагу на формування відповідного ставлення майбутніх лікарів до ціннісних основ життя та професійної діяльності, зокрема добра, істини, краси. Ми обговорювали етичні аспекти взаємодії особистості лікаря та особистості пацієнта в контексті підходів соціології медицини, давали соціологічний та етичний портрет особистості сучасного лікаря. У нашому випадку, за О. Власовою [62, с. 223], зміст

навчального матеріалу став основним засобом доведення інформації про моральні цінності.

Вивчення студентами цих понять, з'ясування сутності моральних цінностей, за В. Сухомлинським [409, с. 126], ставали також фундаментом, основою вироблення ідейних переконань майбутніх лікарів: перехід знань у переконання сприяв виробленню необхідної моральної орієнтації. Через послідовне розкриття перед студентами змісту моральних цінностей ми формували у них необхідні позиції, погляди, зокрема на такі важливі проблеми, як мета і сенс їх професійної діяльності, суть моральних норм у діяльності лікаря, значення моральних переконань, вчинків, поведінки, моральний обов'язок лікаря та ін.

Таким чином, для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін було здійснено відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами, що передбачало посилену увагу до інформаційного компонента, ознайомлення майбутніх лікарів з найважливішими моральними категоріями. Це допомагало формувати відповідні позиції, погляди студентів, насамперед щодо важливих моральних проблем, мети і сенсу морального у професійній діяльності. За таких умов знання ставали поштовхом для становлення особистісної позиції майбутніх лікарів, основою формування їхніх моральних переконань.

Відповідно до третьої педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів було враховано *значення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів при організації компетентісного навчання загалом та вивчення питань медичної етики зокрема.*

При формуванні професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів ми вважали цінності, ціннісне ставлення до інших людей, до себе, своєї професійної діяльності найважливішим аспектом роботи. Зокрема, при вивченні таких навчальних дисциплін, як «Історія медицини», «Соціологія та медична соціологія», «Основи психології. Основи педагогіки», «Догляд за хворими. Практична педіатрія», «Медицина надзвичайних ситуацій», «Домедична допомога в

екстремальних ситуаціях» ми при розгляді програмних питань відстежували ціннісний аспект різних складових професійної діяльності (додаток И.3). У цьому зв'язку ми використовували зміст матеріалу, за О. Рудницькою [367, с. 75], як засіб орієнтування людини у різних життєвих ситуаціях, призму її світобачення, розширення духовно-культурної сфери.

Особливу увагу ми звертали на формування у майбутніх лікарів неспоживацького ставлення до життя, до інших людей. Наприклад, при вивченні з навчальної дисципліни «Догляд за хворими. Практична педіатрія» ми вели мову про життя за «принципом володіння» та життя за «принципом бути». Студенти розмірковували про слова Е. Фромма щодо того, що досягнення багатства і комфорту не тотожне з поняттям щастя, «необмежене задоволення всіх бажань не спрацьовує, не дає добробуту, не є дорогою до щастя» [436, с. 14]. Предметом аналізу були питання щодо розуміння лікарем свого професійного обов'язку та смислу життя, готовність жити за «принципом бути», життєві цінності лікаря та ін. При вивченні теми № 4 «Загальний і спеціальний догляд за тяжкохворими і агонуючими» з навчальної дисципліни «Догляд за хворими. Практична педіатрія» ми звертали увагу на такі аспекти, як ставлення лікаря до життя та смерті, готовність прийти на допомогу, співчуття та самопожертва лікаря, духовна складова паліативної та хоспісної допомоги, ставлення лікаря до інкурабельних пацієнтів, особливості розмови з близькими інкурабельного пацієнта, необхідність психологічної підтримки близьких інкурабельного пацієнта в період скорботи.

Важливими для розуміння студентами сутності моральних цінностей були слова С. Кримського про те, що «людина – істота вертикальна. Її життя вимірюється не кількістю років, а ступенями ціннісного сходження. Тобто можна прожити дуже багато років марно, а можна за короткий термін досягнути свого духовного космосу» [242, с. 57]. Студенти також аналізували слова В. Сухомлинського про основні джерела радості дитини: те, що вона дістає від старших, чи те, що дає суспільству. Майбутні лікарі зазначали, що саме від таких ціннісних орієнтацій залежить професійний обов'язок, дисципліна, відповідальність особистості перед суспільством і перед власним сумлінням. Для нас важливо було переконати

студентів, що бажано, щоб людина не жила тільки єдиною радістю – радістю споживання» [409, с. 426].

Студентам були близькі також ідеї В. Сухомлинського про те, що буття, щастя, добробут людини залежать від того, які матеріальні цінності вона створює для інших людей, як самим життям своїм допомагає іншим людям жити. Таку працю для людей В. Сухомлинський називає найважливішим джерелом моральної свідомості, моральних почуттів» [409, с. 506].

Студенти робили висновок, що спосіб існування за «принципом бути» означає відмову від власного егоцентризму та себелюбства, готовність віддавати, ділитися з іншими, жертвувати собою [436, с. 100–112], що саме для лікарів потреба віддавати, готовність жертвувати собою заради інших мають бути важливими особистісними характеристиками.

Окрім цього, відповідна інформаційна складова змісту навчальних дисциплін дозволила орієнтувати студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині. Для підвищення мотивації до навчання ми звертали увагу на організацією педагогічного процесу, характер мотивів і потреб суб'єктів навчання. Зокрема, ми збагачували зміст особистісно орієнтовним матеріалом, стимулювали інтелектуальні почуття, розвивали пізнавальні інтереси і потреби. Викладачі намагались підтримувати допитливість студентів, їх прагнення до самовияву і самоствердження. Великої увагу ми надавали тому, щоб показати студентам значення професійно-етичних знань для професійної діяльності, з'ясувати близькі й перспективні цілі навчання, формувати бачення себе в професії та позитивний образ «Я професіонал».

Таким чином, загальна життєва ціннісно-сміслова настанова щодо готовності дбати не тільки про себе, а бути готовим віддавати сили, час, увагу іншим людям, на нашу думку, має стати важливим регулятором поведінки та діяльності майбутніх лікарів. Для формування таких цінностей важливе значення мав зміст матеріалу, який дозволив орієнтувати майбутніх лікарів щодо належної поведінки у різних життєвих ситуаціях, розширити їх духовно-культурну сферу. Поступове нарощування складних індивідуально та професійно важливих ситуацій

дозволило збагачувати досвід майбутніх фахівців, формувати у них ціннісне ставлення до себе, до інших людей, до своєї професії.

Відповідно до четвертої педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів для *активізації рефлексивної діяльності майбутніх лікарів ми звертали увагу на усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору.*

З урахуванням того, що рефлексія відіграє важливу роль у розвитку духовного Я особистості майбутніх лікарів, було передбачено проведення бесід про значення професії лікаря, важливість рефлексії своєї діяльності щодо формування професійно-етичної компетентності. Темі бесід подано у додатку И.4. Студенти повинні були звернути увагу на значення професії лікаря у суспільстві, відповідальність лікаря як професіонала, авторитет лікаря в колективі, авторитет і повагу до лікаря серед пацієнтів, ставлення лікаря до своїх помилок, ціну лікарської помилки та ін.

Наприклад, під час розгляду з навчальної дисципліни «Догляд за хворими. Практична педіатрія» теми № 1 «Основні принципи та організаційні засади догляду за хворими терапевтичного профілю» ми звертали увагу на те, що рефлексія допомагає розуміти себе та інших людей, їх цінності, думки, здійснювати самооцінку своєї діяльності, аналізувати помилки, додає впевненості лікаря в свої сили.

При розгляді різних ситуацій медичної практики студенти вчилися аналізувати кожную свою дію та слова; бачити в ситуації професійної діяльності проблему і оформляти її як завдання; конкретизувати проблему та визначати способи розв'язання завдання; приймати найбільш доцільне рішення в умовах дефіциту часу, неповноти даних чи невизначеності; мислити припущеннями, гіпотезами, розробляти версії; використовувати різноманітні техніки для усвідомлення свого досвіду; аналізувати і використовувати кращі зразки медичної практики. Рефлексія передбачала мислення стосовно себе, що допомагало студентам здійснювати певні перетворення внутрішнього світу, власного «Я».

Під час експериментальної роботи студенти часто викладали свої думки на папері, пишучи есе. Така робота допомагала студентам осмислювати власні дії, свої внутрішні стани, почуття, переживання, аналізувати ці стани і формулювати необхідні висновки. Це сприяло тому, що майбутні лікарі краще розуміли себе, контролювали і регулювали свої дії, усвідомили сенс своєї професії.

Таким чином, рефлексія допомагала формувати духовне «Я» особистості майбутніх лікарів на основі результатів діяльності свідомості стосовно засвоєння знань про певну етичну категорію-цінність. Під час експерименту викладачі активізували рефлексію шляхом проведення тематичних бесід, акцентували увагу студентів на необхідності формування рефлексивних умінь під час розгляду різних випадків медичної практики. Рефлексія, яка передбачала самоспостереження і самоаналіз, стала важливим шляхом отримання нових знань. Процес рефлексії, усвідомлення вищих духовних цінностей допомогло студентам зрозуміти сенс своєї діяльності як лікарів.

П'ята педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачала *необхідність належної підготовки науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.*

Для належної професійної підготовки педагогів до формування професійно-етичної компетентності було передбачено систематичну роботу з підвищення їх педагогічної компетентності. Відповідно при організації методичної роботи ми передбачили суттєве поглиблення фундаментальної теоретичної підготовки, ознайомили педагогів із передовими науковими досягненнями, звертали увагу на їх методичне самовдосконалення.

Для впровадження цієї умови було розроблено програму тематичного семінару «Професійно-етична компетентність майбутніх лікарів та актуальні питання її формування», яку подано у додатку И.5. Під час роботи семінару ми ознайомили викладачів, учасників експерименту, з різними аспектами формування у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності. Метою семінару було надання викладачам допомоги при формуванні у майбутніх лікарів професійно-

етичної компетентності, насамперед збагачення знаннями щодо змісту професійно-етичної компетентності, структури та особливостей, методики формування професійно-етичної компетентності під час освітнього процесу, а також психолого-педагогічних особливостей особистості студентів, студентського колективу й колективу медичного закладу.

Заняття семінару було організовано щотижня протягом 2014–2015 років. На семінарі ми ознайомлювали викладачів з особливостями формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів, організації навчального процесу, змістової частини занять, основами конструктивних комунікацій. Ми звертали увагу на те, як організувати формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів на початковому (пропедевтичному), пізнавально-пошуковому та визначальному етапах. Особливого значення ми надавали тому, як моделювати зміст занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики, як застосовувати в освітньому процесі технології навчання, спрямовані на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення, як здійснювати управління самостійною науково-дослідною роботою студентів та ін.

При цьому ми враховували, що ефективність формування у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності залежить від професіоналізму викладача, його теоретичної підготовки, практичного досвіду, від сформованості у нього самого моральних якостей, від того, як він організовує взаємодію зі студентами. З огляду на це в роботі зі студентами викладачі старалися показати їм приклад належного ціннісного ставлення до інших людей, до професійного обов'язку. Викладачі намагалися, за порадою В. Сухомлинського, чинити так, щоб в особі педагога студенти «бачили провідника до вершин моральності, в його словах приймали заклик бути вірними своїм благородним переконанням і непримиренними до зла, неправди, свавілля» [409, с. 596]. Педагоги намагалися переконати студентів у важливості дотримання моральних норм при взаємодії з іншими людьми, відповідальності за свої дії. Цим самим, відповідно до позиції М. Фіцули,



найефективнішим методом формування у студентів необхідних етичних якостей був особистий приклад викладача [431, с. 244].

Під час експериментальної роботи викладачі старались впливати на рівень моральних відносин між студентами. Вони формували у студентів цінності належного ставлення до одногрупників на основі співробітництва, взаємодопомоги, визнання цінності один одного. Педагоги впливали на домінування у відносинах між студентами дружби, взаємодопомоги, ціннісних орієнтацій, намагались «прищепити їм високі моральні якості, віру в кращі риси людини, вміння бачити і творити добро та відрізнити його від зла, вміння співчувати» [49, с. 231].

Формуючи професійно-етичну компетентність майбутніх лікарів, викладачі, відповідно до позиції Л. Хоружої [440, с. 82], дотримувались таких етичних вимог:

розуміли моральну відповідальність за результати навчання, виховання і розвитку школярів, постійний самоаналіз тощо.

дотримувались стратегії особистісно зорієнтованого навчання;

постійно вивчали особливості студентів, їхній внутрішній світ;

поважали гідність студентів;

намагались уникати оціночних суджень, знаходити педагогічно доцільні способи для зміни думки студентів, аналізу і переоцінки своїх дій;

будували навчальний процес як відкритий, оснований на соціальному партнерстві.

Для формування професійно-етичної компетентності важливе значення мало не тільки знання викладачем свого предмета, але й особистісні якості викладача, його тактовність, доброзичливість, доступність у спілкуванні, вміння поставити себе на місце співрозмовника та ін. [197]. З огляду на це викладачі намагались дотримуватися конструктивного стилю спілкування, сприймати іншу точку (емпатія), психологічно підтримати студентів, були відкритими, ненав'язливими, ширими [66, с. 492].

Організація спілкування на таких засадах сприяла становленню ціннісних орієнтацій під час обміну думками, дозволяла студентам набути морального досвіду організації стосунків з іншими людьми. Уміння викладачів вибудовувати

взаємини в системі «викладач – студент», налагоджувати позитивні відносини сприяли розвитку колективу, ефективній організації освітнього процесу, розвитку студентського колективу.

Таким чином, під час експериментальної роботи вплив педагога на особистість майбутніх лікарів було поєднано через синтез навчального процесу та опосередкованих педагогічних дій щодо нього. За таких умов етика педагога, проявляючись через систему взаємодії зі студентами, впливала на формування їх ціннісно-мотиваційної сфери, комунікативну діяльність та етичну поведінку.

У цьому контексті важливе значення мала також шоста педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, що передбачала *застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії*.

Для цього викладачі, за Г. Васяновичем [49, с. 235–238], намагалися опиратися на позитивний потенціал особистості студента і студентського колективу, поєднували доброзичливу вимогливість з довірою до молодих людей, забезпечували особистісну (але не статусну) рівність педагога і студентів, налагоджували атмосферу взаєморозуміння, злагоди і співпраці.

Великого значення ми надавали таким діалогічним методам, як бесіда і дискусія. Зокрема, при вивченні навчальної дисципліни «Догляд за хворими. Практична педіатрія» під час бесіди зі студентами ми обговорювали питання щодо сутності лікарської помилки та відповідальності, доцільності/недоцільності пошуку винних у такій ситуації (тема № 2), ставлення до інкурабельних пацієнтів, особливостей психологічної підтримки близьких інкурабельного пацієнта в період скорботи (тема № 4) та ін. Такі бесіди, роз'яснення студентам сутності моральних норм стали важливим методом формування моральних якостей та переконань. В індивідуальній бесіді ми використовували форми розвиваючої допомоги, викладач не прагнув вирішити проблеми, а залишав простір для його зусиль, праці душі.

При вивченні з навчальної дисципліни «Догляд за хворими. Практична педіатрія» тем «Основні принципи та організаційні засади догляду за хворими терапевтичного профілю», «Оцінка стану хворого та основних параметрів його життєдіяльності», «Загальний і спеціальний догляд за тяжкохворими і

агонуєчими» та ін. Важливе значення мали дискусії «Чи потрібна підтримка надії на одужання у хворих в онкології?», «Використання благодійної допомоги в медичних закладах», «Хоспіс: жалість чи допомога», «Процес вмирання та смерті: етична складова» та ін. (Додаток И.6). Ми використовували сократівську дискусію (передбачала оцінювання і виокремлення різних поглядів на проблему, виявлення взаємозв'язків між різними позиціями), перехресну дискусію, дискусію з відкритим закінченням [67].

Процедура дискусії передбачала, що викладач повідомляв тему дискусії, ділив на групи, під час дискусії стежив за черговістю виступів учасників, етичністю поведінки та коректністю висловлювань. Такі диспути допомагали студентам вчитися висловлювати своє бачення проблеми під час групової роботи. Студенти мали змогу тренувати здатність використовувати знання із власного досвіду.

У випадку неспівпадіння позицій, помилки в судженнях ми вчили студентів з'ясувати їх причини, мотиви, якими керується співрозмовник. Під час обговорення питань на семінарських заняттях та під час дискусій викладачі звертали увагу на те, щоб студенти вчилися розуміти позицію партнера, переконливо обґрунтовували свої судження, «відшліфовували» їх і переводили їх на «мову» думок, а всі спірні питання вирішували діалектично, а не альтернативно.

У свою чергу метод круглого столу передбачав обговорення спірного питання за участю п'яти-шести студентів, що обмінювалися думками як між собою, так і з «аудиторією». При цьому ми звертали увагу на те, що студенти повинні були пропонувати протилежні точки зору. Такий обмін думками дозволяв знаходити спільні точки зору, вчити студентів формулювати та відстоювати свою точку зору з етичної проблематики. Це допомогло студентам пізнавати один одного, вчитися терпимо ставитися до інших людей, узгоджувати засилля для досягнення спільних цілей. Осмислення всіх «за» і «проти», зіткнення протилежних поглядів, використання різних поведінкових варіантів (за І. Бехом) стало поштовхом для становлення внутрішніх ціннісних регуляторів моральної поведінки.

При використанні зазначених методів викладачі звертали увагу на критерії діалогічності педагогічного спілкування, що їх запропонувала

Н. Волкова [66, с. 500–501], зокрема:

визнання рівності особистісних позицій, відкритість і довіре між партнерами; зосередженість на співрозмовникові і взаємовплив поглядів;

уміння бачити ситуацію не тільки з власної точки зору, а в площині інтересів співрозмовника;

поліфонію взаємодії (кожен учасник комунікації може викласти власну позицію).

Загалом використання діалогових методів допомогло вчити майбутніх лікарів відвертості, гуманності, толерантності, доброзичливості. Студенти відпрацьовували спільне бачення ситуації, спрямовували всі зусилля на розв'язання проблеми та досягнення взаєморозуміння. Вони усвідомлювали, що людина живе не лише для себе, а й для інших (за М. Каганом), що не меншу радість приносить допомога іншій людині.

Таким чином, діалогові методи навчання дозволили вчити майбутніх лікарів розуміти та приймати іншу людину, розуміти її потреби. Діалогічні форми допомогли вчити студентів висловлювати свою думку, знаходити спільні цінності та досягати взаєморозуміння. Застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії дозволило підтримувати необхідний морально-психологічний контакт зі студентами, встановити педагогічно ефективні й доцільні взаємини між викладачами і студентами, організувати освітній процес як взаємодію рівних партнерів та доброзичливих співрозмовників.

Далі, на *пізнавально-пошуковому етапі*, перша педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності передбачала при викладанні навчальних дисциплін «Основи етики та біобезпеки», «Етичні проблеми в медицині», «Медична психологія» (3 курс), «Педіатрія», «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Внутрішня медицина (Лікувальна справа)» «Фізична реабілітація, спортивна медицина» (4 курс) *застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки.*

Відповідно до позиції В. Сухомлинського, І. Беха та ін., ми для формування професійно-етичної компетентності використовували проблемні методи, зважаючи на те, що, за В. Сухомлинським, радість подолання труднощів приносить радість праці [409, с. 496]. Ми пропонували студентам проблемні завдання, що передбачали необхідність вирішення ситуацій морального вибору. Зокрема, при вивченні з навчальної дисципліни «Етичні проблеми в медицині» теми № 2 «Взаємини між медичними працівниками, пацієнтом та його родиною» ми пропонували студентам розглянути ситуацію, коли після огляду пацієнта завідувач відділення почав обговорювати діагноз і план лікування з лікарем у присутності пацієнта. Студенти оцінювали дії медперсоналу, пояснювали свою позицію щодо того, чи має право хворий все знати про свою хворобу, чи має право хворий бути присутнім під час обговорення його діагнозу та ін. Ми також оцінювали вірогідність зростання недовіри до медперсоналу. Перелік проблемних ситуацій, що їх використовували викладачі під час експериментального навчання при вивченні навчальної дисципліни, подано у додатку К.1.

Методична цінність цього методу виявилась у тому, що студенти оволодівали професійно-етичними знаннями через вирішення проблем, які містили дидактично обґрунтовані ситуації, а не через пасивне прослуховування інформації. По суті, під час експериментального навчання викладачі актуалізували смисл професійно-етичних цінностей через залучення студентів у проблемну ситуацію морального вибору.

Проблемні методи навчання дозволяли враховувати суттєві особливості морального розвитку, створювати можливості для творчого освоєння студентами моральних цінностей. Використання проблемних методів допомагало створювати умови, за яких майбутні фахівці повинні були приймати рішення самі. Така необхідність приймати рішення самим розвивала у студентів внутрішню потребу моральної поведінки без примусу ззовні, стала основою для моральної поведінки у різних життєвих ситуаціях [25, с. 3–4]. Приймаючи рішення, здійснюючи моральний вибір, студенти порівнювали різні поведінкові варіанти, вчилися

«виходити» за межі власного егоїзму, позбавлятися егоцентричних поглядів, розуміти позицію іншої людини [36, с. 36].

Загалом проблемні методи дозволяти закріплювати у студентів моральні норми, так як студенти повинні були усвідомити проблему і продуктивно її вирішити. Внаслідок цього відбувалася зміна орієнтації в навчанні від отримання конкретних навичок до набуття особистісних і професійних якостей.

Окрім проблемних, важливими інноваційними методами формування професійно-етичної компетентності були ігрові методи. Ігрові методи ми використовували під час викладання багатьох навчальних дисциплін, наприклад, «Етичні проблеми в медицині» (додаток К.2), «Педіатрія», «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Внутрішня медицина (Лікувальна справа)», «Фізична реабілітація, спортивна медицина» Зокрема, при вивченні навчальної дисципліни «Етичні проблеми в медицині» теми № 1 «Роль ефективного спілкування у практичній роботі лікаря» ми пропонували студентам ігрову ситуацію «Конфліктна ситуація в лікарні». Студенти повинні були зіграти ролі лікаря, медсестер, хворих – учасників конфлікту та свідків у такій ситуації: «До палати № 14 близько 21 години зайшли 3 пацієнти, які були в нетверезому стані. На прохання інших людей, які перебували у палаті, поводити себе тихіше, вони не реагували, а навпаки, почали висловлюватися нецензурною лайкою. Після цього чергова медсестра викликала чергового лікаря. На вимогу лікаря забіяки не відреагували, почали штовхати лікаря, розбили декілька вазонів з квітами. Після приходу лікаря вони продовжують викрикувати нецензурні слова, голосно викрикують. На вимогу заспокоїтись не реагують» (Додаток К.3).

При аналізі ситуації студенти звертали увагу на нормативні дії лікаря, визначали доцільність його комунікативної стратегії та засобів впливу. Майбутні лікарі оцінювали дії лікаря в контексті вимог професійно-етичної поведінки, характеризували його дії та правильність його комунікативної стратегії, а також свідків і медсестер.

Під час такої гри студенти асоціювали себе з певною особою, роль якої вони виконували, ставили себе на місце цієї особи в певних обставинах. Це збагачувало

їхній життєвий досвід, дозволяло набувати практичних навичок із фаху [287, с. 161]. Така багатогранність ігрової діяльності допомагала збагатити студентів знаннями, уміннями, досвідом. Під час навчальної гри студенти засвоювали оптимальні зразки професійних дій, продукували більш ефективні варіанти професійної діяльності, що допомагало в пошуку її смислу і формуванні професійної компетентності.

Ділові ігри, за Н. Волковою [67], стали унікальним механізмом акумуляції та передавання соціального досвіду як практичного (оволодіння засобами вирішення завдань), так і етичного, пов'язаного з певними правилами і нормами поведінки у різних ситуаціях. Саме гра через моделювання і проектування окремих ігрових ситуацій студенти змогли усвідомити й визначитись зі своїм ставленням до реальних ситуацій професійної діяльності, сформувати власне бачення себе в професії, визначитись з системою цінностей професії лікаря. Ділова гра як форма «контекстного навчання» допомогла розвивати професійно-практичне мислення майбутніх лікарів, формувати у них цілісне уявлення про майбутню професійну діяльність, уміння приймати необхідні рішення. Це дозволило студентам набути необхідного досвіду професійної діяльності, навчитися аналізувати професійні дії та особистісні позиції, тобто адаптуватися до майбутньої професійної діяльності.

Таким чином, сучасні інноваційні методи дозволили організувати навчання таким чином, щоб формувати у студентів професійно-етичний світогляд, навички застосування в житті накопичених знань. Вивчення різних аспектів етичної діяльності лікаря проблемними та ігровими методами допомогло студентам усвідомити, зрозуміти етичні цінності професійної діяльності, осмислити та оцінювати ситуації морального вибору.

Відповідно до другої педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності на пізнавально-пошуковому етапі було передбачено *моделювання занять, які імітують професійну діяльність, із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій*.

Під час експериментального навчання ми звертали увагу на те, щоб студенти здійснювали навчальну діяльність, яка моделює майбутню професійну діяльність, а

не просто накопичували знання. Первинне значення під час навчальних занять мала задана характером майбутньої спеціальності діяльність і дії, елементи цієї діяльності. Для формування способу дій, тобто умінь, які забезпечують виконання майбутньої професійної діяльності, важливе значення мав потенціал інформаційно-комунікаційних технологій.

Для проведення формувального експерименту ми розробили навчально-методичне забезпечення формування професійно-етичної компетентності, що охоплювало інформаційні навчальні матеріали та методичні навчальні матеріали. Зокрема, при викладанні навчальної дисципліни «Основи етики та біобезпеки» було розроблено навчальні програми інформаційного характеру, які передбачали повідомлення необхідних професійно-етичних знань, формування умінь і навичок. Студентам ми надавали інформацію про основні поняття біоетики та біобезпеки, про морально-етичні норми, правила і принципи використання біологічних агентів, етичні проблеми сучасної біотехнології, біоетичні аспекти виробництва лікарських препаратів (Зразки різних видів слайдів для мультимедійної презентації при проведенні занять із навчальної дисципліни «Основи етики та біобезпеки» подано у додатку К.4).

У свою чергу інформаційно-пошукові програми допомагали студентам шукати, систематизувати і структурувати навчальну інформацію. Значно розширило можливості подання навчальної інформації використання технологій мультимедіа і гіпертексту. Гіпертекст (hyper text) став важливим засобом роботи з інформацією. Це, по-перше, спеціальна організація комп'ютерних, інтернетних медіатекстів, що дозволяє при натисканні курсору на певні слова або аудіовізуальні об'єкти миттєво переходити на приєднані до них посилання і споріднені тексти або об'єкти; по-друге, це текст, який містить посилання на інші документи, спосіб зображення інформації за допомогою зв'язків між документами; по-третє, це технологія, що забезпечує пошук заданих тем у текстових масивах [380, с. 224]. Використання гіпертексту під час експериментального навчання дозволило структурувати інформацію, урізноманітнити та пристосувати до потреб студентів.



Ми подавали на екрані в різній формі навчальну інформацію, зокрема використовуючи статистичний гіпертекстовий матеріал, мультимедійний матеріал, матеріал з інтерактивними фрагментами, а також звукове і графічне оформлення. Моделюючи програмні засоби дозволили інтегрувати в процес пізнання метод візуалізації. Це в свою чергу сприяло формуванню професійного мислення майбутніх лікарів за рахунок систематизації та виділення найбільш значущих елементів навчання. Усі форми візуальної інформації містили елементи проблемності, що забезпечувало інтенсивність розумової діяльності студентів. Загалом візуалізація навчальної інформації за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій сприяла більш інтенсивному засвоєнню матеріалу.

Програми контролю було використано для проведення поточного, рубіжного та підсумкового контролю. Ці програми дозволяли забезпечити повноту, всеохопність, оперативність контролю. Використання контролюючих програм також дозволяло розвивати у студентів рефлексію, так як вони наочно представляли результат своїх дій. Слід вказати і на підвищення об'єктивності контролю, забезпечення оперативного зворотного зв'язку і, відповідно, за рахунок цього гнучкості управління навчальним процесом.

При розробленні цих матеріалів ми намагались дотримуватись дидактичних вимог, насамперед науковості змісту, доступності, адаптивності, систематичності та послідовності, міцності засвоєння матеріалу. Загалом комп'ютерні інформаційно-комунікативні технології допомагали подавати інформацію у різних форматах, моделювати різні моделі професійної діяльності. Перевагами інформаційно-комунікаційних технологій перед іншими технічними засобами у процесі системного розвитку майбутніх фахівців була гнучкість, можливість налаштування на різні методи й алгоритми навчання, а також індивідуальної реакції на дії окремого студента. Навчальний процес з використанням інформаційно-комунікаційних засобів дозволяв подавати студентам більш об'ємну і точну інформацію, збільшити темп викладу навчального матеріалу.

Ми використовували програмні засоби комплексно, передбачаючи виконання студентами різних видів робіт. Зокрема, з дисципліни «Основи етики та біобезпеки»

при вивченні теми № 1 «Біомедична етика (біоетика) як сфера медицини» із використанням мультимедійної презентації ми пропонуємо студентам виконати завдання щодо визначення сутності біоетики, біотичних основ діяльності лікаря, ознайомитися з вітчизняними та міжнародними документами з біоетики та прав людини.

Ці засоби допомогли удосконалити методологію відбору змісту, методів і організаційних форм навчання, необхідних для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, а також здійснювати тренування, повторення, контроль результатів навчання. Застосування інформаційно-комунікаційних програм в навчальному процесі дозволило індивідуалізувати і диференціювати процес навчання, розширити можливості контролю зі зворотним зв'язком і діагностикою, здійснювати самоконтроль і самокорекцію, покращити наочність, моделювати реальні процеси, посилювати мотивацію навчання.

Загалом використання інформаційно-комунікаційних технологій дозволило підвищити активність студентів, допомагало вчити майбутніх фахівців самостійно приймати оптимальне рішення, забезпечуючи перехід процесу пізнання з категорії «вчити» в категорію «вивчати» той чи інший предмет усвідомлено і самостійно.

Таким чином, для формування професійно-етичної компетентності на пізнавально-пошуковому етапі велике значення мало моделювання занять, які імітували професійну діяльність, із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій. Це забезпечило індивідуалізацію і диференціацію вивчення професійно-етичної проблематики, дозволило оптимізувати темп роботи студентів, якісно змінити контроль за діяльністю студентів.

Третя педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачала *налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності.*

Відповідно до цієї умови при організації роботи зі студентами викладачі намагалися уникати статусного домінування. Суб'єкт-суб'єктна характер педагогічного спілкування передбачав рівність психологічних позицій, взаємні

гуманістичні установки, готовність викладача та студентів один одного та взаємодіяти з ним.

Якщо предметно-рольові відносини взаємодії та співробітництва (за О. Рудницькою [367, с. 74] між викладачами та студентами були зорієнтовані на виконання навчальних програм, то особистісні відносини ми спрямовували на діалогове спілкування. Цим самим створювалися необхідні умови для обміну думками, поглядами і визначення спільної позиції.

Викладачі намагалися будувати педагогічне спілкування на суб'єкт-суб'єктній основі. Це передбачало особистісну орієнтацію викладачів і студентів: вони намагалися бачити і розуміти співрозмовника, цінувати особистість та неповторність іншої людини. Важливе значення мали рівність психологічних позицій співрозмовників, відмова педагогів від домінування, визнання права студента на свою думку. Ми намагались будувати взаємодію за законами взаємної довіри, коли партнери вслухаються, розділяють почуття, співпереживають.

Педагоги, надаючи перевагу суб'єкт-суб'єктній взаємодії [178, с. 204], намагалися бути відкритими і доступними для кожного студента, не викликати страху в студентів, давали їм можливість висловлювати свої думки і почуття, були відверті у своїх поглядах, не принижували гідності студентів. Вони цікавилися життям студентів, намагалися бути справедливими, старалися надавати їм реальну допомогу.

Для підтримання суб'єкт-суб'єктної взаємодії викладачі організовували спільний пошук, спільним аналіз, спільне виправлення помилок. Це було свідченням визнання рівності особистісних позицій, відкритості й довіри між викладачами і студентами, визнання активної ролі у взаємодії. Важливою особливістю була зосередженість на співрозмовникові і взаємовплив поглядів, що підтверджувало ціннісну орієнтацію викладача на студента як мету в професійному діалозі.

Про це свідчила і модальність висловлювання та персоніфікація повідомлення [178, с. 205–207]. Так як спілкування-діалог пов'язане з відкритою позицією, викладачі користувались персоніфікованою манерою висловлювання («Я

вважаю») для висловлювання власної думки. Для персоніфікації повідомлення як критерію діалогічного педагогічного спілкування викладачі використовували виклад інформації від першої особи, зверталися до особистого досвіду студентів. Персоніфікація як уособлення і модальність як суб'єктивно-особистісне ставлення педагога та студентів до інформації створювала умови для обміну змістом (діалогу). Викладачі організували пошук рішень у процесі взаємодії з урахуванням думок кожного учасника. Вони намагались так будувати взаємодію, щоб допомогти студентам самим впоратися із своїми проблемами, тим самим залишивши їм простір для власних зусиль, для праці душі.

Для підтримання суб'єкт-суб'єктної взаємодії [197; 66, с. 477] викладачі організували педагогічний процес як духовну взаємодію в умовах психологічного комфорту, інтелектуальної співпраці, співтворчості, діалогової культури, намагались поєднувати педагогіку впливу з педагогікою взаємодії і фасилітації, тобто сприяли гармонізації особистості студента.

Таким чином, для налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів важливе значення мало наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності, підтримання готовності майбутніх лікарів слідувати етичним нормам у професійній діяльності.

Відповідно до четвертої педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів було передбачено *поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання.*

Ми розглядали, за Г. Атановим, виконання передбачених навчальною програмою завдань механізмом здійснення навчальної діяльності, адже «будь-яка діяльність здійснюється шляхом виконання відповідних завдань» [14, с. 24]. При визначенні завдань було враховано, що їх вирішення має передбачати етап актуалізації досвіду студентів, забезпечувати її неординарність і внутрішню доцільність, а власне формулювання завдань були сучасними, актуальними.

Важливе значення мали завдання щодо проектування змісту й відбору способів професійної діяльності лікаря у різних ситуаціях; завдання на вибір

прийомів і методів впливу на пацієнтів; завдання щодо з організації діяльності колективу; завдання для розвитку самостійності в прийнятті рішень та ін. При цьому ми враховували, що зміст усіх завдань має визначатися змістом ситуації та події професійної діяльності. Для ефективного використання системи завдань при їх розробленні ми звертали увагу на рівень їхньої складності, важливість для майбутніх фахівців. Систему завдань професійно-етичного характеру було розроблено для таких навчальних дисциплін, як «Основи етики та біобезпеки», «Етичні проблеми в медицині», «Медична психологія», «Педіатрія», «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Внутрішня медицина (Лікувальна справа)», «Фізична реабілітація, спортивна медицина». Зокрема, при вивченні з навчальної дисципліни «Внутрішня медицина (Лікувальна справа)» теми ми розглядали ситуацію, коли пацієнт лікарні відмовляється приймати частину ліків, бо він вважає, що їх призначено забагато, або коли родич повернувся з аптеки і заявив, що не всі ліки вдалось купити, оскільки їх немає в найближчій аптеці. (Систему завдань професійно-етичного характеру для навчальної дисципліни «Внутрішня медицина (Лікувальна справа)» подано у додатку К.5).

Виконання завдань професійно-етичного характеру допомагало майбутнім лікарям осмислювати і переживати моральні цінності, підтримувати відповідні взаємини у студентському колективі, атмосферу товариської взаємодопомоги, дружби і солідарності. При вирішенні завдань студенти використовували методи, що використовуються і у професійній сфері. Для вирішення завдань ми пропонували способи дій, що відповідають рівню розвитку студентів, а також їхньому життєвому досвіду.

Таким чином, використання професійно-орієнтованих завдань дозволило наблизити їх предметну сферу та операції і дії до практики професійної діяльності майбутніх лікарів. Виконання таких завдань забезпечило пізнання студентами нових граней теорій і найважливіших закономірностей процесів та явищ професійного життя, дозволило формувати вміння поєднувати різні режими роботи, координувати й регулювати необхідні процеси, відпрацьовувати різні

комунікативні стратегії і тактики професійного спілкування у різних ситуаціях професійної взаємодії.

Відповідно до п'ятої педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів було *організовано управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів*. Управління самостійною роботою передбачало цілеспрямований вплив на особистість студента, науковість самого процесу управління на основі оптимальності та доцільності, єдність і взаємозв'язок змісту освіти з методами, формами, засобами його реалізації.

Щодо цього викладачі, за О. Рудницькою [367, с. 180], створювали такі умови, які спонукали студентів до самостійної роботи. Зокрема, педагоги намагалися заохотити студентів до самостійної роботи, здійснюючи інтелектуальний вплив методами пояснення, переконання, ознайомлення з правилами, нормами і оцінками поведінки в різних ситуаціях, їх обговорення, засвоєння необхідних знань, тобто створення інформаційної опори для самостійного вибору особистісної позиції. Було передбачено також емоційний вплив через ознайомлення з прикладами поведінки лікарів у критичних ситуаціях вибору і прийняття життєво важливих рішень.

Для самостійної роботи було запропоновано матеріал пояснювального чи інструктивного (методологічного) характеру, ми передбачили також опис самостійних дій студентів щодо вирішення окремих завдань, вказівки та пояснення щодо складних комплексних завдань. Виконання завдань передбачало поступове набуття студентами досвіду вирішення професійно-етичних проблем. Обов'язковими елементами матеріалів для самостійної роботи були тема та мета самостійної роботи; пояснення щодо особливостей вирішення завдань; порядок, алгоритми, критерії правильного вирішення завдань; додаткова інформація для поглиблення знань з теми.

Для ефективної організації самостійної навчально-пізнавальної діяльності студентів ми звертали увагу на те, щоб, по-перше, студенти добре розуміли, яких результатів вони повинні досягти, та як потрібно діяти; по-друге, були зацікавлені в їх отриманні; по-третє, відчували задоволення від своєї діяльності. Ми враховували, які результати важливо отримати, які є можливості для досягнення

бажаних результатів (цілей). Окрім плану, було визначено також порядок організації самостійної роботи студентів, тобто визначено організаційну структуру самостійної діяльності. Важливо також те, що ми передбачили послідовне навчання всіх студентів певних видів і прийомів самостійної роботи, поступове збільшення ступеня самостійності як на навчальних заняттях, так і при організації роботи в позааудиторний час.

Для формування професійно-етичних умінь основною структурною одиницею самостійної діяльності студентів було використано навчальне завдання. При побудові завдань ми врахували особливості професійно-етичної діяльності лікарів, визначили обсяг знань, необхідних для успішного вирішення завдань, що передбачали ситуації морального вибору. Завдання мали міждисциплінарний характер, зокрема враховували особливості професійно-етичної діяльності лікарів. Ми брали до уваги також необхідність представлення у завданнях різноманітних професійно-етичних ситуацій, повноту охоплення змісту професійно-етичних дій лікаря, чіткість та зрозумілість постановки питань, чітке виділення пізнавальних завдань.

Ми спрямовували студентів на використання надійних джерел отримання інформації, зіставлення використаних понять і формулювань, пошуку аргументів для доведення своєї точки зору, обдумування всіх можливих варіантів вирішення проблеми (розумових завдань), відкритість до чужої точки зору, максимально точний розгляд професійно-етичної ситуації.

Наприклад, при викладанні навчальних дисциплін «Основи етики та біобезпеки», «Етичні проблеми в медицині», «Медична психологія», «Педіатрія», «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Внутрішня медицина (Лікувальна справа)», «Фізична реабілітація, спортивна медицина» ми пропонували студентам самостійно визначити особливості професійно-етичної діяльності лікаря у відповідних ситуаціях. Зокрема, при вивченні з навчальної дисципліни «Основи етики та біобезпеки» теми № 1 «Медицина та етика» ми пропонували студентам з'ясувати роль етичних кодексів і принципів у медичній практиці, простежити історію професійної медичної етики та передумови розвитку біоетики,

охарактеризувати етичний, моральний, деонтологічний і правовий виміри в різних сферах їх застосування, розкрити значення біоетики в системі охорони здоров'я, біоетичні аспекти виховання поваги до здорового способу життя, дати етичну оцінку біобезпеки та ризиків біомедичних технологій, охарактеризувати відносини між медичними співробітниками, пацієнтом та його родиною в контексті транскультурної біоетики. Систему завдань для самостійної роботи з навчальної дисципліни «Основи етики та біобезпеки» подано у додатку К.6).

Вивчення студентами особливостей організації та використання реальних життєвих ситуацій сприяли тому, що у студентів виникала необхідність дотримуватися потрібних форм поведінки і переживати при цьому позитивні емоції задоволення від здійсненого («Я зробив правильно, чесно, розумно», «Я акуратний», «Я подолав труднощі» та ін.).

Самостійне виконання студентами професійно-етичних завдань було одним із варіантів їх рефлексивної діяльності, спрямованої на формування прийнятної моделі поведінки [367, с. 181]. В одних випадках ця діяльність мала репродуктивний характер, коли студенти добровільно приймали і використовували готовий шаблон, еталон, норми поведінки, в інших – продуктивний, відповідно до якого вони самі формували та удосконалювали модель поведінки залежно у різних ситуаціях професійно-етичної діяльності.

Для контролю засвоєння студентами професійно-етичних знань та сформованості вмій ми використовували різні типи контрольних завдань та тестів. Було передбачено також терміни звітності щодо кожної теми. Загалом, виконуючи такі завдання, студенти набували досвіду самостійної професійно-етичної діяльності, на основі цього вони узагальнювали та систематизували знання щодо професійно-етичної діяльності, розробляли свої моделі вирішення складних професійно-етичних проблем.

Таким чином, управління самостійною роботою майбутніх фахівців медичного профілю являло собою особливий рід діяльності, під час якої за допомогою планування, організації, виконання та контролю було забезпечено організованість спільних зусиль і їх спрямованість на досягнення освітніх цілей.



Для управління самостійною навчально-пізнавальною діяльністю майбутніх лікарів викладачі планували цю роботу, задавали певні вихідні рамки, передбачали форми організації, упорядковану регуляцію роботи студентів. За таких умов студенти поглиблювали свої знання, переконувались у правильності вибору своєї професії, визначалися зі своїми пізнавальними інтересами.

Шоста педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів стосувалася *організації сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища*.

Для формування професійно-етично компетентності, як вже було зазначено, серед важливих складових освітнього середовища ми звертали увагу на студентів як суб'єктів навчання і їх особливості, підготовку викладачів; специфіку професійної підготовки майбутніх лікарів (зміст програм, професійна спрямованість, методи і засоби навчання); характеристики взаємодії викладачів та студентів (стиль педагогічного спілкування, особливості міжособистісної взаємодії). Окрім цього, предметом нашої уваги був матеріальний потенціал навчальних закладів й матеріальні засоби, необхідні для організації професійної підготовки (матеріально-технічні та інформаційні ресурси).

Обов'язково було враховано необхідність відповідних інформаційних ресурсів для організації освітнього процесу. Йдеться про належне методичне забезпечення аудиторної та самостійної роботи студентів з питань професійно-етичної діяльності лікарів, використання можливостей бібліотечного фонду, достатність ресурсів для використання у навчальному процесі комунікаційно-інформаційних технологій.

Важливе значення мало також використання потенціалу системних формувальних впливів предметного, соціального й інформаційного середовищ. Зокрема, для створення належного освітнього середовища, необхідного для формування професійно-етичної компетентності, ми сприяли становленню «професійного способу життя установи» через залучення студентів до різних заходів культурного життя, прилучення до професійної діяльності. Важливе значення мали такі заходи освітнього та культурницького характеру: «Етика лікаря:

історичний аспект» (вікторина), «Вітчизняні та міжнародні документи про етику лікаря» (студентська конференція), «Моя майбутня професія: брати чи давати» (година творчості), «Сучасний лікар: професійна компетентність та етика (круглий стіл) та ін.

Важливе значення мало збагачення культурного середовища навчального закладу за допомогою використання можливостей музеїв, різних засобів комунікацій, насамперед зустрічі з відомим лікарями, лікарськими колективами і т.п. Зокрема, студентам було цікаво ознайомитися з музеєм М. І. Пирогова, дізнатися про його погляди щодо дотримання моральних норм у діяльності лікаря.

Окрім цього, в університеті ми підтримували психологічний клімат поваги до моральних норм, правил людського співжиття, намагалися своєчасно вживати заходів щодо запобігання та протидії аморальним явищам у студентському середовищі [431, с. 246]. Самі викладачі намагались підтверджувати декларовані моральні принципи у своїй діяльності, яка б відповідала найвищим критеріям моральності» [431, с. 246].

Зокрема, велику увагу ми приділяли формуванню етосу несприйняття академічної нечесності, тобто хабарництва, фальсифікації даних, плагіату, професорської нечесності. Ефективними методами протидії таким випадкам ми було проведення публічних роз'яснювальних кампаній, передбачення у навчальній роботі студентів та завданнях для самостійної роботи більше творчої компоненти.

У бесідах ми старалися донести до студентів, що академічна доброчесність – це відданість академічній спільноті, навіть перед труднощами, шести фундаментальним цінностям: чесності, довірі, справедливості, повазі, відповідальності й мужності [486]. Для нас було важливо, щоб студенти зрозуміли, що академічна доброчесність визначає етичні норми й правила поведінки людини в освітньо-науковому середовищі [373].

Ми враховували, що для формування професійно-етичної компетентності майбутні лікарі повинні надавати чесним дія у різних сферах діяльності, в тому числі й у навчанні. Ми також брали до уваги, що, як підкреслює М. Дойчик, важливе значення має атмосфера, в якій нечесність не толерується, не вітається. Інакше,

вважає дослідник, студенти будуть дезорієнтовані, страждати в деморалізованому середовищі [7, с. 94]. Для нас було важливо підтримати віру студентів у справедливість, у те, що успіху в навчанні легше досягти чесною працею, а не обманом.

Комплекс зазначених заходів дозволив перенести акцент у діяльності викладача з активного педагогічного впливу на особистість студентів на сферу їх самостійної діяльності, у сферу «навчального середовища», де відбувається їх самонавчання й саморозвиток. За таких умов задіявалися механізми внутрішньої активності студентів у взаємодії із середовищем, вони набували початкового досвіду професійної діяльності. Освітнє середовище стало сукупністю можливостей для навчання майбутніх лікарів, для прояву їх здібностей, засобом для самоосвіти й удосконалення.

Педагогічне організування виховного простору стало важливим способом його вдосконалення, воно передбачало увагу до виховного потенціалу кожного компонента виховного простору, до всіх об'єктивних і суб'єктивних, зовнішніх і внутрішніх умов, під впливом яких відбувається формування і розвиток професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Таким чином, для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів при проектуванні освітнього середовища ми використовували його як засіб для навчання й розвитку студентів. Педагогічне організування виховного простору стало важливим способом його вдосконалення. Середовище стало важливим фактором навчання й розвитку майбутніх лікарів, сферою проектування й моделювання майбутньої професійної діяльності та професійної комунікації. Підготовка майбутніх фахівців, навчання, виховання й організація життя студентів за таких умов відбувалися у контексті культури професійної діяльності й спілкування.

Далі, *на визначальному етапі*, при викладанні навчальних дисциплін «Військова хірургія», «Екстрена та невідкладна медична допомога» (5 курс), «Загальна практика (сімейна медицина)», «Психіатрія з основами психотерапії» (6 курс) важливе значення для формування професійно-етичної компетентності

майбутніх лікарів мало уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності. Це було обумовлено тим, що спецсеминар дає більші можливості для ознайомлення майбутніх лікарів з історичними аспектами їх професійної діяльності, розкрити історичні етапи становлення етичних вчень у медицині.

За основу професійно-орієнтованого навчального курсу «Професійно-етична компетентність і її значення для професійного життя лікаря» ми взяли модульне навчання, що охоплювало практичні й контрольні заняття, обсягом 120 годин (4 кредити). Для проведення семінару ми розробили навчально-матеріальне забезпечення, зокрема міні-лекції, завдання з елементами морального вибору, професійно-етичні завдання та завдання, що моделюють професійно-етичну діяльність лікаря, а також завдання і опитувальники для контролю.

Спецкурс охоплював чотири модулі: «Історія етичних вчень у сфері медицини», «Медична етика у професійній діяльності лікаря», «Складні питання медичної етики у сучасному світі» та «Комунікації в медицині та етичні аспекти спілкування лікаря і пацієнта». Загальний зміст модулів – це історія становлення етичних поглядів у медицині у нашій країні та за кордоном, ідеї найвідоміших представників, які зробили внесок у розвиток етичних вчень та проблематику професійно-етичної діяльності лікаря.

Завданням першого модуля «Історія етичних вчень у сфері медицини» було ознайомлення студентів з теоретичними та практичними проблемами професійної етики, основними етапами становлення медичної деонтології, історією становлення і розвитку медичної етики в Україні, а також внеском вітчизняних клініцистів у розвиток учення про медичну деонтологію та особливостями розвитку медичної етики в XX – поч. XXI століття. Ми звертали також увагу на професійну специфічність медичної етики, сфери регуляції медичної етики, основні вимоги медичної деонтології до сучасного лікаря, першочергову роль обов'язку в професії лікаря, а також гуманізм у діяльності лікаря.

При вивченні модуля «Медична етика у професійній діяльності лікаря» ми розглядали основні моделі взаємовідносин у системі лікар-хворий, поняття

дистрибутивної справедливості як найважливішого принципу відносин між медичним працівником і пацієнтом, сутність понять «ятрогенія» і «ятрогенні захворювання», моральні аспекти лікарської таємниці. Студенти також розглядали питання про лікарські помилки та правову відповідальність лікаря, зокрема з'ясовували природу лікарської помилки, право на помилку і відповідальність за неї.

Метою наступного модуля «Складні питання медичної етики у сучасному світі» було вивчення студентами найскладніших етичних аспектів сучасності, зокрема ми звертали увагу на біомедичну етику в сучасному суспільстві, нормативно-етичне та ситуативне коло проблем біомедичної етики, відкриті питання сучасної біомедичної етики, проблеми життя у медичній етиці та деонтології, основні етичні проблеми трансплантології, етичні проблеми використання ембріональних (плодових) стовбурових клітин. Ми також звертали увагу на проблеми смерті у медичній етиці та деонтології, зокрема, такі поняття, як право людини на смерть, «вмирання з гідністю», «евтаназія», «добровільна евтаназія».

Предметом посиленої уваги були також проблеми деонтології та лікарської етики в медичних колективах, деонтологічна компетентність керівника медичного закладу, деонтологічні аспекти ставлення лікаря до суспільства, проблеми деонтології та лікарської етики в різних царинах професійної діяльності лікаря, деонтологічні аспекти взаємовідносин лікаря з ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД пацієнтом.

У модулі «Комунікації в медицині та етичні аспекти спілкування лікаря і пацієнта» предметом нашої уваги були питання спілкування у професійній діяльності лікаря, взаємовідносини лікаря з колегами іншими ланками медичного персоналу, особливості етики в медичному колективі, спілкування лікаря з пацієнтом, етикет мовленнєвого спілкування лікаря, культура мовлення лікаря.

Значну увагу ми звертали на мовленнєве спілкування лікаря у складних умовах, зокрема непродуктивні моделі бесіди хворим, типологію комунікативних девіацій у спілкуванні з пацієнтом, основні типи мовної агресії. Майбутні лікарі

також дізнавались про особливості допомоги медичній сестрі в ефективному вербальному спілкуванні, тактику медичного персоналу у випадку неадекватної поведінки пацієнта, особливості етико-деонтологічної роботи з пацієнтами психіатричного профілю та ін.

Структура занять передбачала теоретичну частину (міні-лекції), практичні вправи і завдання (розбір конкретних та змодельованих ситуацій), контрольні завдання. Під час спецкурсу було також передбачено закріплення матеріалу з професійно-етичної проблематики. Для цього важливе значення мали семінарські заняття, на яких студенти закріплювали знання шляхом вирішення професійно спрямованих проблемних завдань етичного характеру, а також практичні заняття, насамперед практикуми та психологічні тренінги. Програму професійно-орієнтованого навчального курсу подано у додатку К.7.

Загалом додаткове ознайомлення студентів із професійно-етичною проблематикою розширило їхні знання про етику професійної діяльності лікаря, допомогло осмислити ці знання, що стало основою для відповідного формування вмінь і навичок діяльності та рефлексії своєї діяльності. За таких умов етичні знання ставали основою розвитку усіх компонентів професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, базою для осмисленого формування та розвитку професійно-етичних умінь і якостей. Із розширенням сфери етичних знань у студентів зростає потреба і прагнення застосовувати ці знання на практиці. Ці знання стимулювали загальний розвиток майбутніх лікарів, їх прагнення досягти вершин професіоналізму.

Таким чином, на визначальному етапі формування професійно-етичної компетентності для майбутніх лікарів було передбачено проведення спеціального курсу підготовки до майбутньої професійно-етичної діяльності, де основну увагу зосереджено на питаннях історії професійної етики лікарів та її специфіки у різних сферах професійної діяльності. Навчальний матеріал спецкурсу передбачав вивчення студентами особливостей дотримання етичних вимог у професійній діяльності лікаря, а також налагодження комунікативної взаємодії колегами з пацієнтами та їх родичами.

На визначальному етапі друга педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачала *моделювання змісту занять, які імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики, на основі міждисциплінарного підходу.*

Ми враховували, що саме моделювання змісту занять, які імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики, дозволяє використовувати засвоєні студентами теорію, норми і правила для формування їх моральної поведінки, проїнятої прагненням до істини, доброти та прекрасного.

Під час моделювання змісту занять, які імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики, для належного формування у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності ми звертали увагу на використання студентами знань інших предметів, понять і явищ, відбирали матеріал для комплексного застосування знань і умінь з різних навчальних дисциплін. Важливим напрямом роботи було також навчання студентів пояснювати явища і процеси, відповідно до законів і теорій, вивчених з різних предметів.

Конструктивні функції міждисциплінарних зв'язків проявлялися перш за все в перебудові змісту, в групуванні навчального матеріалу різних предметів навколо проблеми професійної етики. Цим самим ми забезпечували комплексне висвітлення її різних аспектів та розширення сфери застосування професійно-етичних знань. Забезпечення міжпредметних зв'язків відповідно до принципів професійної спрямованості, наступності, єдності виховання і навчання дозволило розглядати явища професійно-етичної діяльності в різних аспектах, здійснюючи комплексний підхід до навчання.

Під час експериментальної роботи на заняттях з навчальних дисциплін «Військова хірургія», «Екстрена та невідкладна медична допомога», «Загальна практика (сімейна медицина)», «Психіатрія з основами психотерапії» ми розглядали ситуації застосування лікарської та медичної етики, щоб розвивати у студентів моральну свідомість, формувати моральні почуття і переконання, виробляти звички моральної поведінки (додаток Л.1). Моделювання змісту занять, які імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики, ми здійснювали на

основі міждисциплінарного підходу, зокрема використовували міжпредметні зв'язки між основами наук навчальних предметів, тобто між структурними елементами змісту навчальних дисциплін. Насамперед це були дисципліни, які студенти вже вивчили на попередніх курсах та які тільки-но вивчали. При вивченні з навчальної дисципліни «Загальна практика (сімейна медицина)» усіх змістових модулів, зокрема таких, як «Сучасні підходи до соціально-медичного та організаційного обґрунтування ПМСД в містах і сільських районах», «Сімейна та страхова медицина в Україні», «Використання методів інформатики в клінічній медицині», «Медико-соціальні аспекти здоров'я населення – основа профілактичної та лікувальної медицини», «Моніторинг стану здоров'я», «Надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі в практиці сімейного лікаря (лікаря загальної практики)», ми звертали увагу на те, що сімейний лікар повинен знати клінічну картину найпоширеніших захворювань, проводити їх посиндромну діагностику відповідно до програми, мати практичні навички згідно з кваліфікаційною характеристикою лікаря загальної практики, тобто використовувати ті знання, уміння і навички, що їх він здобув при вивченні таких навчальних дисциплін, як «Основи етики та біобезпеки», «Етичні проблеми в медицині», «Медична психологія», «Педіатрія», «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Внутрішня медицина (Лікувальна справа)» «Фізична реабілітація, спортивна медицина» та ін. Після закінчення навчання лікар повинен самостійно консультувати пацієнта, надавати йому інтегровану медичну допомогу, незалежно від віку та статі, в амбулаторії та вдома, визначати маршрут пацієнта, проводити профілактичні заходи.

Міжпредметні зв'язки і на всіх етапах їх включення в пізнавальну діяльність студентів відігравали роль ситуаційного стимулу. Знання, отримані студентами в результаті попереднього досвіду засвоєння матеріалу інших дисциплін, ставали регуляторами їх пізнавальної активності. Вони виконували функцію інтеграції інформації, що підвищує продуктивність психічних процесів та якість засвоєння інформації майбутніх фахівців, забезпечували цілісність процесу навчання.



Таким чином, моделювання змісту занять, які імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики на основі міждисциплінарного підходу, дозволило забезпечити системність в роботі з формування професійно-етичної компетентності, переносити теоретичні знання на навчально-професійну діяльність студентів, належним чином формувати у них системні професійно-етичні уміння і навички.

Третя педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачала *застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення.*

Технологія індивідуалізованого навчання передбачала таку організацію освітнього процесу, за якої пріоритетними були індивідуальний підхід та індивідуальна форма навчання. Індивідуалізація навчання означала використання різних навчально-методичних, психолого-педагогічних та організаційно-управлінських заходів, що забезпечували індивідуальний підхід.

Серед технологій індивідуального навчання важливе значення мало навчання у співпраці (співробітництві). За такого навчання ми звертали увагу на «групові цілі» та успіху всієї групи, який може бути досягнутий тільки в результаті самостійної роботи кожного члена групи та в постійній взаємодії з іншими. Зокрема, при вивченні з навчальної дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога» теми «Сучасні засоби забезпечення прохідності дихальних шляхів і штучної вентиляції легень у дорослих. Зупинка кровообігу та дихання. Технологія надання екстреної медичної допомоги дорослим» ми пропонували визначити показання і застосувати техніку інтубації постраждалого.

При використанні цього методу ми звертали увагу на спільність мети і завдань, відповідальність всіх учасників і рівні можливості успіху, акцентуючи увагу студентів на тому, що саме співпраця, а не змагання є основою навчання в групі. Навчання у співпраці (співробітництві) допомогло студентам оволодіти професійними знаннями, вміннями і навичками та одночасно набути досвіду взаємодії, взаємодопомоги, соціалізації, що особливо важливо для формування професійно-етичної компетентності.

Другою педагогічною технологією індивідуалізованого навчання став метод проектів. Така технологія охоплювала сукупність дослідницьких, пошукових, проблемних методів, творчих за своєю суттю. Метод як сукупність прийомів, операцій дозволив студентам оволодіти певною сферою практичного або теоретичного знання основ професійної етики.

Метод проектів був орієнтований на самостійну діяльність студентів, вирішенні тієї чи іншої важливою практичної або теоретичної проблеми професійної етики. Наприклад, при вивченні навчальної дисципліни «Психіатрія з основами психотерапії» студенти виконували проекти щодо пояснення різних видів групової психотерапії. Це насамперед «Психотерапія в народній медицині: етичний аспект», «Індивідуальна психологія та психотерапія А. Адлера: етичний аспект», «Психотерапія орієнтована на тіло В. Райха: етичний аспект», «Етичний аспект катарсичної психотерапії та гіпноаналізу» та ін. (Додаток Л.2).

Результатом виконаних проектів були відеофільми, альбоми, журнали, комп'ютерні газети, альманахи, доповіді тощо. Для досягнення такого результату студенти самостійно знаходили і вирішували проблеми, залучаючи для цієї мети знання з різних сфер, прогнозували результати і можливі наслідки різних варіантів рішення, встановлювали причинно-наслідкові зв'язки, тобто самостійно конструювали свої знання орієнтувалися в інформаційному просторі.

Загалом використання технологій навчання в співробітництві і метод проектів у контексті формування професійно-етичної компетентності дало можливість студентам оволодіти комунікативними вміннями і навичками, навчитися працювати в різноманітних групах, використовувати різні соціальні ролі (лідера, виконавця, посередника тощо). Студенти також набули широких людських контактів, ознайомились з різними точками зору на одну і ту ж проблему.

Третьою технологією індивідуалізованого навчання було різнорівневе навчання, зокрема через диференційовані навчання ми урахували в освітньому процесі індивідуальні особливості студентів. Наприклад, індивідуальна форма організації роботи на семінарських та практичних заняттях передбачала, що кожен

студент отримує для самостійного виконання завдання, спеціально для нього підбране відповідно до його підготовки та можливостей.

Використання диференційованих індивідуальних завдань стало одним з найбільш ефективних індивідуальної форми організації навчальної діяльності. Це дозволило за менших витрат часу значно збільшити обсяг ефективної самостійної роботи, тим самим інтенсифікувати освітній процес. Зазвичай цю форму організації навчальної роботи студентів використовували при закріпленні, повторенні, організації різних вправ, для самостійного вивчення нового матеріалу. Серед завдань ми пропонували опрацювання тексту підручника, іншої навчальної і наукової літератури, різноманітних джерел (довідників, словників, енциклопедій і т.д.), вирішення завдань, прикладів, написання есе, творів, рефератів, доповідей і т.д. Така організація навчальної роботи студентів давала можливість кожному відповідно до своїх можливостей, здібностей, зібраності поступово, але неухильно поглиблювати і закріплювати знання, виробляти необхідні вміння і навички. Виконуючи такі завдання, студенти самостійно більш ефективно здобували необхідні самоосвітні знання та уміння.

Ці методи сприяли тому, що студенти могли усвідомити свої відмінності від інших: свої способи осягнення цінностей та міжособистісної взаємодії для успішного входження у світ духовності і гідного життя у ньому. Індивідуалізацію доцільно ми розглядали як діяльність педагога і самого вихованця щодо розкриття, зберігання і розвитку одиничного, своєрідного, особливого, що зумовлене природою або набуте [27, с. 76]. Використання технологій індивідуального навчання дозволило налагодити взаємодію зі студентами за індивідуальною моделлю, з урахуванням їх особистісних особливостей, орієнтацією на їх індивідуальні особливості в спілкуванні.

Таким чином, для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів було використано технології індивідуального навчання, зокрема навчання у співпраці (співробітництві), метод проектів та різнорівневі навчання. Технології індивідуалізованого навчання дозволили повністю адаптувати зміст, методи і темпи навчальної діяльності студентів до їх особливостей, згуртовувати студентських

колектив, вчити їх допомагати та підтримувати один одного, вчити навичок ефективної комунікативної взаємодії.

Четверта педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів *передбачала належну організацію самостійної науково-дослідницької роботи студентів.*

Ми враховували, що такий вид пізнавальної діяльності передбачає здійснення наукового дослідження з метою отримання нових знань. Студентам ми пропонували:

виконати планові наукові роботи навчального закладу;

змоделювати професійні, соціальні процеси і дії лікаря певної спеціалізації;

виконати завдання дослідницького характеру під час практики;

опрацювати наукові доповіді, повідомлення і реферати з актуальних питань професійної етики й виступити з ними на наукових семінарах і конференціях.

Для виконання дослідження ми вчили студентів визначати проблему та похідні від неї завдання дослідження (використання під час спільного дослідження методів «мозкової атаки», «круглого столу»); висувати гіпотезу вирішення проблеми; визначати методи дослідження та способи оформлення кінцевих результатів (презентацій, творчих звітів); підбивати підсумки, оформляти результати та їх презентувати. Наприклад, при вивченні з навчальної дисципліни «Психіатрія з основами психотерапії» ми пропонували студентами дослідити етапи розвитку етичних норм в історії психіатрії, співвіднести права людини та лікування психічно хворих, визначити специфіку етичних проблем в психіатрії, принципи побудови відносини між лікарем та родичами проблемних хворих та ін. Перелік дослідницьких робіт подано у додатку Л.3.

Використання дослідницького методу давало великі можливості для пошукової, творчої діяльності студентів з вирішення важливих професійно-етичних проблем. Виконуючи завдання, здійснюючи теоретичні й практичні дослідження, студенти осмислювали проблеми та по-новому бачили своє призначення лікаря та пов'язані з цим вимоги.

Для належного управління організацією самостійної науково-дослідницької роботи студентів було передбачено:

спрямовувати науково-дослідницьку діяльність студентів на формування професійно-етичної компетентності лікаря;

створити можливості для творчої свободи студентів у дослідницькій діяльності;

сприяти налагодженню інтелектуального спілкування із ученими та відомими лікарями-практиками;

ознайомлювати майбутніх лікарів з новими науковими ідеями у сфері професійної етики.

Роботу зі студентами ми будували з урахуванням їх індивідуальних потреб та зацікавлень. Викладачі разом зі студентами з'ясовували послідовність або проект виконання дослідницької роботи, обговорювали хід роботи й допомагали систематизувати отриманий проєктивний матеріал. Оцінку результатів дослідження ми здійснювали на основі таких критеріїв, як актуальність, новизна ідей, науковість, доказовість, практичне значення.

Виконання дослідницьких робіт допоможе майбутнім фахівцям підготуватися до вирішення складних проблем професійної діяльності, що потребує дослідницьких умінь аналізувати і знаходити головне, давати чіткі визначення і пояснювати, порівнювати, конкретизувати, узагальнювати і систематизувати, доводити, класифікувати. Йдеться про здатність ефективно використовувати розумовий потенціал для вирішення проблемних ситуацій.

Таким чином, використання дослідницьких методів при формуванні професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів дозволило підтримувати зв'язок навчання з життям, допомогло студентам більш повно зрозуміти теорію, виробити вміння застосовувати набуті професійно-етичні знання на практиці, готувати їх ефективного вирішення етичної проблематики професійного життя.

Відповідно до п'ятої педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності було здійснено *моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів*.

Моніторинг дозволив вести спостереження за процесом формування професійно-етичної компетентності та виявити відповідності бажаному результату чи попереднім припущенням. На відміну від перевірки, моніторинг дозволив не тільки констатувати результати, але й з'ясувати причини, напрями і шляхи покращення ситуації.

Важливою формою контролю було усне опитування, індивідуальне та фронтальне. Це дозволяло визначити, наскільки студенти усвідомили моральну проблему з професійного життя лікарів, наскільки глибоко і міцно засвоїли матеріал. Для цього викладачі звертали увагу на підбір, послідовність й відповідну постановку питань. Усне опитування передбачало використання і завдань проблемного характеру, що дозволяло визначити, наскільки студенти можуть застосовувати знання на практиці. Наприклад, при вивченні з навчальної дисципліни «Екстрена та невідкладна медична допомога» теми № 3 «Екстрена медична допомога при масових ураженнях» ми пропонували студентами дати відповідь на питання щодо порядку дій бригад швидкої медичної допомоги у вогнищі масового ураження, взаємодії з рятувальними службами, відповідальності кожної з них, організації зони медичного сортування, зони надання медичної допомоги (медичного пункту) і зони транспорту (евакуації), первинного медичного сортування за системою START, правил використання сортувальних браслетів і талонів та ін. За результатами виконання подібних завдань викладачі робили висновок про сформованість у студентів професійно-етичних умінь і навичок.

Окрім усного опитування, при формуванні професійно-етичної компетентності ми використовували короткі самостійні роботи та контрольні роботи. Так, наприклад, під час письмових робіт з навчальної дисципліни «Загальна практика (сімейна медицина)» студенти повинні були висловити свою думку щодо місця сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципів сімейного обслуговування населення. Ми пропонували студентам питання, що містило опис ситуації морального вибору, зокрема нічних дзвінків сімейному лікарю, оплати його праці та ін. Виконання подібних завдань передбачало

визначення студентами різних варіантів рішення, що дозволяло оцінити їх професійно-етичну компетентність.

Серед письмових методів важливе значення мало також авторецензування, виконання контрольних завдань з подальшим обговоренням результатів в аудиторії. Ми звертали увагу і на написання студентами есе, що передбачало вільний виклад думки на основі певної ситуації. Наприклад, при вивченні навчальної дисципліни «Загальна практика (сімейна медицина)» студенти писали есе на такі теми: «Сімейний лікар – сімейний друг», «Хабар чи подяка за працю», «Визнання лікаря і оплата його праці», «Всезнайство і компетентність сімейного лікаря» та ін. За такої форми контролю студенти вчилися визначатися зі своїм ставленням до певної моральної проблеми у професійній діяльності лікаря, формулювати свої думки та враження, обмірковувати план своїх дій, формулювали і записували свої думки й рішення.

Серед інноваційних підходів до моніторингу рівнів досягнень компетентності ми використовували для об'єктивнішого вимірювання тести: звичайні завдання з вибором відповіді, завдання з закритою відповіддю, завдання з відкритою відповіддю, завдання з короткою відповіддю [224, с. 26].

При цьому ми звертали увагу і на тестування мінімальної компетентності, що ґрунтується на концепції американського науковця Б. Блума [224, с. 27]. Принципове значення мало також дотримання вимог достовірності, тобто забезпечення достовірних результатів, досягнення певних цілей, валідності та надійності контролю. У параметрах тесту ми передбачали можливість випадкового вибору тестових питань з відповідних розділів, зміну черговості запитань у тесті й відповідей у запитаннях; раціонального обмеження терміну виконання спроби; раціонального обмеження загальної кількості спроб і мінімального інтервалу часу між спробами; обмеження на календарний період, протягом якого тест доступний для складання [231, с. 178]. Приклад тестових завдань подано у додатку Л.4.

Ми розробили тести на вибір (відкритої і закритої форми), а також конструктивні (теоретичні питання без варіантів відповіді) тести на відтворення для семінарських занять (10–20 завдань), середні тести для модульного контролю (до 30

завдань) та великі для підсумкового контролю (більше 30 завдань). При складанні тестів було здійснено структурування навчального матеріалу, визначено оптимальну форму тестів, передбачено методику оцінювання, проведено апробацію та з'ясування якості тесту. Відповідь студентів ми зараховували, якщо вони давали правильну відповідь не менше, ніж на 70 % тестових завдань. Загалом тестовий контроль забезпечив об'єктивність й однозначність оцінки знань майбутніх лікарів, заощадив час викладача.

Оцінювання навчальної діяльності студентів стало найважливішою складовою педагогічного моніторингу. Це дозволило визначати рівень знань студентів і ступінь їхньої відповідності вимогам, заохочувати, стимулювати їх розумову роботу. Важливе значення мало також отримання безпосередньої або опосередкованої інформації про успішність засвоєння інформації та особливості навчальної ситуації.

Велику увагу ми звертали на те, щоб оцінкою, як зазначає П. Фрейре, не придушувати конструктивного різноманіття, конструктивного критицизму і врешті-решт свободи [435, с. 100]. Оцінювання у нашому випадку слугувало інструментом для підтримки студентів, етапом, що стимулює промову «до людей», етапом до розмови «з людьми» [435, с. 100]. Викладачі намагались оцінкою заохочувати студентів до вдосконалення своєї діяльності з вивчення професійно-етичної проблематики, зміцнювати у них віру в свої сили.

Після вивчення теми або розділу викладачі використовували контрольні роботи, що охоплювали теоретичні та практичні питання. Завдання у таких контрольних роботах були різними за складністю, що допомагало викладачам перевірити різні складові професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Для адекватного аналізу освітньої діяльності студентів та визначення стану сформованості професійно-етичної компетентності ми використовували підсумкове оцінювання, зокрема модульний контроль, диференційований залік та іспит. Ці методи перевірки й оцінки знань забезпечили необхідну систематичність і глибину контролю освітнього процесу та навчальної діяльності майбутніх лікарів.



Таким чином, моніторинг дозволив відстежувати якість формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, забезпечити правильне визначення результатів навчання та загалом оптимізувати процес навчання. Серед інноваційних підходів до моніторингу рівнів досягнень компетентностей важливе значення мали різні види тестів, що відповідали вимогами достовірності й надійності. Педагоги оцінкою заохочували студентів до вдосконалення своєї навчальної діяльності, до поглиблення й посилення мотивів пізнання етичних аспектів професійної діяльності.

Шоста педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів передбачала *впровадження тренінгової програми розвитку професійної етики майбутніх лікарів*. Ми враховували, що тренінг є найперспективнішим методом психолого-педагогічної підготовки фахівців різних галузей, так як допомагає формувати вміння і навички, необхідні для виконання професійних функцій.

При організації тренінгів ми використали напрацювання Ю. Ємельянова [162], Л. Мороз та С. Яковенко [297], В. Пахальяна [321], Л. Петровської [327], К. Соцького [400] та ін. Загалом було проведено 4 тренінги, які передбачали кілька занять. На таких заняттях ми розглядали ситуації, поширені в професійній діяльності лікаря. Метою тренінгу було закріплення й поглиблення у студентів теоретичних знань, удосконалення професійних умінь і навичок професійної етичної діяльності. Було передбачено, що за результатами тренінгу учасники будуть знати види та особливості професійного спілкування лікаря, специфіку комунікацій у медицині, етикетні вимоги до спілкування з колегами, пацієнтами, їх родичами, особливості своєї комунікативної поведінки.

Під час тренінгу «Етика ділового спілкування лікаря» (Додаток Л.5) студенти розглядали ситуації професійного спілкування та вимоги до етикетного спілкування у повсякденному житті та професійній діяльності. Метою тренінгу було створення умов для кращого знайомства, визначення особливостей кожного учасника, підтримання клімату психологічної безпеки, формування уявлень учасників тренінгу про морально-етичні вимоги до медичних працівників. Зокрема,

на цьому етапі студенти виконували вправи «Коло», «Знайомство – «Хто-Я», «Уміння знайомитися», «Гра в асоціації», «Моє ім'я і особиста риса», «Моя індивідуальність», «Асоціативний ряд» та ін.

На другому тренінгу «Морально-етичні вимоги до медичного працівника» ми намагались сформувати в учасників тренінгу уявлення про морально-етичні вимоги до медичних працівників, продемонструвати важливість урахування конкретної ситуації спілкування, відмінностей позиції усіх учасників комунікації; формувати уміння розуміти мотиви й причини поведінки людей, тактовно впливати на партнера по спілкуванню.

Третій тренінг «Професійні цінності медичного працівника» передбачав формування в учасників тренінгу уявлення про професійні цінності медичного працівника, розкриття змісту основних професійних цінностей. Зокрема, під час цього тренінгу ми пропонували студентам гру «Моделювання ситуацій спілкування», 4 групи учасників отримували картку з назвою ситуації, наприклад: «Розмова з пацієнтом», «Огляд хворого», «В ординаторській», «Розмова з головним лікарем», «Розмова в палаті про життя» тощо. Завдання групи – якомога детальніше опрацювати ситуацію, розібрати особливості поведінки її учасників, подумати над тим, як можна застосувати отримані уміння у цій ситуації. Потім вибрані і проінструктовані кожною групою «актори» демонстрували всім ту чи іншу ситуацію. Ця вправа допомагала занурити учасників в умови спілкування, наближені до реальних.

Метою четвертого тренінгу «Культура спілкування медичних працівників з хворими» було формування культури спілкування медичних працівників і пацієнтів, зокрема з'ясування головних засад ефективного спілкування. Ми намагались також виявити бар'єри спілкування, їх відкоригувати; розвивати комунікативні уміння, комунікабельність майбутніх лікарів.

Під час тренінгів ми забезпечували інтенсивну участь студентів у тренінговому процесі, а також ігровий характер взаємодії – студенти імітували свої дії у реальних життєвих і професійних ситуаціях. На кожному занятті було передбачено рефлексію – майбутні фахівці осмислювали свої дії, їх закономірності

та дії інших учасників тренінгу. Групова форма проведення тренінгів сприяла формування необхідних норм і цінностей в групі. Наприклад, ми пропонували студентам питання проблемного характеру. Майбутні фахівці повинні були визначити моральні вимоги до людини в суспільстві, охарактеризувати поняття «морального мінімуму» лікаря, моральні правила діяльності лікаря, а також найважливіші моральні поняття, що стосуються діяльності лікаря.

На тренінгових заняттях студенти відпрацьовували уміння взаємодіяти, здійснювати комунікацію та співробітничати на рівні «викладач – студент» або «студент – студент». Студенти через відтворення свого життєвого стилю і зразків поведінки набували необхідного соціально-професійного досвіду, демонстрували приклади вирішення навчально-пізнавальних віртуально-професійних ситуацій. Під час тренінгу студенти мали можливість усвідомити, як вони поводитимуть себе під час виконання професійних дій та міжособистісної взаємодії. За допомогою зворотного зв'язку з іншими членами групи учасники могли зосередитись на специфічних способах поведінки і краще зрозуміти їх. Це сприяло досягненню найважливіших цілей тренінгової діяльності й особистісно-професійному зростанню майбутніх фахівців.

У цьому зв'язку тренінг став важливим засобом інтерактивного навчання, що дозволив формувати у майбутніх лікарів індивідуальні стилі спілкування з колегами та пацієнтами, навички активного слухання, вміння ставити питання і підтримувати зворотній зв'язок тощо. Тренінг став дієвим методом підготовки майбутніх лікарів до професійно-етичної діяльності, що пов'язана із суб'єкт-суб'єктною взаємодією. Через ігрове моделювання навчальних, професійних, життєвих ситуацій ми формували у майбутніх лікарів необхідні професійні та особистісні якості, комунікативні уміння і навички, підвищували адекватність самосвідомості та поведінки через включення до тренінгової ситуації.

На тренінгових заняттях з розвитку професійно-етичних комунікативних умінь студенти вчилися визнавати позитивні якості іншої людини, розуміти її з урахуванням її емоційного стану; підтримувати позитивний зворотний зв'язок із

співрозмовником; з'ясувати свої сильні сторони, розвивати мовленнєву культуру, володіння нормативним мовленням.

Загалом тренінги через моделювання реальних ситуацій морального вибору дозволили найбільш ефективно вчити майбутніх лікарів прикладній етиці. Тренінгові заняття допомогли розвинути у студентів відкритість до почуттів і думок інших людей; поглибити відповідальності за свої дії. Ми навчили майбутніх фахівців відкрито висловлювати почуття, щоб ідентифікувати свою поведінку із зразками-моделями оптимальних дій фахівця, а також вибирати оптимальні поведінкові дії майбутньої професійно-етичної діяльності. Студенти вчилися приймати себе, поважати і толерантно ставитись до почуттів, думок, стилю життя інших людей. Майбутні лікарі мали можливість усвідомити власні мотиви та здійснити «переоцінку цінностей» ставлення до себе, до смислу свого життя, до інших людей, до професійної діяльності.

Таким чином, тренінгові заняття мали великий потенціал щодо особистісного розвитку майбутніх лікарів, створення умов для їх професійного і особистісного самоусвідомлення. Під час тренінгу студенти відпрацьовували навички комунікативної взаємодії, у них визначилися професійні ціннісні орієнтації. Студенти набули нового досвіду, оскільки відтворювали свій життєвий стиль і зразки поведінки, властиві їм і поза групою, знаходили шляхи вирішення навчальних проблемних ситуацій ігрового і професійного спрямування одночасно. Під час тренінгових занять ми створювали умови для формування професійно-етичної ідентичності майбутніх фахівців, адекватного образу успішного професійного майбутнього з виявленням й актуалізацією особистісних ресурсів.

Отже, технологія формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти є сукупністю педагогічних впливів, заходів, практик та засобів, що необхідні для досягнення мети формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі, та враховує особливості професійної підготовки студентів у ВМНЗ. Технологія, побудована на основі концептуальних положень методологічного і теоретичного концептів провідної ідеї дослідження, відображає модель освітнього та

управлінського процесів у медичному навчальному закладі, об'єднує їх зміст, форми і засоби та передбачає системну послідовність заходів методико-технологічного характеру з урахуванням специфіки розвитку і становлення студентів як майбутніх лікарів на різних курсах навчання.

Результативність застосування педагогічної технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів буде охарактеризовано у підрозділі 5.2.

## **Резюме**

1. Концептуальні основи формування професійно-етичної компетентності, охоплюють методологічний, теоретичний і методико-технологічний концепти. Методологічний концепт передбачає формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на засадах системного, особистісно орієнтованого, діяльнісного, компетентнісного, аксіологічного, цивілізаційно-середовищного, культурологічного, професіографічного, контекстного, історико-логічного, інтегративного і рефлексивного підходів. Однак провідними є системний і компетентнісний (як різновид діяльнісного) підходи.

Теоретичний концепт розкриває сутність, структуру і зміст поняття «професійно-етична компетентність», її місце у структурі готовності майбутнього лікаря до професійної діяльності, а також визначає педагогічні умови, впровадження яких в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти сприятиме результативному формуванню професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Методико-технологічний концепт провідної ідеї дослідження з урахуванням методологічного і теоретичного розкриває технологію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів – поетапне впровадження педагогічних умов, а також інноваційного змісту, форм і методів формування і діагностики

досліджуваної властивості та моніторингу ефективності цього процесу на різних етапах.

2. Найважливішими педагогічними умовами формування професійно-етичної компетентності на початковому (пропедевтичному) етапі є проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності; забезпечення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині; відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами; активізація рефлексивної діяльності майбутніх лікарів через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору; підготовка науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії.

На пізнавально-пошуковому етапі важливе значення мають такі педагогічні умови, як застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки; моделювання занять, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій; налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності; поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання; управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів; забезпечення функціонування сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища; уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності;

На визначальному для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів доцільно впроваджувати такі педагогічні умови: моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації

застосування лікарської та медичної етики; застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення; управління самостійною науково-дослідною роботою студентів; моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; впровадження тренінгової програми сприяння розвитку професійної етики майбутніх лікарів.

3. Технологія формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти є сукупністю педагогічних впливів, заходів, практик та засобів, що необхідні для досягнення мети формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі, та враховує особливості професійної підготовки студентів у ВМНЗ. Технологія, побудована на основі концептуальних положень методологічного і теоретичного концептів провідної ідеї дослідження, відображає модель освітнього та управлінського процесів у медичному навчальному закладі, об'єднує їх зміст, форми і засоби та передбачає системну послідовність заходів методико-технологічного характеру з урахуванням специфіки розвитку і становлення студентів як майбутніх лікарів на різних курсах навчання. Технологія передбачає вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний) і протягом трьох етапів.

## РОЗДІЛ 5

### ОРГАНІЗАЦІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

#### **5.1. Організація, етапи та методика експериментального дослідження**

Рівень достовірності основних результатів і висновків наукового дослідження, як зазначають В. Шейко та Н. Кушнарєнко, значно підвищується, якщо вони базуються на експериментальних даних [450, с. 91]. З огляду на це для теоретико-методичного обґрунтування концепції та результативності технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти було здійснено експериментальну перевірку технології формування цієї професійно важливої властивості.

Метою дослідно-експериментальної була перевірка запропонованої концепції і результативності технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.

Експеримент охоплював три взаємозалежних етапи, зокрема підготовчий, основний та завершальний. На підготовчому етапі було передбачено:

визначення вихідних наукових та методичних позицій дослідження; вивчення філософської, психологічної та педагогічної літератури з проблеми дослідження; розроблення робочого плану експерименту, графік проведення основних заходів; розроблення методики експериментальної роботи та підготовку матеріалів для її проведення; розроблення науково-методичного забезпечення технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; проведення констатувального етапу експерименту, внесення коректив у концепцію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Загалом констатувальний експеримент виконував у процесі дослідження низку функцій, зокрема орієнтувальну, перевірочну та контрольну. Проведення



констатувального етапу експерименту дозволило з'ясувати стан сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

На другому – основному етапі – було проведено формувальний етап. На цьому етапі експерименту:

визначено фактори, що впливають на формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів;

уточнено зміст, форми, методи і засоби формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів;

підготовлено та проведено заходи, передбачені планом експериментальної роботи, щодо формування у студентів професійно-етичної компетентності;

експериментально перевірено технологію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів;

визначено рівні сформованості професійно-етичної компетентності студентів експериментальної та контрольної груп на різних етапах їх підготовки.

Загалом організація експериментальної роботи передбачала впровадження в експериментальній групі технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Третій – *завершальний етап* – охоплював заходи підсумкового характеру, зокрема:

аналіз та порівняння початкових і кінцевих результатів, що характеризують сформованість професійно-етичної компетентності студентів;

уточнення концепції і технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.

розроблення пропозицій щодо удосконалення роботи з формування професійно-етичної компетентності;

розроблення методичних рекомендацій науково-педагогічному складу ВМНЗ щодо формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Результативність експериментальних заходів щодо формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів було визначено через порівняння стану її сформованості на початку та наприкінці експерименту. Окрім того, в кінці кожного

періоду навчання ми проводили проміжні заміри рівнів сформованості всіх складових професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, планували необхідні зміни при проведенні навчальних занять.

Далі безпосередньо охарактеризуємо послідовність заходів експериментальної роботи. Важливими напрямками роботи на цьому етапі були такі:

визначення складу контрольної та експериментальної груп;

ознайомлення науково-педагогічного складу із конкретними завданнями експериментальної роботи;

внесення змін в освітній процес зі студентами експериментальної групи для проведення експериментальної роботи відповідно до технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів;

впровадження комплексу організаційних заходів, передбачених технологією формування в майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності (апробація концепції і технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти);

здійснення повторної діагностики сформованості професійно-етичної компетентності в студентів експериментальної та контрольної груп для визначення результативності проведеної роботи.

У цей час було також розроблено навчально-методичне забезпечення формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, організовано методичну підготовку науково-педагогічного складу щодо формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, а також консультування студентів експериментальної групи щодо цілей, значення, змісту експерименту з формування професійно-етичної компетентності.

Важливого значення ми надавали організації умов експерименту, забезпеченню чистоти, надійності, достовірності та валідності отриманих експериментальних даних. Зокрема, валідність експериментальних даних було забезпечено тим, що при проведенні експерименту усі фактори залишались стабільними, окрім сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Однією і тією ж була навчально-матеріальна база навчальних закладів, студенти до початку експерименту перебували в подібних умовах. Навчальне навантаження залишалось однаковим і під час проведення експерименту. Інші чинники, зокрема розклад початкових занять, навчальний час, аудиторні години тощо, теж були однаковими. В експериментальній групі було передбачено вплив та майбутніх лікарів відповідно до концепції та технології формування професійно-етичної компетентності.

Перед початком експериментальних заходів важливим кроком було формування вибірки, в першу чергу забезпечення її репрезентативності. Вимога репрезентативності вибірки передбачає, що за необхідними параметрами (критеріями) склад осіб (учасників експерименту) повинен відповідати необхідним пропорціям у «генеральній сукупності» насамперед за найважливішим напрямом аналізу даних [450, с. 96].

Для експериментального дослідження з усієї генеральної сукупності студентів, зокрема випускників лікарів усіх медичних закладів за певною спеціалізацією, було здійснено вибірку для контрольної та експериментальної груп. Для визначення обсягу генеральної сукупності було використано статистичні показники вищої медичної освіти України за 2015 рік, зокрема контингент лікарів, які навчались за галуззю знань «Охорона здоров'я», спеціальністю 222 «Медицина».

Під час експериментальної роботи було використано методи, поширені у педагогіці. Зокрема, найважливішим методом став педагогічний експеримент. Експеримент був необхідний для пошуку причинно-наслідкових зв'язків при формуванні професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, отримання інформації, яка не тільки описує об'єкт, але й дозволяє пояснити зв'язки, відношення, процеси, що стосуються професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Ми використовували паралельний формувальний експеримент: брали два однорідні об'єкти, тобто дві групи, зокрема експериментальну та контрольну. В експериментальній групі використовували активний фактор впливу, а в

контрольній групі навчальний процес залишався незмінним. Через зіставлення двох об'єктів як і до початку експерименту, так і після нього ми порівняли вихідні та кінцеві характеристики сформованості у студентів професійно-етичної компетентності та на основі цього довели ефективність запропонованих заходів.

Педагогічний експеримент був необхідний для того, щоб:

створити умови для перевірки концепції формування професійно-етичної компетентності;

порівняти дію різних чинників на формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів;

обрати найбільш доцільні форми, методи і прийоми для створення необхідних ситуацій формування професійно-етичної компетентності;

з'ясувати закономірності та особливості перебігу педагогічного процесу в конкретних умовах.

Для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти педагогічний експеримент охоплював три етапи: *констатувальний, формувальний та контрольний*. Зокрема, *констатувальний етап* передбачав з'ясування рівня сформованості професійно-етичної компетентності, аналіз особливостей формування цього особистісного утворення у студентів, вивчення робочих програм навчальних дисциплін в контексті формування професійно-етичної компетентності, вивчення ставлення студентів до формування професійно-етичної компетентності. На *формувальному етапі експерименту* було вжито заходи, передбачені технологією формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів. Він передбачав різні процедури, зокрема навчальні, ігрові, практичні тощо, використання авторських розробок. Основою використання методів та прийомів на цьому етапі в експериментальній групі була загальна ідея, викладена в авторській концепції. *Контрольний етап* експерименту був необхідний для визначення рівня сформованості професійно-етичної компетентності у студентів після проведення формувального етапу експерименту.

Для опрацювання якісних та кількісних даних, отриманих на констатувальному етапі, потім до та після формувального етапу експерименту, а

також для визначення рівнів сформованості професійно-етичної компетентності у студентів контрольної й експериментальної груп було використано комплекс методів. Таке поєднання методів дозволило одержати необхідні відомості про сформованість професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів.

Зокрема, на початковому етапі дослідження для визначення наукового апарату велике значення мали теоретичні методи, зокрема *ретроспективний і порівняльний аналіз* наукових джерел з проблеми дослідження для визначення концептуальних підходів до розробки технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; *аналіз, синтез, порівняння* – для з'ясування стану розробленості проблеми дослідження у педагогічній теорії та практиці; систематизація й узагальнення теоретичних положень для з'ясування педагогічної сутності ключових понять дослідження; *проекування і моделювання* – для побудови моделі педагогічної технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; *узагальнення й корекція* теоретико-методологічних позицій та експериментальних даних – для наукового обґрунтування педагогічних умов формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів;

Серед емпіричних методів-операцій особливе значення мало вивчення літератури, документів і результатів навчальної діяльності студентів. *Метод вивчення документів і результатів навчальної діяльності студентів* допоміг визначити стан сформованості у студентів когнітивного, діяльнісно-операційного, професійно-особистісного, емоційно-мотиваційного і ціннісно-орієнтаційного компонентів професійно-етичної компетентності.

Слід вказати також на значення методу *спостереження*, який дозволив вивчити різні аспекти такого явища, як професійно-етична компетентність майбутніх лікарів. Спостереження було потрібне і для визначення рівнів сформованості професійно-етичної компетентності, особливостей перебігу процесу її формування у майбутніх лікарів тощо.

Окрім цього, було використано вимірювання як пізнавальний процес, що передбачає присвоєння за певними правилами силових значень причинам, які

характеризують таке педагогічне явище, як професійно-етична компетентність. Реальний зміст цих величин ми визначали за допомогою містового педагогічного аналізу відповідних аспектів і процесів освітнього процесу [383, с. 235]. Це допомогло виміряти рівні сформованості професійно-етичної компетентності студентів під час констатувального етапу експерименту, перед формувальним етапом та на етапі контролю результатів експерименту.

У свою чергу *анкетне обстеження* передбачало збір інформації згідно зі спеціально підготовленими формами-запитами від кола осіб, що могли оцінити певний предмет або явище [404, с. 116]. *Усне і письмове опитування* дозволило отримати емпіричні дані про стан сформованості у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності тощо. *Усне опитування* у формі бесід та інтерв'ю зі студентами допомогло налагодити особисті контакти, краще зрозуміти майбутніх фахівців. Ми враховували і переваги письмового опитування, за якого учасники опитування могли відповідати більш детально і відверто. Зокрема, за допомогою вибіркового письмового опитування ми досліджували мотиви студентів до навчання, їх ставлення до складних ситуацій морального вибору, їх життєвий досвід та ін.

Для з'ясування стану сформованості професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів ми використовували різні опитувальники, зокрема тест-опитувальник рівня професійної спрямованості» Т. Дубовицької, методику А. Реана «Мотивація професійної діяльності» (модифікована методика К. Замфір), методику А. Реана (модифікація методик В. Ядова, Н. Кузьміної) для визначення задоволеності професією медика та ін. У дослідженні було використано також «Експрес-діагностику соціальних цінностей особистості», «Експрес-діагностику рівня соціальної ізолюваності особистості» (Д. Рассел і М. Фергюссон), методику визначення соціальної креативності особистості, методику вивчення здатності до самоуправління в спілкуванні, методику визначення індексу групової згуртованості» Сишора та ін.

Для оцінки сформованості когнітивного, діяльнісно-операційного, професійно-особистісного, емоційно-мотиваційного і ціннісно-орієнтаційного

компонентів професійно-етичної компетентності було використано *тестування*. Тести містили перелік питань, що потребували коротких відповідей, або завдання, вирішення яких свідчило про обізнаність студентів із проблемами етичного характеру та здатність їх вирішити.

*Метод експертних оцінок* як різновид опитування передбачав залучення до оцінки необхідних явищ, пов'язаних із професійно-етичної компетентністю майбутніх лікарів, найбільш компетентних людей. Експертами стали викладачі кафедри філософії та соціології, кафедри неврології, кафедри внутрішньої медицини, кафедри терапії, кафедри дитячих інфекційних хвороб та ін. При доборі експертів було взято до уваги такі критерії, як обізнаність, компетентність експертів, їх досвід роботи в подібних експертизах, позитивне ставлення до експертизи.

Визначення компетентності обраної групи експертів здійснено за методикою А. Киверялга [203]. Рейтинг кожного експерта у балах ми підраховали з урахуванням наукового ступеня, стажу роботи в медичних навчальних закладах, обґрунтування думки з проблеми, досвіду проведення досліджень. Обрахунок загальної компетентності експерта за усіма показниками було здійснено за формулою:

$$K_p = \frac{\sum_{j=1}^3 X_{ji}}{\sum_{j=1}^3 X_{j\max}}$$

де  $X_{ji}$  – рейтинг і-го експерта за j-тим показником;

$X_{j\max}$  – максимальна оцінка за j-тим показником

Показником репрезентативності експертної групи стало середньоарифметичне значення компетентності усіх експертів, визначене за формулою:

$$K_p = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n K_i$$

де  $n$  – число експертів, які входять до складу експертної групи [383, с. 218].

Для вибору експертів ми використали також метод взаємних рекомендацій, аналіз анкетних даних й оцінку узгодженості кандидатів у експерти. Доля перевірки узгодженості кандидатів було використано коефіцієнт конкордації, визначений за формулою Кенделла, яка у випадку неспівпадіння рангів є такою:

$$W = \frac{15S}{m^2(n^3 - n)} \quad (5.1),$$

де  $m$  – число кандидатів в експерти,  $n$  – кількість питань,

$$S = \sum_{i=1}^n ((R_i - R_{cp})^2) \quad (5.2),$$

де  $R_{cp} = \frac{1}{n} \sum R_i$  – середній ранг показника,  $R_i$  – сумарний ранг.

До групи експертів ми обрали тих кандидатів, які одержали не менше 85 % позитивних відгуків. Загалом експерти допомогли визначити змінні величини, необхідні для оцінки стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Під час дослідження експерти працювали з різними документами, зокрема аналізували письмові роботи студентів та ін.

У дослідженні також використано методи математичної статистики: *критерій Колмогорова-Смирнова* та *критерій Фішера*. Це дозволило виявити відмінності у розподілі емпіричних рядів, порівняти вибірки, які мають альтернативні ознаки, а також оцінити вірогідність кореляції між цими ознаками. Методи математичної статистики були необхідні також для обробки даних педагогічного експерименту, перевірки вірогідності отриманих результатів дослідження щодо змісту та науково-методичного забезпечення ефективності педагогічної технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.

Таким чином, у цьому підрозділі подано загальну інформацію про методику виконання дослідження, тобто порядок і послідовність дій, сукупність методів, необхідних для вирішення проблеми формування професійно-етичної



компетентності.

Наступним етапом дослідно-експериментальної є визначення результатів експериментальної роботи з формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.

## **5.2. Аналіз результатів експериментальної роботи**

Формувальний етап експерименту був необхідний для провадження та перевірки концепції і технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти. Як вже було зазначено в підрозділі 4.3, формувальний етап експерименту було організовано в умовах освітнього процесу медичних навчальних закладів, зокрема Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Державного вищого навчального закладу «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», Одеського національного медичного університету та Запорізького державного медичного університету. Всього на цьому етапі експерименту взяли участь 838 студентів зазначених медичних закладів, а також 124 науково-педагогічних працівників цих закладів освіти.

Формувальний етап тривав з вересня 2014 до травня 2017 р. Програма педагогічного експерименту передбачала планомірне впровадження комплексу організаційних заходів відповідно до концептуальних положень методологічного, теоретичного та методико-технологічного концептів провідної ідеї дослідження і технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Під час експериментального дослідження було здійснено вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний) протягом трьох етапів: 1) початкового (охоплював 1–2 курси навчання майбутніх лікарів), 2) пізнавально-пошукового (охоплював 3–4 курси навчання та

3) базового (5–6 курси).

Перед початком формувального етапу експерименту для визначення стану професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів було використано завдання та методики опитування, апробовані на етапі констатувального експерименту. Як засвідчили результати, студенти переважно мають пороговий та середній рівні сформованості професійно-етичної компетентності (таблиця 5.1).

*Таблиця 5.1*

**Сформованість професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на початку формувального експерименту (середній бал)**

Рівні професійно-етичної компетентності	КГ, n=418		ЕГ, n=420	
	осіб	%	осіб	%
Пороговий	112	26,79	110	26,19
Середній	169	40,43	170	40,48
Достатній	81	19,38	79	18,81
Високий	56	13,40	61	14,52

Виявлено, що студенти потребують більш ґрунтовного й детального ознайомлення із специфікою професійно-етичної діяльності лікаря, з особливостями комунікативної діяльності лікаря відповідно до етичних вимог. Нагальним є також ознайомлення майбутніх лікарів з етичними вимогами до їх професійної діяльності та правилами етичної поведінки.

За результатами вимірювання ми визначили експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ) групи. До складу ЕГ увійшло 420, а до складу КГ – 418 студентів. Порівняння даних на етапі вхідного контролю за допомогою методів математичної статистики підтвердило, що якісні й кількісні характеристики студентів КГ й ЕГ не мають достовірних розходжень.

Під час педагогічного експерименту всі студенти були в однакових умовах: студенти КГ навчалися за традиційною методикою, а в ЕГ було застосовано технологію та створено відповідні педагогічні умови для формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів.

Після завершення формувального етапу експерименту для визначення результативності концепції, технології та педагогічних умов формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів ВМНЗ було простежено динаміку її сформованості на початку та після експериментального дослідження відповідно усіх складових професійно-етичної компетентності.

Діагностику стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти України було здійснено за тими ж критеріями і за допомогою тих же методик, що і на констатувальному етапі педагогічного експерименту. Зокрема, наприкінці формувального етапу експерименту щодо *афективного критерію* було визначено рівень професійної спрямованості випускників за допомогою «Тесту-опитувальника рівня професійної спрямованості» Т. Дубовицької. З'ясовано, що серед студентів ЕГ виявилось на 9,37 % більше тих, у кого зазначений показник афективного критерію відповідає високому рівню, тобто цим студентам подобається майбутня професійно-етична діяльність, вони мають бажання вдосконалюватися і працювати відповідно до етичних вимог.

Далі за методикою А. Реана «Мотивація професійної діяльності», що є модифікованою методикою К. Замфір, було визначено мотиваційні комплекси студентів та встановлено типи переважаючої мотивації. З'ясовано, що серед студентів ЕГ виявилось на 1,76 % більше тих, хто мав достатній рівень мотивації до професійно-етичної діяльності, тобто у них у мотиваційному комплексі однаковою мірою виявлено зовнішні позитивні мотиви і внутрішні мотиви, а показники вираження зовнішніх негативних мотивів нижчі (достатній рівень). Одночасно в ЕГ виявилось на 8,68 % більше тих, хто мав високий рівень мотивації до професійно-етичної діяльності, тобто в їх мотиваційному комплексі переважають внутрішні мотиви, показники зовнішніх позитивних та зовнішніх негативних мотивів значно нижчі, ніж внутрішніх мотивів.

Ще один показник афективного критерію – задоволеність обраною професією – було визначено за однойменною методикою А. Реана (модифікація методик В. Ядова, Н. Кузьміної). З'ясовано, що серед студентів ЕГ було на 8,69 % більше

тих, хто задоволений професією, готовий діяти відповідно до норм медичної етики, не згоден працювати без урахування етичних вимог.

За результатами зазначених методик за допомогою комп'ютерної програми «IBM® SPSS Statistics®» було побудовано таблицю 5.2, у якій відображено узагальнені кількісні параметри прояву показників за афективним критерієм.

*Таблиця 5.2*

**Динаміка сформованості професійно-етичної компетентності студентів ЕГ та КГ за афективним критерієм (показниками професійної спрямованості, задоволеності професією, мотивацією професійної діяльності) наприкінці формульованого етапу експерименту, n=838**

Рівні	Професійна спрямованість		Індекс задоволеності професією		Мотивація професійної діяльності	
	КГ (418)	ЕГ (420)	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Пороговий	83 (19,86 %)	76 (18,10 %)	80 (19,14 %)	72 (17,14 %)	81 (19,38 %)	74 (17,62 %)
Середній	100 (23,92 %)	60 (14,29 %)	102 (24,40 %)	64 (15,24 %)	98 (23,44 %)	62 (14,76 %)
Достатній	130 (31,10 %)	139 (33,09 %)	124 (29,67 %)	135 (32,14 %)	129 (30,86 %)	137 (32,62 %)
Високий	105 (25,12 %)	145 (34,52 %)	112 (26,79 %)	149 (35,48 %)	110 (26,32 %)	147 (35,00 %)

З таблиці видно, що не зважаючи на тривалий термін навчання у медичних університетах досить значна кількість студентів КГ мають пороговий рівень професійної спрямованості (19,86 %), 19,14 % не задоволені своєю майбутньою професією (пороговий рівень), а 19,38 % мають низький рівень мотивації до професійно-етичної діяльності.

Узагальнені дані щодо інших показників афективного критерію, отриманих за допомогою методів анкетування, тестування («Експрес-діагностика соціальних цінностей особистості» (Додаток Ж.1), «Експрес-діагностика рівня соціальної

ізолюваності особистості» Д. Рассела і М. Фергюсона (Додаток Ж.2), методики вивчення здатності до самоуправління в спілкуванні, спостереження за діями студентів у різних ситуаціях навчальної та квазіпрофесійної діяльності, експертного оцінювання, результатів письмових робіт (есе) (додаток Ж.3), співбесіди, представлено у таблиці 5.3.

Таблиця 5.3

**Динаміка сформованості професійно-етичної компетентності студентів  
ЕГ та КГ за показниками афективного критерію (n=838)**

Рівні Показники	Пороговий		Середній		Достатній		Високий	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях	83 (19,86 %)	75 (17,86 %)	99 (23,68 %)	65 (15,48 %)	130 (31,10 %)	137 (32,62 %)	106 (25,36 %)	143 (34,04 %)
Бажання лікувати та допомагати людям	81 (19,38 %)	71 (16,90 %)	98 (23,44 %)	63 (15,01 %)	129 (30,86 %)	140 (33,33 %)	110 (26,32 %)	146 (34,76 %)
Позитивне емоційне ставлення до пацієнтів	82 (19,62 %)	76 (18,10 %)	100 (23,92 %)	63 (15,00 %)	134 (32,06 %)	140 (33,33 %)	102 (24,40 %)	141 (33,57 %)
Прагнення до налагодження емоційного контакту з пацієнтом	80 (19,14 %)	74 (17,62 %)	101 (24,16 %)	62 (14,76 %)	132 (31,58 %)	139 (33,10 %)	105 (25,12 %)	145 (34,52 %)
Усвідомлення соціальної значущості професії лікаря	82 (19,62 %)	75 (17,86 %)	100 (23,92 %)	61 (14,52 %)	129 (30,86 %)	137 (32,62 %)	107 (25,60 %)	147 (35,00 %)

Узагальнення даних, представлених у таблицях 5.2 та 5.3, шляхом переведення у бали (середня арифметична величина) рівнів сформованості професійно-етичної компетентності за показниками афективного критерію, подано в таблиці 5.4.

**Результати сформованості професійно-етичної компетентності студентів  
ЕГ та КГ за показниками (середнім балом) афективного  
критерію (n=838)**

Показники	На початку експерименту		Після завершення експерименту	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях	3,72	3,69	3,99	4,93
Бажання лікувати та допомагати людям	3,73	3,70	4,00	4,71
Позитивне емоційне ставлення до пацієнтів	3,72	3,71	3,81	4,69
Прагнення до налагодження емоційного контакту з пацієнтом	3,77	3,72	3,97	4,58
Усвідомлення соціальної значущості професії лікаря	3,80	3,75	3,99	4,70
Професійна спрямованість	3,43	3,68	3,97	4,89
Індекс задоволеності професією	3,68	3,73	3,89	4,97
Мотивація професійної діяльності	3,78	3,78	4,00	4,88
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3,70</b>	<b>3,72</b>	<b>3,95</b>	<b>4,79</b>

Для визначення стану сформованості професійно-етичної компетентності студентів ЕГ та КГ за пізнавальним критерієм було передбачено з'ясувати рівень засвоєння студентами знань етичного характеру. За допомогою письмового та усного опитування, тестування, письмового вирішення ситуаційних завдань професійно-етичного характеру, есе, співбесід встановлено значення кожного з показників пізнавального критерію. Ми звертали увагу на знання студентами основ аксіології, принципів і норм етики та етикету; знання етичних нормативних вимог до професії лікаря та клятви лікаря, знання тактики та стратегії спілкування та ін.

Загалом виявлено, що студенти ЕГ показали досить високі результати. Так, наприклад, з них лише 70 осіб отримали низькі бали за окремі завдання. Серед студентів КГ таких, що отримали низькі бали, було 82, при цьому 12 студентів

взагалі не змогли виконати завдання тестів або письмових робіт. Здебільшого студенти КГ слабо орієнтуються щодо стратегій і методів вирішення етичних конфліктів, тактики та стратегії спілкування, специфіки комунікативної поведінки.

Для багатьох студентів складними виявилися завдання щодо визначення норм етики та професійного етикету, етичних нормативних вимог до професії лікаря (19,15 % опитаних дали відповідь, що відповідає пороговому рівню). Близько 18,90 % студентів КГ продемонстрували слабкі знання основ і правил комунікативної поведінки з різними категоріями пацієнтів та їхніми рідними; знання етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків. У свою чергу студенти ЕГ продемонстрували впевнене володіння матеріалом про етичні норми, а також про медичну етику представників різних національностей та віросповідання.

Узагальнені дані, отримані за допомогою зазначених методів, представлено у таблиці 5.5.

У свою чергу кількісні дані за показниками *результативного критерію* сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів отримано за результатами виконання практичних робіт, оцінювання дій студентів під час

**Результати сформованості професійно-етичної компетентності студентів  
КГ та ЕГ за показниками пізнавального критерію (n=838)**

Рівні		Показники пізнавального критерію					
		Знання основ аксіології, принципів і норм етики та етикету	Знання етичних нормативних вимог до професії лікаря та клятви лікаря	Знання особливостей віросповідання, культури, традицій різних народів	Знання тактики та стратегії спілкування, основ комунікативної поведінки	Знання етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями	Знання стратегій і методів вирішення етичних конфліктів
Пороговий	КГ	80 (19,15 %)	79 (18,90 %)	81 (19,38 %)	79 (18,90 %)	80 (19,15 %)	82 (19,62 %)
	ЕГ	69 (16,43 %)	67 (15,95 %)	67 (15,95 %)	67 (15,95 %)	69 (16,43 %)	70 (16,67 %)
Середній	КГ	98 (23,44 %)	99 (23,68 %)	99 (23,68 %)	99 (23,68 %)	98 (23,44 %)	100 (23,92 %)
	ЕГ	65 (15,48 %)	68 (16,19 %)	71 (16,91 %)	68 (16,19 %)	65 (15,48 %)	69 (16,43 %)
Достатній	КГ	114 (27,27 %)	111 (26,56 %)	116 (27,75 %)	111 (26,56 %)	114 (27,27 %)	116 (27,75 %)
	ЕГ	136 (32,38 %)	137 (32,62 %)	132 (31,43 %)	137 (32,62 %)	136 (32,38 %)	135 (32,14 %)
Високий	КГ	126 (30,14 %)	129 (30,86 %)	122 (29,19 %)	129 (30,86 %)	126 (30,14 %)	120 (28,71 %)
	ЕГ	150 (35,71 %)	148 (35,24 %)	150 (35,71 %)	148 (35,24 %)	150 (35,71 %)	146 (34,76 %)

Узагальнення даних, представлених у таблиці 5.5, шляхом переведення у бали (середня арифметична величина) рівнів сформованості професійно-етичної



компетентності студентів КГ та ЕГ за показниками пізнавального критерію, подано в таблиці 5.6.

Таблиця 5.6

**Результати сформованості професійно-етичної компетентності у студентів ЕГ та КГ за показниками пізнавального критерію (n=838)**

Показники	Середній бал	
	КГ	ЕГ
Знання основ аксіології, принципів і норм етики та етикету	3,21	4,69
Знання етичних нормативних вимог до професії лікаря та клятви лікаря	3,24	4,78
Знання особливостей віросповідання, культури, традицій різних народів	3,13	4,96
Знання тактики та стратегії спілкування, основ комунікативної поведінки	3,33	4,79
Знання етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків	3,37	4,80
Знання стратегій і методів вирішення етичних конфліктів	3,31	4,89
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3,27</b>	<b>4,82</b>

їх участі у рольових іграх, письмового та усного опитування, тестування, письмового розв'язування ситуаційних завдань, контрольних та проектних робіт. Узагальнені дані, вираховані за допомогою програмного комп'ютерного забезпечення «IBM® SPSS Statistics®», представлено у таблиці 5.7.

**Результати сформованості професійно-етичної компетентності студентів  
ЕГ та КГ за показниками результативного критерію (n=838)**

Рівні Показники	Пороговий		Середній		Достатній		Високий	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Уміння налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики.	80 (19,14 %)	73 (17,38 %)	97 (23,21 %)	62 (14,76 %)	128 (30,62 %)	140 (33,33 %)	113 (27,03 %)	145 (34,53 %)
Уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики	80 (19,14 %)	75 (17,86 %)	98 (23,45 %)	62 (14,76 %)	125 (29,90 %)	137 (32,62 %)	115 (27,51 %)	146 (34,76 %)
Здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації.	81 (19,38 %)	72 (17,14 %)	98 (23,44 %)	64 (15,24 %)	129 (30,86 %)	135 (32,14 %)	110 (26,32 %)	149 (35,47 %)
Уміння застосовувати знання професійної етики для розв'язання завдань медичної практики.	82 (19,62 %)	74 (17,62 %)	99 (23,68 %)	63 (15,00 %)	127 (30,38 %)	138 (32,86 %)	110 (26,32 %)	145 (34,52 %)
Володіння методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету.	80 (19,14 %)	72 (17,14 %)	97 (23,21 %)	62 (14,76 %)	127 (30,38 %)	140 (33,34 %)	114 (27,27 %)	146 (34,76 %)
Здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків.	81 (19,38 %)	73 (17,38 %)	100 (23,93 %)	65 (15,47 %)	125 (29,90 %)	139 (33,10 %)	112 (26,79 %)	143 (34,05 %)
Уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті.	82 (19,62 %)	74 (17,62 %)	99 (23,68 %)	62 (14,76 %)	129 (30,86 %)	137 (32,62 %)	108 (25,84 %)	147 (35,00 %)
Загалом за критерій	81 (19,38 %)	73 (17,38 %)	98 (23,44 %)	63 (15,00 %)	127 (30,39 %)	138 (32,86 %)	112 (26,79 %)	146 (34,76 %)

З таблиці 5,7 видно, що високий рівень сформованості професійно-етичної компетентності за показниками результативного критерію показали 34,76 % студентів ЕГ, достатній – 32,86 %. У свою чергу в КГ таких, хто показав високий рівень, було тільки 26,79 %, достатній – 30,39 %.

Загалом, за даними експертів, у ЕГ переважна більшість студентів показала ґрунтовне володіння уміння вирішувати завдання різної складності щодо етичних проблем, орієнтуватися в правилах етикету та синтезувати набуті знання при здійсненні морального вибору. Водночас 19,62 % студентів КГ мали труднощі щодо застосування знань професійної етики при вирішенні складних завдань медичної практики. Не змогли здійснити рефлексію етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків 19,38 % опитаних КГ.

В ЕГ більшою є частка студентів, які продемонстрували достатній (33,33 %) та високий (34,53 %) рівень уміння налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики. В КГ таких було дещо менше: відповідно на високому рівні продемонстрували знання 27,03 % студентів, на достатньому – 30,62 %. Це ж стосується володіння методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету: високий рівень виявлено у 34,76 % опитаних ЕГ, у КГ – 27,27 %. Загалом результати опитування засвідчили, що студенти ЕГ більш готові до професійної діяльності з дотриманням правил і принципів етико-медичної поведінки.

Узагальнення даних, представлених у таблиці 5.6, шляхом переведення у бали (середня арифметична величина) рівнів сформованості професійно-етичної компетентності студентів КГ та ЕГ за показниками результативного критерію, подано в таблиці 5.8.

**Результати сформованості професійно-етичної компетентності студентів  
ЕГ та КГ за показниками результативного критерію (n=838)**

Показники	Середній бал	
	КГ	ЕГ
Уміння налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики	3,36	4,79
Уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики	3,27	4,82
Здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації	3,30	4,92
Уміння застосовувати знання професійної етики для розв'язання завдань медичної практики	3,18	4,88
Володіння методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету	3,36	4,78
Здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків	3,32	4,91
Уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті	3,33	4,87
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3,30</b>	<b>4,85</b>

Для визначення результатів сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів за показниками *поведінкового критерію* ми оцінювали блок професійно-особистісних якостей лікаря. Серед них чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, уміння дотримуватися слова та ін. Паралельно було запропоновано студентам самим оцінити сформованість цих якостей у себе (методом самооцінювання). Отримані результати представлено у табл. 5.9.

Таблиця 5.9

**Результати сформованості професійно важливих якостей майбутніх лікарів,  
складових структури і змісту професійно-етичної компетентності (за 5-  
тибальною системою оцінки)**

Професійно важливі якості (у контексті професійно-етичної компетентності)	КГ		ЕГ	
	Бажаний	Реальний	Бажаний	Реальний
Чесність	4,05	3,85	4,35	4,49
Інтелігентність	4,40	3,75	4,43	4,54
Людяність	4,92	4,00	4,94	4,95
Доброта	4,20	3,80	4,20	4,44
Надійність	3,70	3,50	4,72	4,81
Принциповість	3,50	3,80	4,50	4,62
Безкорисливість	3,60	2,55	4,60	4,72
Уміння тримати слово	3,65	3,60	4,65	4,73
Порядність	4,87	4,25	4,88	4,90
Обов'язковість	3,55	3,30	4,55	4,75
Відповідальність	3,95	3,70	4,91	4,94
Привабливість (зовнішня і внутрішня)	4,10	4,00	4,35	4,75
Тактовність	4,85	3,65	4,87	4,89
Ввічливість	4,80	3,30	4,82	4,92
Повага до людей	3,30	3,10	4,65	4,85
Готовність надати допомогу	3,90	2,85	4,91	4,94
Авторитет	3,85	2,55	4,89	4,92
Спостережливість	3,20	3,00	4,78	4,88
Комунікабельність, здатність бути хорошим співрозмовником	4,70	3,15	4,76	4,86
Контактність, доступність для спілкування	4,50	3,45	4,69	4,89
Уважність	4,91	3,15	4,97	4,99
Довіра до людей	3,10	2,5	4,60	4,87

Як свідчать дані таблиці 5.8, студенти ЕГ більше надають перевагу людяності як важливої умови успішної професійної діяльності у сфері охорони здоров'я (4,95 бала), порядності (4,90 бала), уважності (4,99 бала), тактовності (4,89 бала), ввічливості (4,92 бала), комунікабельності, здатності бути хорошим співрозмовником (4,86 бала), контактності, доступності для спілкування (4,89 бала), інтелігентності (4,54 бала) та доброти (4,44 бала). Студенти КГ дещо по-іншому визначали свої бачення: вони також вважають, що для успішної професійної діяльності важливе значення має людяність, але їхній бал набагато нижчий – 4,00. Важливо також вказати на те, що самооцінку своїх якостей студенти зробили більш

адекватно.

Крім цієї процедури, сформованість професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів за показниками *поведінкового критерію* було визначено за допомогою анкетування, тестування, експертного оцінювання, написання есе та співбесід, спостереження за діями студентів у різних ситуаціях навчальної та практичної діяльності. Це дозволило отримати об'єктивні кількісні дані. Узагальнені дані, визначені за допомогою програмного комп'ютерного забезпечення «IBM® SPSS Statistics®», подано в таблиці 5.10.

Таблиця 5.10

**Результати сформованості професійно-етичної компетентності студентів  
КГ та ЕГ за показниками поведінкового критерію (n=838)**

Рівні Показники	Пороговий		Середній		Достатній		Високий	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Чесність, відповідальність, порядність, безкорисливість	83 (19,86 %)	75 (17,86 %)	99 (23,68 %)	65 (15,48 %)	130 (31,10 %)	137 (32,62 %)	106 (25,36 %)	143 (34,04 %)
Людяність, доброта, ввічливість, повагу до оточуючих, уважність	81 (19,38 %)	71 (16,90 %)	98 (23,44 %)	63 (15,01 %)	129 (30,86 %)	140 (33,33 %)	110 (26,32 %)	146 (34,76 %)
Інтелігентність, принциповість, уміння тримати слово, тактовність, вихованість, готовність надати допомогу	82 (19,62 %)	76 (18,10 %)	100 (23,92 %)	63 (15,00 %)	134 (32,06 %)	140 (33,33 %)	102 (24,40 %)	141 (33,57 %)
Зовнішня і внутрішня привабливість, стриманість	80 (19,14 %)	74 (17,62 %)	101 (24,16 %)	62 (14,76 %)	132 (31,58 %)	139 (33,10 %)	105 (25,12 %)	145 (34,52 %)
Здатність бути хорошим співрозмовником, контактність комунікабельність	82 (19,62 %)	75 (17,86 %)	100 (23,92 %)	61 (14,52 %)	129 (30,86 %)	137 (32,62 %)	107 (25,60 %)	147 (35,00 %)

Узагальнені дані, представлені у таблиці 5.9, було переведено у бали (як середнє арифметичне). Це дозволило отримати уявлення про розподіл за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності випускників медичних університетів за показниками поведінкового критерію (табл. 5.11).

Таблиця 5.11

**Результати сформованості професійно-етичної компетентності студентів  
ЕГ та КГ за показниками поведінкового критерію (n=838)**

Показники	Середній бал	
	КГ	ЕГ
Чесність, відповідальність, порядність, безкорисливість	3,55	4,34
Людяність, доброта, ввічливість, повагу до інших людей, уважність	3,53	4,57
Інтелігентність, принциповість, уміння тримати слово, тактовність, вихованість, готовність надати допомогу	3,50	4,78
Зовнішня і внутрішня привабливість, стриманість	3,58	4,67
Здатність бути хорошим співрозмовником, контактність, комунікабельність	3,56	4,89
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3,54</b>	<b>4,65</b>

Кількісні дані за показниками *ціннісного критерію* сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів отримано за допомогою низки методів, зокрема анкетування, тестування, «Експрес-діагностики соціальних цінностей особистості», «Експрес-діагностики рівня соціальної ізольованості особистості» Д. Рассела і М. Фергюссона, методики вивчення здатності до самоуправління в спілкуванні, методики визначення індексу групової згуртованості» Сисора, методики «Ціннісні орієнтації» М. Рокіча, методу спостереження за діями студентів у різних ситуаціях навчальної та практичної діяльності, експертного оцінювання, есе, співбесіди. Отримані результати, узагальнені за допомогою програмного комп'ютерного забезпечення «IBM® SPSS Statistics®», подано у таблиці 5.12.

**Сформованість професійно-етичної компетентності студентів КГ та ЕГ  
за показниками ціннісного критерію (n=838)**

Рівні	Пороговий		Середній		Достатній		Високий	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Усвідомлення цінності життя і здоров'я пацієнта	80 (19,14 %)	75 (17,86 %)	98 (23,45 %)	62 (14,76 %)	125 (29,90 %)	137 (32,62 %)	115 (27,51 %)	146 (34,76 %)
Ціннісне ставлення до професії, розуміння і усвідомлення важливості завдань, що виконуються лікарями	81 (19,38 %)	72 (17,14 %)	98 (23,44 %)	64 (15,24 %)	129 (30,86 %)	135 (32,14 %)	110 (26,32 %)	149 (35,47 %)
Соціальне становище і робота, що приносять задоволення та авторитет	82 (19,62 %)	74 (17,62 %)	99 (23,68 %)	63 (15,00 %)	127 (30,38 %)	138 (32,86 %)	110 (26,32 %)	145 (34,52 %)
Причетність до справи охорони здоров'я	80 (19,14 %)	72 (17,14 %)	97 (23,21 %)	62 (14,76 %)	127 (30,38 %)	140 (33,34 %)	114 (27,27 %)	146 (34,76 %)
Відсутність прагматичних цінностей	81 (19,38 %)	73 (17,38 %)	100 (23,93 %)	65 (15,47 %)	125 (29,90 %)	139 (33,10 %)	112 (26,79 %)	143 (34,05 %)

Узагальнені дані з таблиці 3.12, переведені у бали, дозволили з'ясувати сформованість професійно-етичної компетентності студентів ЕГ та КГ за показниками ціннісного критерію (див. таблицю 5.13).



Таблиця 5.13

**Результати сформованості професійно-етичної компетентності студентів  
ЕГ та КГ за показниками ціннісного критерію (n=838)**

Показники	Середній бал	
	КГ	ЕГ
Усвідомлення цінності життя і здоров'я пацієнта	3,56	4,67
Ціннісне ставлення до професії, розуміння і усвідомлення важливості завдань, що їх виконують лікарі	3,49	4,69
Соціальне становище і робота, що приносять задоволення та авторитет	3,40	4,78
Причетність до справи охорони здоров'я	3,42	4,79
Відсутність прагматичних цінностей	3,16	4,89
<b>Середнє значення інтегрального показника</b>	<b>3,41</b>	<b>4,76</b>

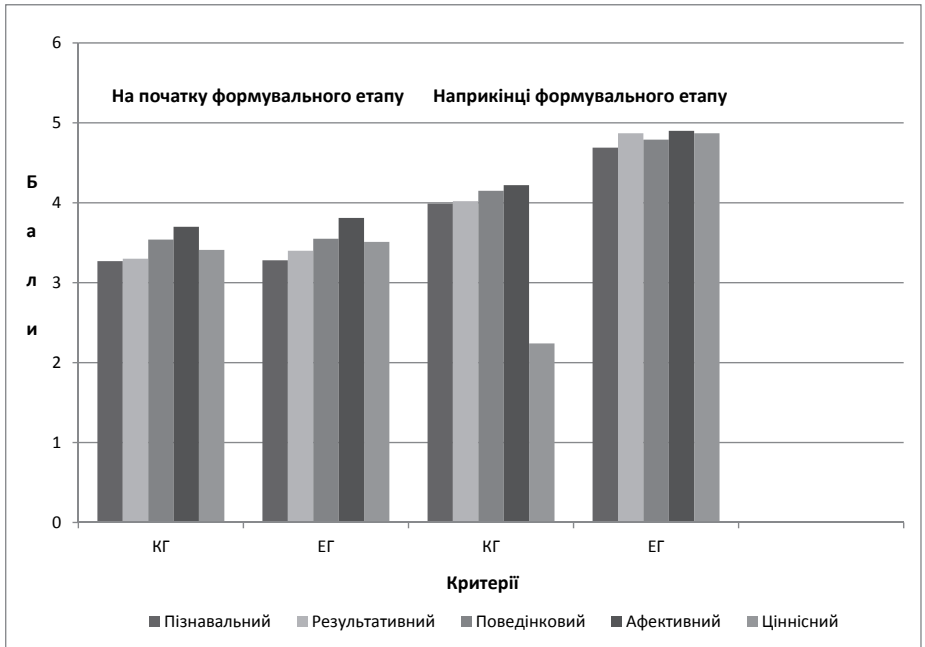
З урахуванням стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів за пізнавальним, результативним, поведінковим, афективним та ціннісним критеріями середні значення інтегральних показників критеріїв сформованості професійно-етичної компетентності студентів ЕГ та КГ (середній бал) представлено в узагальненому вигляді у таблиці 5.14 та рис. 5.1.

Таблиця 5.14

**Середні значення інтегральних показників критеріїв сформованості  
професійно-етичної компетентності студентів ЕГ та КГ на початку  
формульованого експерименту та після його завершення (середній бал)**

Критерії	Середній бал			
	На початку експерименту		Після експерименту	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Пізнавальний	3,27	3,28	3,99	4,69
Результативний	3,30	3,40	4,02	4,87
Поведінковий	3,54	3,55	4,15	4,79
Афективний	3,70	3,81	4,22	4,90
Ціннісний	3,41	3,51	4,24	4,87
<b>Середнє значення інтегрального критерію</b>	<b>3,44</b>	<b>3,51</b>	<b>4,12</b>	<b>4,84</b>

У цій таблиці показано також розподіли студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності за середнім значенням інтегрального критерію на початку експерименту (перший зріз) та наприкінці формульовального експерименту (контрольний зріз).



**Рис 5.1 – Порівняльні результати сформованості в студентів контрольної й експериментальної груп професійно-етичної компетентності до та після проведення педагогічного експерименту, в балах**

Як видно з рис. 5.1 та табл. 5.14, показники сформованості професійно-етичної компетентності в студентів ЕК порівняно з даними КГ свідчать про ефективність упровадженої технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Аналіз підтвердив суттєве підвищення рівня

професійно-етичної компетентності студентів ЕГ. До позитивних зрушень належить те, що в ЕГ кількості студентів з високим рівнем професійно-етичної компетентності зросла з 14,52 до 34,76 %, достатнім – з 18,81 до 32,86 %. В ЕГ також зменшилася кількість студентів з пороговим (від 26,19 до 15,24 %) та середнім (від 40,48 до 17,14 %) рівнями професійно-етичної компетентності.

Таблиця 5.15

**Сформованість професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів наприкінці формувального етапу експерименту, n=838**

Рівні професійно-етичної компетентності	наприкінці експерименту			
	КГ, n=418		ЕГ, n=420	
	осіб	%	осіб	%
<i>афективний критерій</i>				
Пороговий	82	19,62	63	15,00
Середній	100	23,92	74	17,61
Достатній	130	31,10	139	33,10
Високий	106	25,36	144	34,29
<i>пізнавальний критерій</i>				
Пороговий	80	19,14	67	15,95
Середній	99	23,68	68	16,19
Достатній	114	27,27	136	32,38
Високий	125	29,91	149	35,48
<i>результативний критерій</i>				
Пороговий	81	19,38	63	15,00
Середній	98	23,44	73	17,38
Достатній	127	30,39	138	32,86
Високий	112	26,79	146	34,76
<i>поведінковий критерій</i>				
Пороговий	82	19,62	63	15,00
Середній	100	23,92	74	17,61
Достатній	130	31,10	139	33,10
Високий	106	25,36	144	34,29
<i>ціннісний критерій</i>				
Пороговий	81	19,38	63	15,00

Середній	98	23,45	73	17,38
Достатній	127	30,38	138	32,86
Високий	112	26,79	146	34,76
<i><b>узагальнений критерій</b></i>				
Пороговий	81	19,38	64	15,24
Середній	99	23,68	72	17,14
Достатній	126	30,15	138	32,86
Високий	112	26,79	146	34,76

У КГ суттєвих кількісних і якісних змін у сформованості професійно-етичної компетентності не відбулося: кількість студентів із пороговим рівнем професійно-етичної компетентності зменшилася тільки з 26,79 до 19,38 %, із середнім та достатнім – несуттєво змінилася (на 16,75 та 10,77 % відповідно), несуттєво збільшилася кількість студентів, що мають високий рівень професійно-етичної компетентності: з 13,40 до 26,79 %.

Далі передбачено проаналізувати динаміку змін сформованості професійно-етичної компетентності за узагальненим критерієм (табл. 5.16).

*Таблиця 5.16*

**Динаміка сформованості професійно-етичної компетентності за узагальненим критерієм у майбутніх лікарів на початку та після формувального етапу експерименту, n=838**

Рівні професійно-етичної компетентності	На початку експерименту				Наприкінці експерименту			
	КГ, n=418		ЕГ, n=420		КГ, n=418		ЕГ, n=420	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Пороговий	112	26,79	110	26,19	81	19,38	64	15,24
Середній	169	40,43	170	40,48	99	23,68	72	17,14
Достатній	81	19,38	79	18,81	126	30,15	138	32,86
Високий	56	13,40	61	14,52	112	26,79	146	34,76

Для того, щоб переконатися, що на початку експерименту студенти ЕГ та КГ не відрізняються за рівнями сформованості професійно-етичної компетентності,

використано критерій  $\chi^2$  Пірсона.

У представленому дослідженні було виконано такий алгоритм розрахунку за згаданим критерієм:

розрахунок теоретичної частоти ( $f_T$ );

обчислення різниці між емпіричною та теоретичною частотами за кожною вибіркою (КГ та ЕГ);

визначення числа ступенів свободи та внесення поправки на «безперервність» (якщо  $v=1$ );

отриманні різниці, які звели у квадрат;

отримані квадрати різниць поділені на теоретичну частоту;

тримана сума виступає  $\chi^2_{\text{емп}}$

Таблиця 5.17

**Розрахунок сформованості професійно-етичної компетентності за узагальненим критерієм у майбутніх лікарів наприкінці формувального етапу експерименту на основі критерію Пірсона,  $n=838$**

№	Емпірична частота	Теоретична частота	$(f_e - f_i)$	$(f_e - f_i)^2$	$(f_e - f_i)^2 / f_i$
1	81	72,33	8,67	75,17	1,039
2	64	72,67	-8,67	75,17	1,034
3	99	85,30	13,70	187,69	2,20
4	72	85,70	-13,70	187,69	2,19
5	126	131,68	-5,68	32,26	0,245
6	138	132,32	5,68	32,26	0,244
7	112	128,69	-16,69	278,56	2,165
8	146	129,31	16,69	278,56	2,154
Суми	838	838	-	-	<b>11,271</b>

Таким чином,  $\chi^2_{\text{емп}} = 11,27$ .

Критичними значеннями  $\chi^2$  при  $v=3$ :

$$p = 0,05 = 7,82.$$

Отже, відмінності між контрольною та експериментальною групами є статистично значущими, оскільки  $11,27 \geq 7,82$ .

Як свідчить аналіз даних, результати сформованості професійно-етичної компетентності в студентів експериментальної групи за всіма критеріями значно перевищують дані контрольної групи. Це підтверджує гіпотезу експерименту та ефективність технології формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.

Результати експериментальної роботи дають підстави стверджувати, що позитивний результат у формуванні професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів можна досягти за умови використання технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, тобто використання педагогічних впливів, заходів, практик та засобів, необхідних для досягнення мети формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі, яка побудована з урахуванням концептуальних положень методологічного і теоретичного концептів, передбачає поетапний, систематичний вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний) та враховує особливості професійної підготовки студентів у ВМНЗ, стадії послідовних змін у мисленні студентів під час навчання, специфіку розвитку студентів і становлення як майбутніх лікарів на різних курсах навчання.

Ця технологія відрізняється такими ознаками, як концептуальність, діагностичне визначення цілей і результативності, економічність, алгоритмізованість, проєктованість, цілісність, керованість та коригованість. Вона гарантує досягнення певного рівня сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, є ефективною за результатами, оптимальною щодо термінів впровадження, витрат сил і засобів.

Результативність застосування педагогічної технології формування

професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів [99, с. 65] також підтверджена високим рівнем засвоєння знань студентами експериментальної групи, розвитком у них ціннісних орієнтацій відповідно до засад медичної етики та специфічного мислення (діалектичність, проблемність, аналітичність тощо), налагодженням суб'єкт-суб'єктних відносин між викладачами та студентами. Технологія формування професійно-етичної компетентності стала дієвим способом підготовки студентів до професійної діяльності, створила оптимальні можливості для самовизначення, самореалізації, особистісного і професійного становлення майбутніх лікарів.

Підвищення рівнів сформованості професійно-етичної компетентності в студентів експериментальної групи можна пояснити також тим, що ми здійснювали проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності; відбирали та структурували зміст гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами; забезпечували ціннісно-мотиваційну орієнтацію студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині. Важливе значення мало також застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки; моделювання занять, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій; налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів; моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики та ін. Особливо схвальні відгуки, як з'ясовано за результатами опитування студентів експериментальної групи, мало уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності та впровадження тренінгової програми сприяння розвитку професійної етики майбутніх лікарів.

Таким чином, динаміка сформованості професійно-етичної компетентності у студентів експериментальної групи та порівняння з даними щодо контрольної груп

підтверджує якісні позитивні зрушення, що відбулися у рівнях сформованості усіх компонентів професійно-етичної компетентності студентів експериментальної групи. Цим самим засвідчено доцільність та результативність впровадження технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.

Окрім цього, ефективність проведеної роботи та впровадження технології формування професійно-етичної компетентності підтверджено такими результатами:

в експериментальній групі студенти навчилися краще ідентифікувати себе з професією, усвідомили свій ціннісний життєвий простір, більш виразно визначились зі своїм загальним ціннісно-смысловим ставленням до себе, до своєї професії, до інших людей;

студенти експериментальної групи почали більше уваги звертати на самостійну роботу з вивчення різних аспектів етичної проблематики в діяльності лікаря та комунікацій у медицині відповідно до етичних вимог, на читання додаткової літератури, що позначилось на їх поведінці;

якщо до початку формувального експерименту студенти експериментальної групи мали труднощі щодо вирішення складних завдань, що містили ситуацію морального вибору, то після експерименту вони могли охарактеризувати переваги і недоліки різних варіантів вирішення складних моральних проблем, що сприяло становленню необхідних внутрішніх ціннісних регуляторів їх моральної поведінки;

студенти експериментальної групи стали краще обізнаними з проблематикою комунікацій у медицині, особливостями спілкування з колегами та пацієнтами, почали більш відповідально ставитись до комунікативної взаємодії з іншими людьми;

результати дослідження засвідчили також важливість підготовки викладачів, так як викладач є ключовою фігурою освітнього процесу, своєю різноманітною діяльністю він прямо або побічно впливає на духовний світ студентів, їх етичні погляди та поведінку, є моральним прикладом для майбутніх лікарів.



Аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи дозволив виявити окремі тенденції та закономірності формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів:

формування професійно-етичної компетентності є багатоаспектним, поетапним процесом, що має передбачати відповідне планування, організацію, задіяння ресурсів та перевірку результативності;

на сформованість професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, їх готовність до взаємодії відповідно до вимог медичної етики часто негативно впливає посилення споживацьких тенденцій в суспільстві, пропагування у засобах масової інформації успіху будь-якою ціною; комерціалізація медицини та медичних послуг;

сформованість професійно-етичної компетентності лікарів визначається ціннісним ставленням до інших людей, до своєї діяльності, зокрема готовністю віддавати, ділитися з іншими, жертвувати собою заради інших, тим, чи визнають вони допомогу і самопожертву своїм покликанням;

належний рівень сформованості професійно-етичної компетентності допомагає лікарям більш ефективно налагоджувати міжособистісну взаємодію з пацієнтами та членами колективу медичного закладу, більш точно та всебічно оцінювати складні ситуації професійної діяльності;

знання студентами моральних вимог дозволяє їм більш ефективно налагоджувати міжособистісні контакти, краще розуміти себе та потреби інших людей, ефективніше вирішувати проблемні ситуації міжособистісної взаємодії, загалом проживати більш повноцінне, духовно багате життя.

Разом з тим експериментальна робота дозволяє стверджувати, що проблему формування професійно-етичної компетентності не можливо вирішити лише педагогічними засобами. Окрім усього, для її вирішення необхідні відповідні суспільні зміни, оздоровлення морального клімату в суспільстві. Потребує суттєвої переорієнтації і спрямованість засобів масової інформації, зокрема відмова від підтримання, висвітлення переважно меркантильних інтересів суспільства.

Отже, формувальний етап педагогічного експерименту засвідчив ефективність технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Аналіз результатів формувального етапу педагогічного експерименту, зокрема динаміка якісних та кількісних змін у рівнях сформованості професійно-етичної компетентності підтверджують робочу гіпотезу дослідження. Цим також доведено необхідність впровадження технології формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів для їх належного професійного становлення та професійного розвитку.

### **5.3. Методичні рекомендації науково-педагогічному складу медичних закладів вищої освіти щодо формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів**

Проведене дослідження засвідчило, що освітній процес медичних закладів вищої освіти має великі резерви для підвищення ефективності формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. З цією метою науково-педагогічному складу важливо дотримуватись рекомендацій, які розроблено на основі проведеного дослідження.

1. Формування професійної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах потрібно здійснювати відповідно до концептуальних основ та науково-методичних засад, зокрема методологічного, теоретичного і методико-технологічного концептів.

Методологічний концепт визначає необхідність формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на основі системного, особистісно орієнтованого, діяльнісного, компетентнісного, аксіологічного, цивілізаційно-середовищного, культурологічного, професіографічного, контекстного, історико-логічного, інтегративного і рефлексивного підходів. Провідними є системний і компетентнісний (як різновид діяльнісного) підходи.

Теоретичний концепт розкриває сутність, структуру і зміст поняття «професійно-етична компетентність», її місце у структурі готовності майбутнього лікаря до професійної діяльності, а також визначає педагогічні умови, впровадження яких в освітньому процесі медичних навчальних закладів вищої освіти сприятиме результативному формуванню професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Методико-технологічний концепт провідної ідеї дослідження з урахуванням методологічного і теоретичного розкриває технологію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів – поетапне впровадження педагогічних умов, а також інноваційного змісту, форм і методів формування та діагностики досліджуваної властивості й моніторингу ефективності цього процесу на різних етапах.

2. Технологія формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів є сукупністю педагогічних впливів, заходів, практик та засобів, необхідних для досягнення мети формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі, яка побудована на основі концептуальних положень методологічного і теоретичного концептів, передбачає поетапний, систематичний вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний) та враховує особливості професійної підготовки студентів у МНЗВО, стадії послідовних змін у мисленні студентів під час навчання, специфіку особистісного розвитку студентів і становлення як майбутніх лікарів на різних курсах навчання, зокрема початковому, пізнавально-пошуковому та базовому.

3. Для досягнення цілей початкового етапу (1-2 курси навчання) важливе значення як педагогічна умова формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів має проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності. Відповідно до вимог компетентнісної освіти при викладанні навчальних дисциплін «Історія медицини», «Соціологія та медична соціологія», «Основи психології. Основи

педагогіки» (1 курс), «Догляд за хворими. Практична педіатрія», «Медицина надзвичайних ситуацій», «Домедична допомога в екстремальних ситуаціях» (2 курс) слід звертати увагу на значущі життєві навички майбутніх лікарів, на те, що вони в результаті навчання повинні виконувати (вміти робити). Цілі навчання важливо формувати з урахуванням результатів, зокрема тих послуг, які випускник має вміти надавати [224, с. 27].

Для конкретизації цілей формування професійно-етичної компетентності відповідно до таксономії Б. Блума важливо виокремлювати окремі цілі відповідно до процесу засвоєння навчального матеріалу, визначивши шляхи і способи, за допомогою яких можна впливати на мислення (когнітивну сферу), почуття (ефектну сферу) і дії (психомоторну сферу) [468, с. 26]. Зокрема, щодо кожної навчальної дисципліни для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів слід визначати систему когнітивних установок таким чином: знання – розуміння – застосування – аналіз – синтез – оцінювання. Це дозволить враховувати особливості професійної діяльності майбутніх лікарів, їх посадові обов'язки і функції, завдання (задачі) професійної діяльності та поетапну організацію освітнього процесу в навчальному закладі.

4. Далі для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливо звертати увагу на відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами. З урахуванням того, що моральне самовиховання особистості розпочинається з повідомлення їй знань про моральні норми [25, с. 178], слід звертати увагу на інформаційні елементи, які необхідні для набуття певного рівня професійно-етичної компетентності. Важливо ознайомлювати студентів з моральними засадами професійної діяльності, поняттями свідомої дисципліни, обов'язку і відповідальності у роботі лікаря. Необхідно звертати увагу на значення моральних норм у діяльності лікаря, розуміння студентами сутності та значення таких категорій, як добро, зло, честь, гідність у професії лікаря. За таких умов зміст навчального матеріалу в такому випадку стане основним засобом доведення інформації про цінності. Через

послідовне розкриття перед студентами змісту моральних цінностей необхідно домогтися формування у них правильних позицій, поглядів, зокрема на такі важливі проблеми, як мета і сенс їх професійної діяльності, суть моральних норм у діяльності лікаря, суть моральних переконань, вчинків, поведінки, моральний обов'язок лікаря. У такому випадку знання стануть поштовхом для становлення особистісної позиції майбутніх лікарів, основою формування їхніх моральних переконань.

5. Відповідно до третьої педагогічної умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів слід враховувати значення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів при організації компетентісного навчання загалом та вивчення питань медичної етики зокрема. Ціннісне ставлення майбутніх лікарів до інших людей, до себе, своєї професійної діяльності слід вважати найважливішим аспектом роботи. У цьому зв'язку зміст матеріалу слід використовувати [367, с. 75] як засіб орієнтування людини у різних життєвих ситуаціях, призму її світобачення, розширення духовної сфери. Особливу увагу слід звертати на формування у майбутніх лікарів неспоживацького ставлення до життя, до інших людей. Студенти повинні засвоїти, що спосіб існування за принципом «бути» означає відмову від власного егоцентризму та себелюбства, готовність віддавати, ділитися з іншими, жертвувати собою [436, с. 100–112], що саме для лікарів потреба віддавати, готовність жертвувати собою заради інших мають бути важливими особистісними характеристиками.

Для підвищення мотивації до навчання слід звертати увагу на організацією педагогічного процесу, характер мотивів і потреб суб'єктів навчання. Важливо збагачували зміст особистісно орієнтовним матеріалом, стимулювали інтелектуальні почуття, розвивали пізнавальні інтереси і потреби майбутніх лікарів. Викладачі повинні намагались підтримувати допитливість студентів, їх прагнення до самовияву і самоствердження. Велику увагу слід надавали тому, щоб показати студентам значення професійно-етичних знань для професійної діяльності, з'ясувати близькі й перспективні цілі навчання, формувати бачення себе в професії та позитивний образ «Я професіонал».

6. Для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливе значення має активізація їх рефлексивної діяльності. Для цього слід звертати увагу на усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору. Необхідно також передбачити проведення бесід про значення професії лікаря, важливість рефлексії своєї діяльності щодо формування професійно-етичної компетентності. Важливо звертати увагу на те, що рефлексія допомагає розуміти себе та інших людей, їх цінності, думки. За допомогою рефлексії людина може осмислювати своє життя, формувати образи і смисли життя, спрямовувати власну активність.

Роботу щодо активізації рефлексивної діяльності майбутніх лікарів необхідно організовувати як процес формування рефлексивних умінь. При розгляді різних ситуацій медичної практики важливо вчити студентів аналізувати кожну свою дію та слова; бачити в ситуації професійної діяльності проблему і оформляти її як завдання; конкретизувати проблему та визначати способи розв'язання завдання; приймати найбільш доцільне рішення в умовах дефіциту часу, неповноти даних чи невизначеності; мислити припущеннями, гіпотезами, розробляти версії; використовувати різноманітні техніки для усвідомлення власного досвіду. Важливо пропонувати на окремих заняттях, щоб студенти викладали свої думки на папері, пишучи есе. Така робота допоможе студентам осмислити власні дії, свої внутрішні стани, почуття, переживання, аналізувати ці стани і формулювати необхідні висновки.

7. Важливе значення має організація належної підготовки науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Слід передбачити систематичну роботу з підвищення педагогічної компетентності викладачів, суттєве поглиблення фундаментальної теоретичної підготовки, ознайомлення педагогів із передовими науковими досягненнями та методичне самовдосконалення.

Необхідно провести тематичний семінар «Професійно-етична компетентність майбутніх лікарів та актуальні питання її формування». Під час роботи семінару слід ознайомити викладачів, учасників експерименту, з різними аспектами

формування у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності. Метою семінару має бути надання викладачам допомоги при формуванні у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності, насамперед збагачення знаннями щодо змісту професійно-етичної компетентності, структури та особливостей, методики формування професійно-етичної компетентності під час освітнього процесу, а також психолого-педагогічних особливостей студентів, студентського колективу й колективу медичного закладу. Заняття семінару слід організувати щотижня. На семінарі необхідно звертати увагу викладачів на те, як організувати формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів на початковому (пропедевтичному), пізнавально-пошуковому та визначальному етапах.

8. Важливого значення слід надавати використанню сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії. Для цього слід опиратися на позитивний потенціал особистості студента і студентського колективу, поєднувати доброзичливу вимогливість з довірою до молодої людини, забезпечувати особистісну (але не статусну) рівність педагога і студентів, налагодити атмосферу взаєморозуміння, накопичувати потенціал злагоди і співпраці, передавання знань і соціальних норм як особистісно пережитого досвіду, що вимагає індивідуального осмислення. Такі діалогічні методи, як бесіда і дискусія, дозволять роз'яснити студентам сутність моральних норм, є важливим методом формування моральних якостей та переконань. В індивідуальній бесіді важливо використовувати форми розвиваючої допомоги, залишати простір для зусиль, праці душі студентів.

Використання діалогових методів допоможе вчити майбутніх лікарів відвертості, гуманності, толерантності, доброзичливості. Студенти відпрацюватимуть спільне бачення ситуації, спрямовуватимуть усі зусилля на розв'язання проблеми та досягнення взаєморозуміння. Вони зможуть усвідомити, що людина живе не лише для себе, а й для інших (за М. Каганом), що не меншу радість, ніж отримання, приносить віддавання своїх сил і знань, допомога іншій людині.

9. На пізнавально-пошуковому етапі при викладанні навчальних дисциплін «Основи етики та біобезпеки», «Етичні проблеми в медицині», «Медична

психологія» (3 курс), «Педіатрія», «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Внутрішня медицина (Лікувальна справа)» «Фізична реабілітація, спортивна медицина» (4 курс)» необхідно застосовувати інноваційні форми і методи навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки. Для формування професійно-етичної компетентності необхідно використовувати проблемні методи, зважаючи на те, що, за В. Сухомлинським, подолання труднощів та праця теж приносить велику радість [409, с. 496]. Важливо актуалізувати смисл професійно-етичних цінностей через залучення студентів у проблемну ситуацію вибору. Методична цінність цього методу полягає у тому, що він дозволяє закріпити у студентів моральні норми, так як студенти будуть усвідомлювати проблему і продуктивно її вирішувати. Внаслідок цього відбуватиметься зміна орієнтації в навчанні від отримання конкретних навичок до набуття особистісних і професійних якостей.

Окрім проблемних, важливими інноваційними методами формування професійно-етичної компетентності є ігрові методи. Ігрові методи, де студенти виконуватимуть ролі головного лікаря, лікаря, пацієнта, родича, можна використовувати під час викладання багатьох навчальних дисциплін, Багатогранність ігрової діяльності допоможе збагатити студентів знаннями, уміннями, досвідом. Під час навчальної гри студенти засвоюватимуть оптимальні зразки професійних дій, продукуватимуть більш ефективні варіанти професійної діяльності, що допоможе в пошуку її смислу і формуванні професійно-етичної компетентності.

10. На пізнавально-пошуковому етапі важливо також передбачити моделювання занять, які імітують професійну діяльність, із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій. Для цього необхідно використовувати навчальні програми інформаційного характеру, які передбачали б повідомлення необхідних професійно-етичних знань, формування умінь і навичок. У свою чергу інформаційно-пошукові програми допоможуть студентам шукати, систематизувати і структурувати навчальну інформацію. Значно розширює можливості подання навчальної інформації використання технологій мультимедіа і гіпертексту. При



розробленні цих матеріалів необхідно дотримуватись дидактичних вимог, насамперед науковості змісту, доступності, адаптивності, систематичності та послідовності, міцності засвоєння матеріалу.

11. Важливе значення має налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності. Велике значення мають рівність психологічних позицій співрозмовників, відмова педагога від домінування, визнання права студента на свою думку. Для підтримання суб'єкт-суб'єктної взаємодії викладачі повинні організувати спільний пошук, спільний аналіз, спільне виправлення помилок. Це є свідченням визнання рівності особистісних позицій, відкритості й довіри між викладачами і студентами, визнання активної ролі у взаємодії. Важливою особливістю має бути зосередженість на співрозмовникові і взаємовплив поглядів, що свідчить про ціннісну орієнтацію викладача на студента як мету в професійному діалозі.

Для підтримання суб'єкт-суб'єктної взаємодії [6, с. 477] викладачі повинні організувати педагогічний процес як духовну взаємодію в умовах психологічного комфорту, інтелектуальної співпраці, співтворчості, діалогової культури, поєднувати педагогіку впливу з педагогікою взаємодії і фасилітації, тобто сприяти гармонізації особистості студента.

12. Формуючи професійно-етичну компетентність майбутніх лікарів, необхідно передбачити поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання. Виконання передбачених навчальною програмою завдань слід розглядати як механізм здійснення навчальної діяльності, адже «будь-яка діяльність здійснюється шляхом виконання відповідних завдань» [14, с. 24]. При визначенні завдань слід враховувати, що їх вирішення має передбачати етап актуалізації досвіду студентів, забезпечувати її неординарність і внутрішню доцільність, а власне формулювання завдань були сучасними, актуальними.

Важливе значення мають завдання щодо проектування змісту й відбору способів професійної діяльності лікаря у різних ситуаціях; завдання на вибір

прийомів і методів впливу на пацієнтів; завдання щодо організації діяльності колективу; завдання для розвитку самостійності в прийнятті рішень та ін. При цьому необхідно враховувати, що зміст усіх завдань має визначатися змістом ситуації та події професійної діяльності. Для ефективного використання системи завдань при їх розробці важливо звертати увагу на рівень їхньої складності, важливість для майбутніх фахівців.

13. Для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів необхідно організувати управління їх самостійною навчально-пізнавальною роботою. Управління самостійною роботою передбачає цілеспрямований вплив на особистість студента, науковість самого процесу управління на основі оптимальності та доцільності, єдності і взаємозв'язок змісту освіти з відповідними методами, формами та засобами.

Важливо створювати такі умови, які б спонукали студентів до самостійної роботи. Зокрема, викладачі повинні заохочувати студентів до самостійної роботи, здійснюючи інтелектуальний вплив методами пояснення, переконання, ознайомлювати з правилами, нормами і оцінками поведінки в різних ситуаціях, їх обговорювати, сприяти засвоєнню необхідних знань, тобто створювати інформаційну опору для самостійного вибору особистісної позиції. Необхідно передбачити також емоційний вплив через ознайомлення з прикладами поведінки лікарів у критичних ситуаціях вибору і прийняття життєво важливих рішень.

Основною структурною одиницею самостійної діяльності студентів має бути навчальне завдання. При побудові завдань необхідно врахувати особливості професійно-етичної діяльності лікарів, визначити обсяг знань, необхідних для успішного вирішення завдань, що передбачають ситуації морального вибору. Завдання повинні мати міждисциплінарний характер, урахувати особливості професійно-етичної діяльності лікарів. Слід також подавати у завданнях різноманітні професійно-етичні ситуації, що охоплювали б зміст професійно-етичних дій лікаря.

14. Для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливе значення має організація сприятливого для формування професійно-

етичної компетентності освітнього університетського середовища. Обов'язково важливо врахувати необхідність відповідних інформаційних ресурсів для організації освітнього процесу. Йдеться про належне методичне забезпечення аудиторної та самостійної роботи студентів з питань професійно-етичної діяльності лікарів, використання можливостей бібліотечного фонду, достатність ресурсів для використання у навчальному процесі комунікаційно-інформаційних технологій.

Важливе значення має також використання потенціалу системних формувальних впливів предметного, соціального й інформаційного середовищ. Зокрема, для створення належного освітнього середовища, необхідного для формування професійно-етичної компетентності, слід сприяти становленню «професійного способу життя установи» через залучення студентів до різних заходів культурного життя, прилучення до професійної діяльності. Важливе значення мають такі заходи освітнього та культурницького характеру: «Етика лікаря: історичний аспект» (вікторина), «Вітчизняні та міжнародні документи про етику лікаря» (студентська конференція), «Моя майбутня професія: брати чи давати» (година творчості), «Сучасний лікар: професійна компетентність та етика (круглий стіл) та ін. Необхідно збагачувати культурне середовище навчального закладу за допомогою використання можливостей музеїв, різних засобів комунікацій, насамперед зустрічі з відомим лікарями, лікарськими колективами і т.п. Окрім цього, в навчальному закладі необхідно підтримували психологічний клімат поваги до моральних норм, до академічної доброчесності.

15. На базовому етапі важливе значення для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів має уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності. Це обумовлено тим, що спецсеминар дає більші можливості для ознайомлення майбутніх лікарів з історичними аспектами їх професійної діяльності, розкрити історичні етапи становлення етичних вчень у медицині. За основу спецкурсу слід взяти модульне навчання, що охоплювало б практичні й контрольні заняття. Для проведення семінару необхідно розробити навчально-матеріальне забезпечення, зокрема міні-лекції, завдання з елементами морального вибору, професійно-етичні

завдання та завдання, що моделюють професійно-етичну діяльність лікаря, а також завдання і опитувальники для контролю.

Спецкурс повинен охоплювати чотири модулі: «Історія етичних вчень у сфері медицини», «Медична етика у професійній діяльності лікаря», «Складні питання медичної етики у сучасному світі» й «Комунікації в медицині та етичні аспекти спілкування лікаря і пацієнта». Загальний зміст модулів – це історія становлення етичних поглядів у медицині у нашій країні та за кордоном, праці найвідоміших представників, які зробили внесок у розвиток етичних вчень, проблематика професійно-етичної діяльності лікаря та комунікацій у медицині. Структура занять повинна передбачати теоретичну частину (міні-лекції), практичні вправи і завдання (розбір конкретних та змодельованих ситуацій), контрольні завдання. Під час спецкурсу важливо також передбачити закріплення матеріалу з професійно-етичної проблематики. Для цього важливе значення мають практичні заняття, на яких студенти закріплюють знання шляхом вирішення професійно спрямованих проблемних завдань етичного характеру, а психологічні тренінги. Додаткове ознайомлення студентів із професійно-етичною проблематикою розширить їхні знання про етику професійної діяльності лікаря, допоможе осмислити ці знання, що стане основою для відповідного формування вмінь і навичок діяльності та рефлексії своєї діяльності.

16. На базовому етапі при викладанні навчальних дисциплін «Військова хірургія», «Екстрена та невідкладна медична допомога» (5 курс), «Загальна практика (сімейна медицина)», «Психіатрія з основами психотерапії» (6 курс) важливо моделювати зміст занять, які імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики, на основі міждисциплінарного підходу. Слід звертати увагу на використання студентами знань інших предметів, понять і явищ, відбирати матеріал для комплексного застосування знань і умінь з різних навчальних дисциплін. Важливим напрямом роботи є також навчання студентів пояснювати явища і процеси, відповідно до законів і теорій, вивчених з різних предметів.

Конструктивні функції міждисциплінарних зв'язків проявляються перш за все в перебудові змісту, в групуванні навчального матеріалу різних предметів навколо проблеми професійної етики. Цим самим потрібно забезпечити комплексне висвітлення її різних аспектів та розширення сфери застосування професійно-етичних знань. Забезпечення міжпредметних зв'язків відповідно до принципів професійної спрямованості, наступності, єдності виховання і навчання дозволяє розглядати явища професійно-етичної діяльності в різних аспектах, дотримуючись комплексного підходу до навчання. Слід використовувати міжпредметні зв'язки між основами наук навчальних предметів, насамперед між структурними елементами змісту навчальних дисциплін.

17. Для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливе значення має застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення. Серед технологій індивідуального навчання слід звернути увагу на навчання у співпраці (співробітництві). При використанні цього методу слід звертати увагу на спільність мети і завдань, відповідальність всіх учасників і рівні можливості успіху, акцентуючи увагу студентів на тому, що саме співпраця, а не змагання лежить в основі навчання в групі.

У свою чергу технологія проектів повинна охоплювати сукупність дослідницьких, пошукових, проблемних методів, творчих за своєю суттю. Метод як сукупність прийомів, операцій дозволяє студентам оволодіти певною сферою практичного або теоретичного знання основ професійної етики. Метод проектів має бути орієнтований на самостійну діяльність студентів, вирішенні тієї чи іншої важливою практичної або теоретичної проблеми професійної етики. Результатом виконаних проектів були відеофільм, альбом, журнал, комп'ютерна газета, альманах, доповідь тощо.

Важливе значення має і така технологія, як різнорівневе навчання, тому що дозволяє за менших витрат часу значно збільшити обсяг ефективної самостійної роботи, тим самим інтенсифікувати освітній процес. Серед завдань можна пропонували опрацювання тексту підручника, іншої навчальної і наукової

літератури, різноманітних джерел (довідників, словників, енциклопедій і т.д.), вирішення завдань, прикладів, написання есе, творів, рефератів, доповідей і т.д. Така організація навчальної роботи студентів дає можливість кожному відповідно до своїх можливостей, здібностей, зібраності поступово, але неухильно поглиблювати і закріплювати знання, виробляти необхідні етичні вміння і навички.

18. Для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів важливо належним чином організовувати самостійну науково-дослідницьку роботу студентів. Такий вид пізнавальної діяльності передбачає здійснення наукового дослідження з метою отримання нових знань. Студентам доцільно пропонувати виконати планові наукові роботи навчального закладу; змоделювати професійні, соціальні процеси і дії лікаря певної спеціалізації; виконати завдання дослідницького характеру під час практики; опрацювати наукові доповіді, повідомлення і реферати з актуальних питань професійної етики й виступити з ними на наукових семінарах і конференціях.

Для належного управління організацією самостійної науково-дослідницької роботи студентів важливо спрямовувати науково-дослідницьку діяльність студентів на формування професійно-етичної компетентності лікаря; створити можливості для творчої свободи студентів у дослідницькій діяльності; сприяти налагодженню інтелектуального спілкування із ученими та відомими лікарями-практиками; ознайомлювати майбутніх лікарів з новими науковими ідеями у сфері професійної етики. Роботу зі студентами необхідно будувати з урахуванням індивідуальних їх потреб та зацікавлень.

19. Для формування професійно-етичної компетентності важливо здійснювати моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Важливою формою контролю є усне опитування, індивідуальне та фронтальне. Це дозволяє визначити, наскільки студенти усвідомили моральну проблему з професійного життя лікарів, наскільки глибоко і міцно засвоїли матеріал. Для цього викладачі повинні звертати увагу на підбір, послідовність й відповідну постановку питань. Усне опитування передбачає використання і завдань проблемного характеру, що дозволяє визначити, наскільки студенти можуть

застосовувати знання на практиці. Серед письмових методів важливе значення має авторецензування, виконання контрольних завдань з подальшим обговоренням результатів в аудиторії. Доцільно також пропонувати студентам написати есе, що передбачає вільний виклад думки на основі певної ситуації. За такої форми контролю студенти визначаються зі своїм ставленням до певної моральної проблеми у професійній діяльності лікаря, вчать формулювати свої думки та враження, обмірковувати план своїх дій, формулювали і записували свої думки й рішення.

Серед інноваційних підходів до моніторингу рівнів досягнень компетентності доцільно використовувати тести для об'єктивнішого вимірювання. Принципове значення при цьому має дотримання вимог достовірності, тобто забезпечення достовірних результатів, досягнення певних цілей, валідності та надійності контролю. Викладачі повинні оцінкою заохочувати студентів до вдосконалення своєї діяльності з вивчення професійно-етичної проблематики, зміцнювати у них віру в свої сили.

20. Для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів слід передбачити впровадження тренінгової програми розвитку професійної етики, так як тренінг є найперспективнішим методом психолого-педагогічної підготовки фахівців різних галузей, так як допомагає формувати вміння і навички, необхідні для виконання професійних функцій. На тренінгових заняттях слід розглядали ситуації, поширені в професійній діяльності лікаря. Під час тренінгів слід забезпечувати інтенсивну участь студентів у тренінговому процесі, а також ігровий характер взаємодії – студенти повинні імітувати свої дії у реальних життєвих і професійних ситуаціях. На кожному занятті потрібно передбачати рефлексію – майбутні фахівці повинні осмислювати свої дії, їх закономірності та дії інших учасників тренінгу.

Важливий напрям тренінгової роботи – відпрацювання навичок професійно-етичної комунікації. У цьому зв'язку тренінг повинен бути важливим засобом інтерактивного навчання, що дозволяє формувати у майбутніх лікарів індивідуальні стилі спілкування з колегами та пацієнтами, навички активного слухання, вміння ставити питання і підтримувати зворотній зв'язок тощо. Тренінги через

моделювання реальних ситуацій морального вибору дозволяють найбільш ефективно вчити майбутніх лікарів прикладній етиці. Майбутні лікарі також мають можливість усвідомити власні мотиви та здійснити «переоцінку цінностей» ставлення до себе, до смислу свого життя, до інших людей, до професійної діяльності.

Загалом для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти важливо використовувати технологію як тактику досягнення мети формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі, що враховує концептуальні положення методологічного і теоретичного характеру, відображає модель освітнього та управлінського процесів у медичному навчальному закладі, об'єднує їх зміст, форми і засоби та передбачає системну послідовність заходів методико-технологічного характеру з урахуванням специфіки розвитку і становлення студентів як майбутніх лікарів на різних курсах навчання.

## **Резюме**

1. Методика виконання дослідження визначає порядок і послідовність дій, сукупність методів, необхідних для вирішення проблеми формування професійно-етичної компетентності. Під час експериментальної роботи використано методи, поширені у педагогіці. Найважливішим методом став педагогічний експеримент, що охоплював три етапи, зокрема констатувальний, формувальний та контрольний. Для опрацювання якісних та кількісних даних, отриманих на констатувальному етапі, потім до та після формувального етапу експерименту, а також для визначення рівнів сформованості професійно-етичної компетентності у студентів контрольної й експериментальної груп використано комплекс методів, насамперед теоретичні методи (аналіз наукової літератури, аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та моделювання) та емпіричні (метод вивчення документів і результатів навчальної діяльності студентів, метод спостереження, анкетне обстеження, усне і письмове



опитування, тестування, метод експертних оцінок та ін.). Використання зазначених методів дослідження дозволило експериментально перевірити концепцію та технологію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти.

2. Для провадження та перевірки концепції і технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти проведено формувальний етап експерименту. Аналіз його результатів, зокрема динаміки якісних та кількісних змін у рівнях сформованості професійно-етичної компетентності студентів експериментальної групи, підтвердили робочу гіпотезу дослідження. Цим також доведено доцільність впровадження технології формування професійно-етичної компетентності у майбутніх лікарів для їх належного професійного становлення та професійного розвитку.

3. Формування у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності буде більш результативним, якщо науково-педагогічний склад медичних закладів вищої освіти буде дотримуватись методичних рекомендацій, розроблених на основі проведеного дослідження. Серед важливих методичних рекомендацій щодо формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів слід вказати на важливість на початковому етапі проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності; відбору та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами; забезпечення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині; активізації рефлексивної діяльності майбутніх лікарів через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору та ін. Під час пізнавально-пошукового етапу рекомендується застосовувати інноваційні форми і методи навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки; моделювати заняття, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій; налагодити суб'єкт-суб'єкту взаємодію студентів і

викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності; передбачити управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів та ін. На базовому етапі важливе значення має моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики; застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення; управління самостійною науково-дослідною роботою студентів; уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності та ін.

## ВИСНОВКИ

У дослідженні представлено теоретичне і методичне обґрунтування концепції, технології та педагогічних умов формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, а також результати експериментальної перевірки її результативності в умовах медичних закладів вищої освіти.

1. Проблема формування особистості та професійної культури працівників галузі охорони здоров'я та їх етичної поведінки неодноразово привертала увагу вітчизняних і зарубіжних науковців протягом тривалого історичного періоду. У педагогічній теорії та практиці представлено досить широкий спектр досліджень, у яких висвітлено різні погляди на зміст сучасного етичного кодексу лікаря, особливості формування особистості лікаря в аспекті деонтології, біоетики та медичної етики, різні аспекти проблеми формування професійно важливих якостей майбутніх лікарів та професійно-комунікативної культури. Дослідники вивчають різні етичні аспекти проблеми конфіденційності, права людини, використання даних моніторингу в дослідженнях, етичні проблеми в психіатрії, особливості психічної допомоги, етичні, соціальні та правові питання, пов'язані з медичними дослідженнями чутливих груп населення та окремих осіб, нормативно-етичні аспекти при проведенні клінічних досліджень із залученням дітей, етичні, юридичні та соціальні проблеми, пов'язані з дослідженням геномів та інші.

Попри те, що проблема дослідження неодноразово привертала увагу науковців, комплексного її вирішення на основі системного та компетентнісного підходів на сьогодні немає.

Результати аналізу наукових праць та нормативно-правових документів, що регламентують професійну підготовку майбутніх лікарів, дозволяють стверджувати про необхідність дотримання ними моральних, етичних і фахових норм у професійній діяльності, морально-етичних принципів ставлення до людини та її тіла як об'єкта анатомічного та клінічного дослідження, морально-етичних принципів спілкування з хворими. Урахування системного, особистісного, діяльнісного та культурологічного підходів дозволяє визначити сутність поняття

«професійно-етична компетентність лікаря як складне, цілісне, індивідуально-психологічне, інтегративне, багаторівневе утворення, що є результатом здобуття неперервної освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» і об'єднує теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості та практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибір ним свідомої етичної поведінки відповідно до професійно-етичних норм, а також здатність до самореалізації, потребу в професійно-етичному самовдосконаленні впродовж життя.

2. У структурі професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів доцільно виокремити когнітивний, діяльнісно-операційний, професійно-особистісний, емоційно-мотиваційний і ціннісно-орієнтаційний компоненти.

Зміст когнітивного компонента становлять знання основ етики; методів і прийомів застосування етичних знань на практиці; знання основ культури, релігій та традицій різних народів; основних принципів і норми етики; основ аксіології; тактики та стратегії спілкування, комунікативної поведінки; історико-етичних учень й основних проблем філософії; специфіки етики як форми суспільної свідомості, що розкриває сутність світу та створює раціональні передумови для осмислення людиною цілей і сенсу життя.

Діяльнісно-операційний компонент утворюють уміння аналізувати і прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті, налагоджувати ділову взаємодію з дотриманням вимог професійної етики; уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики, здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації, а також бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях, вести діалог і дискусію, орієнтуватися в правилах етикету, застосовувати набуті знання для розв'язання завдань медичної практики.

Зміст професійно-особистісного компонента професійно-етичної компетентності утворюють морально-етичні якості лікаря, зокрема чесність, порядність, обов'язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта,

надійність, принциповість, безкорисливість, уміння дотримуватись слова, привабливість (зовнішня і внутрішня), ввічливість, повага до людей, готовність надати допомогу, тактовність, уважність, спостережливість, комунікабельність, доступність для спілкування, контактність, довіра до людей, урівноваженість.

Мотиваційно-ціннісна сфера особистості лікаря (емоційно-мотиваційний і ціннісно-орієнтаційний компоненти), представлені досить широким спектром цінностей і мотивів, серед яких основними є мотиви покращення стану здоров'я пацієнтів, піклування про здоров'я знайомих і близьких, налагодження емоційного контакту з пацієнтом, прагнення поставати правильний діагноз, спілкуватися та допомагати людям, вибрати правильну тактику лікування, бажання зробити кар'єру та впливати на інших людей, прагнення навчатися нового, підвищувати рівень своєї кваліфікації, вивчати нові захворювання і шляхи їх лікування, прагнення підтримувати сімейну традицію бути лікарем, а також позитивне емоційне ставлення до себе, пацієнтів і до своєї праці.

3. Серед найбільш типових тенденцій підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвиненою економікою на сучасному етапі у контексті формування професійно-етичної компетентності можна виділити тривалість навчання, яка у переважній більшості країн Європи і США становить 6–7 років. Основні принципи змін і реформ викладено в Болонській декларації та інших документах Болонського процесу, який передбачає введення 2-х ступенів (бакалавра і магістра), впровадження системи ECTS, єдиної форми додатку до диплома, а також систем забезпечення якості підготовки майбутніх фахівців.

У європейських країнах зміст навчальних планів підготовки лікарів на етапі базової медичної освіти ґрунтується на глобальних стандартах, розроблених Всесвітньою федерацією медичної освіти. Ці стандарти визначають основні блоки обов'язкових дисциплін (фундаментальні медико-біологічні дисципліни, поведінкові та суспільні науки, клінічні дисципліни), серед яких чільне місце належить різноманітним аспектам медичної етики. Стандарти описують моделі та методи, які передбачають відповідальність студентів за навчання, підготовку їх до

безперервного навчання протягом усього життя (безперервного професійного розвитку).

У переважній більшості медичних шкіл США поширений системний метод викладання. Його суть полягає в тому, що студенти-медики вивчають не окремі дисципліни, а органи і функціональні системи організму комплексно в морфофункціональному і семіотичному аспектах за нормальних чи патологічних умов. У зв'язку з цим у багатьох медичних школах замість кафедр створено міждисциплінарні групи навчання. Введення системного методу викладання зумовило зміни в організації освітнього процесу і розроблення принципово нових, інтегрованих освітніх програм. Саме тому в медичних закладах освіти США немає єдиної програми навчання. Різні медичні школи відрізняються не тільки кількістю навчальних дисциплін, а й співвідношенням обов'язкових і факультативних дисциплін, кількістю навчальних годин, які відводяться на вивчення тих чи інших дисциплін, а також формами навчання.

4. З урахуванням структури професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, таксономії Б. Блума, а також положення про те, що критерії мають відображати структуру цієї компетентності, з'ясовано, що критеріями сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів доцільно визначити пізнавальний (слугує для діагностики когнітивного компонента професійно-етичної компетентності), результативний (призначений для оцінювання діяльнісно-операційного компонента), поведінковий (відповідає професійно-особистісному компоненту), афективний (стосується емоційно-мотиваційному компоненту) і ціннісний (слугує для діагностики ціннісно-орієнтаційного компонента) критерії.

Показниками пізнавального критерію є знання основ аксіології, принципів і норм етики та етикету; знання етичних нормативних вимог до професії лікаря та клятви лікаря; знання особливостей віросповідання, культури релігій та традицій різних народів; знання етичних правил взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків; знання стратегій і методів вирішення етичних конфліктів.

Результативний критерій утворюють такі показники, як уміння налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики; уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики; здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації; застосовувати знання професійної етики для розв'язання завдань медичної практики; володіти методами та прийомами ведення діалогу, дискусії, правилами етикету; здатність до рефлексії етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов'язків.

Показниками поведінкового критерію є чесність, відповідальність, порядність, безкорисливість; людяність, доброта, ввічливість, повага до інших людей, уважність; інтелігентність, принциповість, уміння дотримуватись слова, тактовність, вихованість, готовність надати допомогу; зовнішня і внутрішня привабливість, стриманість; здатність бути хорошим співрозмовником, контактність, комунікабельність.

Афективний критерій розкривають бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях; бажання лікувати та допомагати людям; прагнення навчатися нового, підвищувати рівень своєї кваліфікації; позитивне емоційне ставлення до пацієнтів; усвідомлення соціальної значущості професії лікаря; прагнення до налагодження емоційного контакту з пацієнтом.

Показниками ціннісного критерію є усвідомлення цінності життя і здоров'я пацієнта; ціннісне ставлення до професії, розуміння і усвідомлення важливості завдань, що їх виконують лікарі; соціальне становище і робота, що приносить задоволення та авторитет; прагматичні цінності.

5. Професійна підготовка майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти має суттєві резерви для формування в них професійно-етичної компетентності. Про це свідчать результати діагностики стану її сформованості у студентів медичних закладів вищої освіти, зокрема рівень засвоєння випускниками знань етичного характеру, умінь етичної поведінки та вирішення складних етичних проблем, умінь налагоджувати професійну взаємодію з дотриманням вимог професійної етики та

ін. За допомогою письмового та усного опитування, тестування, письмового розв'язування ситуаційних завдань, есе, співбесід було встановлено значення кожного з показників усіх критеріїв сформованості професійно етичної компетентності. Середнє значення інтегрального критерію – 3,44, що є свідченням необхідності вдосконалення процесу формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

6. Концептуальні основи формування професійно-етичної компетентності охоплюють методологічний, теоретичний і методико-технологічний концепти. Методологічний концепт передбачає формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на засадах системного, особистісно орієнтованого, діяльнісного, компетентнісного, аксіологічного, цивілізаційно-середовищного, культурологічного, професіографічного, контекстного, історико-логічного, інтегративного і рефлексивного підходів. Провідними є системний і компетентнісний підходи.

Теоретичний концепт розкриває сутність, структуру і зміст поняття «професійно-етична компетентність», її місце у структурі готовності майбутнього лікаря до професійної діяльності, а також визначає педагогічні умови, впровадження яких в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти сприятиме результативному формуванню професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Методико-технологічний концепт провідної ідеї дослідження з урахуванням методологічного і теоретичного розкриває технологію формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів – поетапне впровадження педагогічних умов, а також інноваційного змісту, форм і методів формування і діагностики досліджуваної властивості та моніторингу ефективності цього процесу на різних етапах – початковому (пропедевтичному), пізнавально-пошуковому та визначальному.

7. Технологія формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів є сукупністю послідовних педагогічних впливів, змісту, форм, методів, прийомів і засобів, що забезпечують підготовку студентів у медичних закладах



вищої освіти до професійної діяльності, високий рівень сформованості професійно-етичних знань, умінь, навичок, професійних ціннісних орієнтацій, мотивів і особистісних якостей. Технологія, побудована на основі концептуальних положень методологічного і теоретичного концептів провідної ідеї дослідження, відображає модель освітнього та управлінського процесів у медичному закладі вищої освіти, об'єднує їх зміст, форми, методи і засоби та передбачає системну послідовність заходів методико-технологічного характеру з урахуванням специфіки розвитку і становлення студентів як майбутніх лікарів на різних курсах навчання. Технологія передбачає вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний) протягом трьох етапів.

На початковому (пропедевтичному) етапі передбачено впровадження таких педагогічних умов формування професійно-етичної компетентності: проектування мети і завдань цього процесу з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності; забезпечення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині; відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами; активізація рефлексивної діяльності майбутніх лікарів через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору; підготовка науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії.

На пізнавально-пошуковому етапі важливе значення мають такі педагогічні умови, як застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами уміннями і навичками професійно-етичної поведінки; моделювання занять, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій; налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності; поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі

навчання; управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів; забезпечення функціонування сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища; уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності;

На визначальному етапі доцільно впроваджувати моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики; застосовувати в освітньому процесі технології навчання, спрямовані на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення; здійснювати управління самостійною науково-дослідною роботою студентів; проводити моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів; впроваджувати тренінгову програму сприяння розвитку професійної етики майбутніх лікарів.

8. Для перевірки концепції та результативності технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у закладах вищої освіти проведено формувальний етап експерименту. Формувальний етап педагогічного експерименту засвідчив ефективність технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Аналіз результатів формувального етапу педагогічного експерименту, зокрема динаміка якісних та кількісних змін у рівнях сформованості професійно-етичної компетентності студентів експериментальної групи до та після формувального етапу експерименту, підтвердив робочу гіпотезу дослідження. Якщо середнє значення інтегрального критерію на початку експерименту в контрольній групі було 3,44, а в експериментальній – 3,51 (різниця – 0,07 бала), то після формувального етапу експерименту в контрольній групі середнє значення інтегрального критерію становило 4,12, а в експериментальній – 4,84 (різниця – 0,72 бала).

9. Формування у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності буде більш результативним, якщо науково-педагогічні працівники медичних закладів вищої освіти будуть дотримуватись методичних рекомендацій, розроблених на основі проведеного дослідження. На початковому етапі рекомендується

проекувати мету і завдання формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності; відбирати та структурувати зміст гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами; забезпечувати ціннісно-мотиваційну орієнтацію студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині; активізувати рефлексивну діяльність майбутніх лікарів через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору. Під час пізнавально-пошукового етапу рекомендується застосовувати інноваційні форми і методи навчання для оволодіння студентами вміннями і навичками професійно-етичної поведінки; моделювати заняття, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій; налагодити суб'єкт-суб'єкту взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності; передбачити управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів та ін. На базовому етапі важливе значення має моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики; застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення; управління самостійною науково-дослідною роботою студентів; уведення спеціального факультативного курсу для поглибленого оволодіння етичними нормами професійної діяльності та ін.

Виконане дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми. Потребує подальшої уваги дослідження потенціалу дисциплін фахового спрямування та методики їх викладання щодо розвитку професійно-етичної компетентності у студентів; удосконалення методичного забезпечення розвитку професійно-етичної компетентності з урахуванням зарубіжного досвіду; вивчення особливостей професійної підготовки майбутніх лікарів в країнах Європи та США; визначення основних напрямків розвитку професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у магистратурі та в системі підвищення кваліфікації.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абульханова-Славская К. Деятельность и психология личности. Москва: Наука, 1980. 336 с.
2. Абульханова-Славская К. Стратегия жизни. Москва: Мысль, 1991. 299 с.
3. Агаркова А. О. Деякі аспекти формування професійно-етичної культури майбутнього лікаря. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки* / голов. ред. В. С. Курило. Луганськ, 2010. № 7 (194). Ч. 1. С. 10–14.
4. Агаркова А. О. Комуникативна компетентність в формуванні професійно-етичної культури майбутнього лікаря. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Сер.: Педагогіка і психологія* / голов. ред. В. І. Шахов. Вінниця, 2011. Вип. 38. С. 10–15.
5. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.07 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2011. 22 с.
6. Агаркова А. О., Філатова І. І. Проблема формування професійно-етичної культури майбутнього лікаря у вищому навчальному закладі. *Соціально-філософські та економічні співвідношення культури і інформаційного простору: зб. наук. пр. за матеріалами I міжвуз. наук.-теорет. конф. (Рубіжне–Луганськ, 29 груд. 2009 р.)*. / за заг. ред. Журби М. А. Рубіжне; Луганськ, 2009. С. 105–109.
7. Академічна чесність як основа сталого розвитку університету / Міжнар. благод. фонд «Міжнар. фонд. дослідж. освіт. політики»; за заг. ред. Т. В. Фінікова, А. С. Артюхова. Київ: Таксон, 2016. 234 с.
8. Алексеева А. В. Особливості формування системи ціннісних орієнтацій обдарованої особистості. *Обдарована особистість: пошук, розвиток, допомога*. Київ: Генезис, 1998. С. 299–303.
9. Алексюк А. М. Педагогіка вищої освіти України. Історія. Теорія: підруч. для студ. ВНЗ. Київ: Либідь, 1998. 560 с.
10. Андреев Г. И. Формирование профессионально-этической культуры студентов образовательных учреждений МВД РФ: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08 / Чувашский государственный педагогический университет. Чебоксары, 2002. 213 с.
11. Андрійчук О. Я. Виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.07. Київ, 2003. 19 с.
12. Андронатій В. Б., Савицький В. Л. Українська військово-медична академія – центр підготовки висококваліфікованих військово-медичних фахівців для Міністерства оборони України та інших органів виконавчої влади / *Наука і практика: міжвідом. мед. журн.* 2014. № 1 (2). С. 56–62.
13. Антонюк Л. Л., Василькова Н. В., Ільницький Д. О., Кулага І. В.,

Турчанинова В. Є. Компетентнісний підхід у вищій освіті: світовий досвід. Київ, КНЕУ, 2016. 66 с.

14. Атанов Г. О. Знання як засіб навчання: навч. посіб. Київ: Кондор, 2008. 236 с.

15. Афанасюк О. І., Денесюк В. І. Національна стратегія побудови внутрішньої медицини на період 2015–2025 роках. *Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр.*: тези доп. навч.-метод. конф. (Вінниця, 25 берез. 2015 р.). Вінниця: Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, 2015. С. 6.

16. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.

17. Байкачова К. В. Генеза поняття «морально-етична культура». *Наукові записки КДПУ. Сер.: Педагогічні науки* / ред кол.: В. В. Радул та ін. Кіровоград: КДПУ, 2013. Вип. 121. Ч. 2. С. 173–176.

18. Балл Г. Теория учебных задач. Психолого-педагогический аспект. Москва: Педагогика, 1990. 184 с.

19. Барміна Г. Стан та перспективи медичної освіти в Україні. *Аптека*. 2017. № 6 (1077), 20 лютого. URL: <http://www.apteka.ua/article/401518> (дата звернення: 14.12.2017).

20. Бастун М. В. Культурологічний підхід в освіті та його психолого-педагогічне забезпечення. *Електронна бібліотека НАПН України*. URL: [http://lib.iitta.gov.ua/6594/1/Bastun\\_6.pdf](http://lib.iitta.gov.ua/6594/1/Bastun_6.pdf) (дата звернення: 19.09.2017).

21. Бауман З., Донскіс Л. Плинне зло. Життя без альтернатив / пер. з англ. О. Буценка. Київ: ДУХ І ЛІТЕРА, 2017. 216 с.

22. Берне Р. Развитие Я-концепции и воспитание / под. общ. ред. Пилиповского В. Я.; пер. с англ. Гнедовский М. Б., Ковальчук М. А. Москва: Прогресс, 1986. 422 с.

23. Беспалько В. П. Слагаемые педагогической технологии. Москва: Педагогика, 1989. 192 с.

24. Беспалько В. П., Татур Ю. Г. Системно методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса подготовки специалиста. Москва: Высшая школа, 1989. 149 с.

25. Бех І. Д. Виховання особистості: у 2 кн. Київ: Либідь, 2003. Кн. 1: Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. 280 с.

26. Бех І. Д. Виховання особистості: у 2 кн. Київ: Либідь, 2003. Кн. 2: Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. 344 с.

27. Бех І. Д. Особистість у просторі духовного розвитку: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2012. 256 с.

28. Библер В. С. От наукоучения – к логике культуры: два философских введения в двадцать первый век. Москва: Политиздат, 1990. 413 с.

29. Биомедицинская этика / ред. В. И. Покровский. Москва: Медицина, 1997. 224 с.
30. Биомедицинская этика: сб. статей / под ред. В. И. Покровского и Ю. М. Лопухина. Москва: Медицина, 1999. Вып. 2. 260 с.
31. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / под ред. Б. Г. Юдина. Москва: Эдиториал УРСС, 1998. 472 с.
32. Білявець С. Я. Характеристика критеріїв, показників та рівнів сформованості професійної компетентності майбутніх офіцерів-прикордонників. *Innovative solutions in modern science*. Dubai: publisher ТК Meganom, LLC, 2017. № 6 (15). С. 25–39.
33. Бірюков В. С., Якименко О. О., Тягай О. Я. Сучасні освітні технології в медичних університетах. *Кредитно-модульна система організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України на новому етапі: матеріали Х ювілейної Всеукр. навч.-наук. конф. з міжнар. участю. (Тернопіль, 18–19 квіт. 2013 р.)*. Тернопіль: «Укрмедкнига». С. 202–204.
34. Блохина Н. Н. Врач-гуманист Ф. П. Гааз как исследователь и организатор курортного дела на Кавказских Минеральных Водах. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2012. № 1. С. 38–42.
35. Бобров О. Є. Про лікарську таємницю та клятву Гіппократа. *Нова медицина*. 2004. № 6. С. 4–7.
36. Богоявленский Н. А. Древнерусское врачевание в XI–XVII вв. Источники для изучения истории русской медицины. Москва: Медгиз, 1960. 326 с.
37. Богоявленский Н. А. Индийская медицина в древнерусском врачевании. Ленинград: Медгиз, 1956. 84 с.
38. Богуницка Л. Сущность профессиональной этики врача: автореф. дисс. ... канд. филос. наук. Москва, 1986. 17 с.
39. Боплан Г. Л. Опис України, кількох провінцій Королівства Польського, що простягаються від кордонів Московії до Трансильванії, разом з їхніми звичаями, способом життя і веденням воєн. Київ: ФОП Стебеляк, 2012. 168 с.
40. Бордовская Н. В., Реан А. А. Педагогика: учеб. для вузов. Санкт-Петербург: Издательство «Питер», 2000. 304 с.
41. Боришевський М. Й. Ціннісні орієнтації в особистісному становленні сучасної молоді. *Проблеми загальної та педагогічної психології: зб. наук. пр. / за ред. С. Д. Максименка; АПН України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка*. Київ, 2003. Ч. 5. С. 34–42.
42. Бородулин Ф. Р. История медицины: избранные лекции. Москва: Медгиз, 1961. 252 с.
43. Брайчевський М. Ю. Наукові знання. *Київська Русь*. Історія української культури: у 5 т. Київ: Наукова думка, 2001. Т. 1: Історія культури давнього населення України. С. 813–814.
44. Бубер М. Я і Ти. Шляхи людини за хасидським вчення / пер. з нім. Київ:

Дух і Літера, 2012. 272 с.

45. Бурнард Ф. Тренинг межличностного взаимодействия. Санкт-Петербург: Интер, 2002. 304 с.

46. Варганян Ф. Е., Орлов Д. А., Матвеев Ю. А. Современные тенденции подготовки медицинских кадров в западно-европейских странах. *Советское здравоохранение*. 1989. № 8. С. 63–68.

47. Васильева Л. Н. Коммуникативная компетентность и совладающее поведение будущих врачей. *Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова*. 2009. Т. 15. № 5. С. 172–176.

48. Васянович Г. П. Педагогічна етика: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2011. 256 с.

49. Васянович Г. П. Педагогічна етика: навч.-метод. посіб. Львів: «Норма», 2005. 344 с.

50. Вачков И. В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: Ось-89, 2000. 224 с.

51. Ващенко Г. Виховний ідеал. Полтава: Ред. газ. «Полтавський вісник», 1994. 191 с.

52. Введение в биомедицинскую этику: учеб. пособ. для студ. медицинских и фармацевтических вузов / Ю. М. Хрусталева. Москва: Академия, 2010. 220 с.

53. Веденко Б. Г., Веденко Л. Б., Даценко В. Г. та ін. Естетична медицина – крок до покращення медичного обслуговування населення. *Актуальні питання сучасної медицини*. Вінниця: Нова книга, 2010. С. 244–248.

54. Веденко Б. Г., Мельник В. А., Даценко В. Г. Лікар – хворий, межа поведінки (Думки звичайних лікарів). *Новості медицини і фармації*. 2010. № 22 (350). С. 20–21.

55. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе: Контекстный поход. М.: Высшая школа, 1991. 208 с.

56. Верхола А. П., Науменко В. Я., Мазур В. Г. та ін. Методика викладання креслення в школі: посібник для вчителя; за ред. А. П. Верхоли. К.: Рад. шк., 1989. 128 с.

57. Верхратський С. А., Заблудовський П. Ю. Історія медицини. Київ: Вища школа, 1991. 432 с.

58. Вилюнас В. К. Психологические механизмы мотивации человека. Москва: Изд-во МГУ, 1990. 288 с.

59. Вища освіта у Сполученому Королівстві: інформаційний матеріал, підготовлений відділом освіти і підготовки, УКР / підгот. Дж. Франклін. Київ: Британська Рада в Україні, 2001. 31 с.

60. Вищі навчальні медичні заклади України.  
URL: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/mtbr\\_eduinststitutions/](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/mtbr_eduinststitutions/) (дата звернення: 10.01.2018).

61. Вілл'ємс Дж. Підручник з лікарської етики: підруч. / пер. з англ. 2-ге вид.;

за ред. академіка АМН України Любомира Пирого; Світове Лікарське Товариство. Київ: БФ «Трете Тисячоліття», 2009. 140 с.

62. Власова О. І. Педагогічна психологія: навч. посіб. Київ: Либідь, 2005. 400 с.

63. Воєводін О. П. Етика, естетика реклами й суспільна мораль. Юридичний вісник. 2015. № 1. С. 96–100.

64. Воєводін О. П. Етична культура. *Вісник Маріупольського державного університету. Сер.: Філософія, культурологія, соціологія.* 2012. Вип. 3. С. 7–11. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vmd\\_u\\_fks\\_2012\\_3\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vmd_u_fks_2012_3_3)

65. Вознюк Н. М. Етико-педагогічні основи формування особистості: навч. посіб. Київ: Центр навчальної літератури. 2005. 196 с.

66. Волкова Н. П. Педагогіка: навч. посіб. 4-те вид. стереотип. Київ: Академвидав, 2012. 616 с.

67. Волкова Н. П. Професійно-педагогічна комунікація: навч. посіб. Київ: Академія, 2006. 256 с.

68. Вопросы жизни / из труд. Н. И. Пирогова и В. Я. Данилевского / науч. ред. и сост. О. М. Белецкая. Харьков: Форт, 2004. 86 с.

69. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека. (11 ноября 1997 г.). URL: [http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995\\_575](http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_575) (дата обращения: 12.11.2017).

70. Вульф В. Б. З., Семенов В. Д. Школа и социальная среда: Взаимодействие. Москва: Знание, 1981. 94 с.

71. Выготский Л. С. Педагогическая психология. Москва: Астрель, 2005. 670 с.

72. Гайдасенко О. Ф., Горпинюк О. П. Культура спілкування лікаря з пацієнтом. *Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр.*: тези доп. навч.-метод. конф. (Вінниця, 25 берез. 2015 р.). Вінниця: ВНМУ імені М. І. Пирогова, 2015. 255 с.

73. Галузьяк В. М., Сметанський М. І., Шахов В. І. Педагогіка: навч. посіб. 5-е вид. випр. і доп. Вінниця: Видовництво ТОВ фірма «Планер», 2012. 400 с.

74. Ганаба С. О. Історична освіта у методологічному фокусі інтерсуб'єктивності: моногр. Кам'янець-Подільський: КПУ імені Івана Огієнка, 2010. 152 с.

75. Ганіткевич Я. В. Історія української медицини в датах та іменах. Львів: Вид-во НТШ, 2004. 368 с.

76. Герасимчук Н. М. Деонтологія в медицині: підруч. Харків, 2014. 258 с.

77. Гиппократ. Избранные книги / перевод В. И. Руднева. Москва, 1994. С. 87–88.

78. Гіббс Тревор Д. Відкрите обговорення системи медичної освіти в Україні: на початку нової ери. *Сімейна медицина.* 2008. № 1. С. 5–6.



79. Гнатовський М. Кого покарає Міжнародний кримінальний суд? Міфи та реалії звіту щодо України. *Європейська правда*. URL: <https://www.eurointegration.com.ua/experts/2016/11/17/7057564/> (дата звернення: 22.01.2017).

80. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ: Либідь, 1997. 376 с.

81. Горелова Л. С., Молчанова С. І. Внесок видатного російського юриста А. Ф. Коні у розвиток медичної етики. *Медицина сестра*. Москва: Медицина. 1989. № 1. С. 20–21.

82. Горшунова Н. К., Медведєв Н. В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача. *Успехи современного естествознания*. 2010. № 3. С. 36–37.

83. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология: учеб. пособ. для мед. ин-тов. Киев: Вища шк., 1988. 192 с.

84. Грандо А. А. Медицина в зеркале истории. Київ: Здоров'я, 1990. 152 с.

85. Гриненко Г. В. Історія філософії: підруч. 2-е вид., испр. і доп. Москва: Юрбїт-Издат, 2005. 685 с.

86. Гриців В. Б. Формування професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців банківської справи в процесі вивчення гуманітарних дисциплін: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Нац. акад. Держ. прикордон. служби України ім. Б. Хмельницького. Хмельницький, 2015. 20 с.

87. Громцева А. К. Формирование у школьников готовности к самообразованию. Москва: Педагогика, 1983. 145 с.

88. Гуманізм та освіта: зб. матеріалів Х міжнар. наук.-практ. конф. присвячена 200-річчю від дня народж. М. І. Пирогова та 50-річчю Вінниц. нац. техн. ун-ту (Вінниця, 14–16 верес. 2010 р.) / НАПН України, Вінниц. нац. техн. ун-т та ін. Вінниця: УНІВЕРСУМ-Вінниця, 2010. 547 с.

89. Гурвич С. С., Смольняков А. И. Врачебная этика и деонтология. *Деонтология советского врача*: сб. ст. / под редакцией Г. И. Царегородцева и С. С. Гурвича. Київ: Здоров'я, 1976. С. 3–16.

90. Гурьев А. И. Междисциплинарные связи – теория и практика. *Наука и образование*. 1988. № 11. С. 204.

91. Давыдов В. В. Проблемы развивающего обучения. Москва, 1986. 240 с.

92. Декларация об эвтаназии: принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987. URL: <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=laws8> (дата обращения: 12.05.2017).

93. Демянчук М. Р. Сутність компетентнісного підходу у професійній підготовці майбутніх бакалаврів медсестринської справи. *Вісник Національного університету оборони України*: зб. наук. пр. Київ: НУОУ, 2013. Вип. 4 (35). С. 36–40.

94. Деонтология в медицине: в 2 т. / О. С. Белорусов, Н. П. Бочков, А. А. Бунятыя; под ред. Б. В. Петровского; АМН СССР. Москва: Медицина, 1988. Т. 1: Общая деонтология. 352 с.
95. Деонтология в медицине: в 2 т. / под ред. Б. В. Петровского; АМН СССР. Москва: Медицина, 1988. Т. 1: Общая деонтология. 352 с.
96. Деонтология в медицине: в 2 т. / под ред. Б. В. Петровского; АМН СССР. Москва: Медицина, 1988. Т. 2: Частная деонтология. 416 с.
97. Джулик О. Міжнародне співробітництво в освіті: інтегративні тенденції. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 1999. № 1. С. 270–274.
98. Дистервег А. О самосознании учителя. Москва: Учпедгиз, 1956. 374 с.
99. Дичківська І. Інноваційні педагогічні технології: підруч. 3-тє вид., випр. Київ: Академвидав, 2015. 304 с.
100. Діденко О. В., Дудікова Л. В. Методичні рекомендації щодо підготовки майбутніх медиків до професійного самовдосконалення. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2010. Вип. 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps\\_2010\\_1\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2010_1_8) (дата звернення: 12.02.2017).
101. Діденко О. В., Залобівська О. Б. Педагогічні умови формування риторичної культури майбутніх викладачів технічних університетів. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2015. Вип. 2. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps\\_2015\\_2\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2015_2_10) (дата звернення: 12.02.2017).
102. Дністрянська А. П. Підготовка майбутніх лікарів в умовах побудови нової системи охорони здоров'я в Україні. *Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр.*: тези доп. навч.-метод. конф. (Вінниця, 25 берез. 2015 р.). Вінниця: ВНМУ імені М. Пирогова, 2015. 255 с.
103. Доника А. Д. Профессиональный онтогенез: Медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. Москва: Академия Естествознания, 2009. 300 с.
104. Дорофеев А. Е., Мягкова Т. В., Хоростовська-Винітко Дж. Досвід організації навчального процесу у вищих медичних навчальних закладах Польщі. *Медична освіта*. 2012. № 1. С. 99–101.
105. Дубасенюк О. А., Вознюк О. В. Професійна педагогічна освіта: компетентнісний підхід: моногр. / за ред. О. А. Дубасенюк. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. С. 11–18.
106. Дубовицкая Т. Д. Диагностика уровня профессиональной направленности студентов. *Психологическая наука и образование*. 2004. № 2. С. 82–86.
107. Дуброва В. П. Размышления о врачебном искусстве, или Социально-психологические факторы успешности деятельности врача. *Медицина*. 1999. № 3. С. 16
108. Дудікова Л. В. Intercultural communicative skills as a tool for overcoming

culture shock. *Мова, культура та освіта*: зб. ст. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. викладачів і студентів (Вінниця, 20 квіт. 2017 р.) / гол. ред. Калетнік Г. М. Вінниця: ВНАУ, 2017. С. 62–68.

109. Дудікова Л. В. Актуальні питання організації науково-дослідницької діяльності студентів ВНЗ Наука України. Перспективи та потенціал. *Наука України. Перспективи та потенціал*: матеріали VI Всеукр. наук.-практ. заоч. конф. (Запоріжжя, 22–23 лют. 2013 р.) / Всеукр. Громад. Партнерство «Нова Освіта». Запоріжжя: 2013. С. 133–135.

110. Дудікова Л. В. Актуальні питання формування духовного потенціалу особистості студентів медичних вищих навчальних закладів. *Молода наука України. Перспективи та пріоритети розвитку*: матеріали XII Всеукр. наук.-практ. заоч. конф. (Київ, 25–27 груд. 2012 р.) / Всеукр. Громад. об'єднання «Нова Освіта». Київ: 2012. С. 84–87.

111. Дудікова Л. В. Особливості формування духовного потенціалу особистості студентів медичних вищих навчальних закладів. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика*. 2012. Вип. 3. С. 55–64. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/domtp\\_2012\\_3\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/domtp_2012_3_11)

112. Дудікова Л. В. Використання сучасних технічних засобів навчання для удосконалення занять з іноземної мови студентів-медиків. *Шляхи удосконалення навчального процесу і необхідність впровадження нових підходів у роботі кафедр медичного університету в сучасних умовах*: матеріали навч.-метод. конф. (Вінниця, 26 лют. 2014 р.) / ВНМУ. Вінниця: 2014. С. 71–72.

113. Дудікова Л. В. Відображення загальноєвропейських рекомендацій з мовної освіти в новому порядку присвоєння вчених звань. *Підготовка медичних кадрів у сучасних умовах реформи системи охорони здоров'я України*: тези доп. навч.-метод. конф. (Вінниця, 15 лют. 2017 р.). Вінниця. С. 54–56.

114. Дудікова Л. В. До проблеми формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах. *Психологія та педагогіка: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень*: Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 15–16 верес. 2017 р.). Одеса: ГО «Південна фундація педагогіки», 2017. С. 96–99.

115. Дудікова Л. В. Етичні та біоетичні основи професійної діяльності лікаря: метод. посіб. Вінниця: Вид-во ВНМУ імені М. І. Пирогова, 2018.

116. Дудікова Л. В. Застосування тренінгових технологій в процесі навчання студентів медичних вищих навчальних закладів та їх вплив на активізацію навчального процесу. *Актуальные научные исследования*: матеріали ХХІХ Міжнарод. науч.-практ. конф. по філософському, філологічному, юридичному, педагогічному, економічному, психологічному, соціологічному і політичному наукам (Україна, Горлівка, 24–25 января 2013 г.). Горлівка: ФЛП Пантюх Ю. Ф., 2013. С. 70–72.

117. Дудікова Л. В. Ключові етапи розвитку уявлень про етичні аспекти

лікарської діяльності в історії вітчизняної медицини. Професійне становлення особистості: проблеми і перспективи: тези доп. ІХ Міжнар. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 9–10 листоп. 2017 р.) / ред. кол.: Н. Г. Ничкало, М. С. Скиба, В. О. Радкевич та ін. Хмельницький: ХНУ, 2017. 266 с.

118. Дудікова Л. В. Контекстний підхід до викладання іноземної мови у вищих навчальних закладах. Дискурс здоров'я в освіті: *філософія, педагогіка, антропологія, психологія*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. уч., присвячена 120 річниці з дня народження М. О. Бернштейна. (Вінниця, 16–17 верес. 2016 р.) / КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти». Вінниця, 2016. Т. 3. С. 25–30.

119. Дудікова Л. В. Концептуальні основи визначення компетенцій майбутнього лікаря в процесі його професійного становлення. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Сер.: Педагогіка і психологія*: зб. наук. пр. / редкол.: В. І. Шахов (голова) та ін. Вінниця: Нілан ЛТД, 2015. Вип. 44. С. 142–146.

120. Дудікова Л. В. Концептуальні основи формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер.: Педагогічні науки* / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2018.

121. Дудікова Л. В. Критерії, показники та рівні сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. *Virtus: scientific journal* / Ed.-in-Chief М. А. Zhurba. 2018. № 20. Part 1. pp. 119–124.

122. Дудікова Л. В. Методичні вказівки з навчання читання та перекладу медичних текстів з педіатрії: метод. вказівки. Вінниця: Вид-во ВНМУ імені М. І. Пирогова, 2012. 60 с.

123. Дудікова Л. В. Методичні рекомендації науково-педагогічним працівникам медичних закладів вищої освіти щодо формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. *Молодь і ринок*: щоміс. наук.-пед. журн. / Дрогобиц. держ. пед. ун-т. ім. Івана Франка. Дрогобиц, 2018. № 6. С. 55–61.

124. Дудікова Л. В. Методологічні основи формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Сер.: Педагогіка і психологія*: зб. наук. пр. / редкол.: В. І. Шахов (голова) та ін. Вінниця: Нілан ЛТД, 2018. Вип. 38. С. 171–174.

125. Дудікова Л. В. Науково-дослідницька діяльність студентів як складова індивідуалізації навчального процесу. *Педагогічний альманах*: зб. наук. пр. / редкол. В. В. Кузьменко (голова) та ін. Херсон: КВНЗ «Херсонська академія неперервної освіти», 2012. Вип. 16. С. 126–130.

126. Дудікова Л. В. Обґрунтування методико-технологічних засад концепції формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у вищих медичних навчальних закладах. *Вісник Національної академії Державної*

*прикордонної служби України. Сер.: Педагогіка: електрон. вид. / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2018.*

127. Дудікова Л. В. Обґрунтування педагогічних умов формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти на пізнавально-пошуковому етапі. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Сер.: Педагогічні науки. 2018. № 2 (61). С. 85–91.*

128. Дудікова Л. В. Обґрунтування педагогічних умов формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів на початковому (пропедевтичному етапі) у медичних університетах. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер.: Педагогічні науки / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2018.*

129. Дудікова Л. В. Особистісно-орієнтоване навчання студентів вищих медичних навчальних закладів: наукові підходи і практична реалізація. *Новітні чинники впливу на формування особистості студента-майбутнього лікаря: матеріали XVI Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 23 берез. 2016 р.). Київ: КМУ УАНМ, 2016. 158 с.*

130. Дудікова Л. В. Особливості врахування у підготовці майбутніх лікарів актуальних проблем професійної етики сучасної медицини. *Сучасні методики, інновації та досвід практичного застосування у сфері психології та педагогіки: Міжнар. наук.-практ. конф. (Польща, Люблін, 20–21 жовт. 2017 р.). Люблін, 2017. С. 57–59.*

131. Дудікова Л. В. Особливості діагностики сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. *Новітні чинники формування особистості майбутніх фахівців системи охорони здоров'я: матеріали XVIII Міжнар. наук. конф. (Київ, 21 берез. 2018 р.) / ПВНЗ «Київський медичний університет». Київ, 2018. 158 с.*

132. Дудікова Л. В. Особливості змісту поняття «професійно-етична компетентність» майбутнього лікаря. *Формування сучасного освітнього простору: переваги, ризики, механізми реалізації: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Грузія, Тбілісі, 29 верес. 2017 р.). Тбілісі, 2017. С. 74–77.*

133. Дудікова Л. В. Особливості формування духовного потенціалу особистості студентів медичних вищих навчальних закладів. *Духовність особистості: методологія, теорія і практика: зб. наук. пр. / гол. ред. Г. П. Шевченко. Луганськ: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2012. Вип. 3 (50). С. 55–64.*

134. Дудікова Л. В. Особливості формування етнокультурної компетентності майбутніх лікарів в умовах глобалізації. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Сер.: Педагогіка. 2012. № 4. С. 38–42.*

135. Дудікова Л. В. Особливості формування компетенцій майбутніх лікарів під час їхнього професійного становлення. *Активні методи викладання латинської*

та іноземних мов у вищих навчальних закладах МОЗ України на базі кафедри іноземних мов: матеріали семінар-наради завідувачів однопрофільних кафедр іноземних та латинської мови ВМ(Ф)НЗ України. (Дніпро, 6–7 жовт. 2016 р.). Дніпро. С. 33–35.

136. Дудікова Л. В. Особливості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у вищих медичних навчальних закладах. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер.: педагогічні та психологічні науки* / гол. ред. В. В. Райко. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2014. № 4 (73). С. 144–154.

137. Дудікова Л. В. Педагогічні умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти на базовому етапі підготовки. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. Запоріжжя: Запорізький Класичний університет. 2017.

138. Дудікова Л. В. Проблемні аспекти формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах. *Педагогічна наука в Україні за роки незалежності: здобутки, прорахунки, перспективи*: матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (Херсон, 26–27 жовт. 2017 р.) / Херсонський державний університет. Херсон, 2017. С. 162–165.

139. Дудікова Л. В. Професійна етика та професійно-етична компетентність у змісті медичної освіти у кінці ХХ – початку ХХІ століття в Україні. *Молодий вчений*: наук. журн. 2017. № 10 (50). С. 422–427.

140. Дудікова Л. В. Професійно-етична компетентність майбутніх лікарів у сучасних дослідженнях зарубіжних вчених. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Сер.: Педагогіка і психологія*: зб. наук. пр. / редкол.: В. І. Шахов (голова) та ін. Вінниця: Нілан ЛТД, 2017. Вип. 52. С. 86–92.

141. Дудікова Л. В. Професійно-етична компетентність майбутніх лікарів як предмет сучасних вітчизняних досліджень. *Науковий огляд*: міжнар. наук. журн. Київ: ТК Меганом, 2017. – № 9 (41). С. 44–57.

142. Дудікова Л. В. Професійно-етична компетентність майбутніх лікарів як предмет сучасних зарубіжних наукових досліджень. *Педагогіка та психологія: сучасний стан розвитку наукових досліджень та перспективи*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 13–14 жовт. 2017 р.) / Класичний приватний університет. Запоріжжя, 2017. С. 9–13.

143. Дудікова Л. В. Результати моніторингу стану сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. *Інноваційні наукові дослідження у галузі педагогіки та психології*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 2–3 лют. 2018 р.). Запоріжжя, 2018. С. 26–27.

144. Дудікова Л. В. Результати педагогічного експерименту з формування у майбутніх лікарів професійно-етичної компетентності в медичних університетах. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер.:*

*Педагогіка*: електрон. вид. / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2018.

145. Дудікова Л. В. Розвиток морально-етичних поглядів на лікарську діяльність в історичній спадщині. *Професійна підготовка фахівців: креативний підхід*: монографія / за ред. О.А. Дубасенюк. – Житомир: Вид. Євенок О.О., 2017. – 458с. – С. 319–335.

146. Дудікова Л. В. Розвиток морально-етичних поглядів на лікарську діяльність в Україні в історичній ретроспективі. *Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації*: матеріали XXVIII Міжнар. наук. інтернет-конф. (Переяслав-Хмельницький, 29 верес. 2017 р.) / Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди. Переяслав-Хмельницький, 2017. С. 133–135.

147. Дудікова Л. В. Сутність інноваційної складової в змісті іншомовної підготовки докторів філософії у вищих медичних навчальних закладах. *Підготовка медичних кадрів у сучасних умовах реформи системи охорони здоров'я України*: тези доп. навч.-метод. конф. (Вінниця, 15 лют. 2017 р.). Вінниця, 2017. С. 57–58.

148. Дудікова Л. В. Сутність та структура професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Сер.: Педагогіка і психологія*: зб. наук. пр. / редкол.: В. І. Шахов (голова) та ін. Вінниця: ТОВ «Нілан ЛТД», 2018. Вип. 53. С. 79–844.

149. Дудікова Л. В. Сучасні підходи викладання іноземних мов на нефілологічних спеціальностях вищих навчальних закладів. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький: ХІСТ, 2012. № 6. С. 59–62.

150. Дудікова Л. В. Сучасні тенденції формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у країнах Європи і США. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер.: Педагогічні науки* / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2017. № 3. С. 57–71.

151. Дудікова Л. В. Тренінгові технології в процесі навчання студентів медичних навчальних закладів. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*: зб. наук. пр. / редкол.: В. І. Шахов (голова) та ін. Вінниця: Нілан ЛТД, 2012. Вип. 38. С. 171–174.

152. Дудікова Л. В. Особливості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти : методичні рекомендації науково-педагогічним працівникам. Вінниця: видавництво ВНМЗ, 2018. 90 с.

153. Дудікова Л. В. Формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів як актуальна проблема медичної освіти. *Virtus: Scientific Journal* /

Editor-in-Chief M. A. Zhurba. № 16, 2017. pp. 69–72.

154. Дудікова Л. В. Характеристика змісту професійно-етичної компетентності та культури майбутнього лікаря. *Людина та соціум: сучасні проблеми взаємодії (психологічні та педагогічні аспекти)*: Міжнар. наук.-практ. конф. (Львів, 22–23 верес. 2017 р.). Львів, 2017. С. 109–112.

155. Дудікова Л. В. Характеристика рівнів сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. *Сучасні тенденції та фактори розвитку педагогічних та психологічних наук*: Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 2–3 лют. 2018 р.). Київ, 2018. С. 45–47.

156. Дудікова Л. В. Характеристика структури і змісту професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. *Молодий вчений*: наук. журн. Херсон: Гельветика, 2017. № 12 (52). С. 374–378.

157. Дудікова Л. В., Кондратюк А. Л. Використання ситуативно-ігрового підходу в навчанні іноземним мовам. *Педагогіка: традиції та інновації*: 2-х ч.: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 17–18 лют. 2017 р.). Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2017. Ч. 1. С. 112–116.

158. Дудікова Л. В., Кондратюк А. Л. Проблема формування інтеркультурних комунікативних умінь у студентів немовних спеціальностей. *Мова, культура та освіта*: тези доп. та повідомл. викл. та студ. Всеукр. наук.-практ. конф. (Вінниця, 14 квіт. 2016 р.). Вінниця, 2016. С. 185–189.

159. Дудікова Л. В., Діденко О. В. Тенденції розвитку етичних уявлень про лікарську діяльність в історичній ретроспективі. *Науковий вісник Львівської академії. Сер.: Педагогічні науки*: зб. наук. праць / редкол.: Т. С. Плачинда (голов. ред.) та ін. Кропивницький: КЛА НАУ, 2017. Вип. 2. С. 31–37.

160. Дудікова Л. В., Макодай І. І. Формування комунікативної культури студентів медичних університетів на заняттях з англійської мови. *Збірник наукових праць «Педагогічні науки» Херсонського державного університету* / редкол.: В. Л. Федяєва (голова) та ін. Херсон: Видавничий дім «Гельветика», 2017. Вип. 75. Т. 3. С. 42–47.

161. Дьюї Д. Досвід і освіта / пер. з англ. М. Василечко. Львів: Кальварія, 2003. 84 с.

162. Емельянов Ю. Н. Обучение паритетному диалогу. Ленинград: ЛГУ, 1991. 106 с.

163. Етичний кодекс лікаря: довідник / заг. ред. І. Д. Герич. Львів: Галицька видавнича спілка, 2008. Вип. 8. 22 с.

164. Етичний кодекс професійної етики міжнародної ради медсестер. *Медичний вісник*. 2007. 7 травня. URL: <http://medvisnyk.org.ua/content/view/18/1/> (дата звернення: 12.08.2017).

165. Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження: Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації від 01.06.1964 р. / поточна редакція від 01.10.2008. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/>



laws/show/990\_005 (дата звернення: 12.08.2017).

166. Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації: декларація від 01.09.1948. URL: [http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/990\\_001](http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/990_001) (дата звернення: 12.02.2017).

167. За час проведення АТО на Донбасі загинули 38 військових медиків, більше 200 отримали поранення / Управління зв'язків з громадськістю Збройних Сил України. URL: <http://www.mil.gov.ua/news/2017/06/13/za-chas-provedennya-ato-na-donbasi-zaginuli-38-vijskovih-medikov-bilshe-200-otrimali-poranennya/> (дата звернення: 13.01.2018).

168. Заблудовский П. Е. История отечественной медицины. Москва: Б.и., 1960. Ч. 1: Период до 1917 г. 400 с.

169. Зайченко І. В. Педагогіка: підруч. 3-тє вид., перероб. та допов. Київ: Вид-во Ліра-К, 2016. 608 с.

170. Занюк С. С. Психологія мотивації: навч. посіб. Київ: Либідь, 2002. 304 с.

171. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. Біоетика та біобезпека: підруч. Київ: Здоров'я, 2013. 456 с.

172. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. Біоетика: підруч. Київ: Здоров'я, 2005. 288 с.

173. Запорожан В. М., Нікогосян Л. Р., Аймедов К. В. Взаємозв'язок мотивації досягнень та успіхів у навчанні у студентів медичного факультету. *Медична освіта*. 2011. № 2. С. 108–113.

174. Зварич І. М. Теоретичні і методичні засади оцінювання професійної діяльності викладачів у вищих навчальних закладах США (друга половина ХХ – початок ХХІ століття): автореф. дис ... д-ра пед. наук: 13.00.01. Київ, 2014. 40 с.

175. Здоров'я-2020: Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. Копенгаген: ЄРБ ВООЗ, 2012.

176. Здоровье 21 – здоровье для всех в 21-ом столетии». *Здоровье для всех*: Европейская серия. Копенгаген: ВООЗ, 1998. № 5. 44 с.

177. Зеер Э. Ф., Павлова А. М., Сыманюк Э. Э. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход: учеб. Москва: Моск. психол.-соц. ин-т, 2005. 211 с.

178. Зязюн І. А., Крамущенко Л. В., Кривонос І. Ф. та ін. Педагогічна майстерність: підруч. / за ред. І. А. Зязюна. Київ: Вища шк., 1997. 349 с.

179. Иванюшкин А. Я. Профессиональная этика в медицине: философские очерки. Москва: Медицина, 1990. 222 с.

180. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 512 с.

181. История медицины СССР / ред. Б. Д. Петров. Москва: Медицина, 1964. 646 с.

182. История медицины: материалы к курсу истории медицины / ред. Б. Д. Петров. Москва: Медгиз, 1954. Т. 1. 282 с.

183. История медицины: учеб. для студ. мед. ин-тов / П. Е. Заблудовский, Г. Р. Крючок, М. К. Кузьмин, М. М. Левит. Москва: Медицина, 1981. 352 с.
184. История философии: в 4 т. Москва, 1957. Т. 1. С. 362–372.
185. Івашкова Т. О. Формування культури самоосвіти майбутніх офіцерів правоохоронних органів у вищих навчальних закладах: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Хмельницький, 2008. 220 с.
186. Ісаєвич Я. Д. Братства та їх роль у розвитку української культури XVI–XVIII ст. Київ, 1965. 251 с.
187. Історія Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського. *Сайт ТДМУ*. URL: <http://www.tdmu.edu.ua/> (дата звернення: 12.02.2018).
188. Історія української культури / за загал. ред. І. Крип'якевича; 4-е вид., стереотип. Київ: Либідь, 2002. 656 с.
189. Kilpatrik W. The project method. Teachers college record. The Use of the Purposeful Act in the Educative Process. Columbia Unsvesity URL: [archive.org/details/projectmethodus00kilpgoog](http://archive.org/details/projectmethodus00kilpgoog) (last accessed: 14.01.2018).
190. Кавтарадзе Д. Н. Обучение и игра. Введение в активные методы обучения. Москва: Моск. психолого-социальный ин-т; изд-во «Флинта». 1998. 192 с.
191. Кайдалова Л. Г. Психологічні та педагогічні дисципліни у підготовці фахівців охорони здоров'я. *Гуманітарна складова у світлі сучасних освітніх парадигм*: матеріали II Всеукр. наук.-прак. конф. з міжнар. уч. (Харків, 19–20 квіт. 2018 р.). Харків: Вид-во НФаУ, 2018. С. 215–217.
192. Кайдалова Л. Г., Поєдинцева Л. Л. Педагогічні умови та модель формування фахової компетентності медичних сестер. *Теорія та методика навчання та виховання*: зб. наук. пр. Харків: ХНПУ імені Г. С. Сковороди, 2018. Вип. 43. С. 141–152.
193. Калашнікова Т. В. Ігрові технології у світлі освітянських інновацій. *Освітні інновації: філософія, психологія, педагогіка*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Суми, 16–17 квіт. 2008 р.). Суми: ВТД «Університетська книга», 2007. С. 53–55.
194. Каленський А. А. Розвиток професійно-педагогічної етики у майбутніх викладачів спеціальних дисциплін: моногр. Київ: ЦП «Компринт», 2014. 354 с.
195. Каленський А. А. Система розвитку професійно-педагогічної етики у майбутніх викладачів спеціальних дисциплін вищих навчальних закладів аграрної та природоохоронної галузей: автореф. дис. ... д-ра. пед. наук: 13.00.04. Київ: Інститут ПТО НАПН України. ЦП «Компринт», 2016. 40 с.
196. Каленський А. А. Система розвитку професійно-педагогічної етики у майбутніх викладачів спеціальних дисциплін вищих навчальних закладів аграрної та природоохоронної галузей: дис. ... д-ра. пед. наук: 13.00.04. Київ, 2016. 498 с.
197. Кан-Калик В. А. Учителю о педагогическом общении: кн. для учителя.

Москва: Просвещение, 1987. 190 с.

198. Караванов Г., Коршунова В. Индивидуально-психологические особенности личности врача-хирурга. Львов: Вища школа, 1974. 84 с.

199. Кардашев В. Л., Карева В. Л. Профессиональная медицинская подготовка за рубежом (анализ систем). *Научный обзор*. Москва, 1979. 32 с.

200. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія: підруч. 3-те вид. випр. Київ: ВСВ «Медицина», 2013. 200 с.

201. Кассирский И. А. Врачебная деонтология. Каким должен быть врач. *Клинич. геронтология*. 2001. № 7. С. 55–60.

202. Керівництво з догоспітальної допомоги в бойових умовах (Tactical Combat Casualty Care). 28.10.2013 р. 16 с.

203. Киверялг А. А. Методы исследования в профессиональной педагогике. Таллин: ВАЛГУС, 1980. 334 с.

204. Києво-Печерський патерик / пер. із церковносл. М. Кашуба і Н. Пікулик. Львів: Свічадо, 2001. 192 с.

205. Кир'ян Т. І. Розвиток і становлення вищої медичної освіти на початку ХХ століття в Україні. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2015. III (30). Issue 59. URL: [http://seanewdim.com/uploads/3/2/1/3/3213611/kyryan\\_t\\_i\\_the\\_development\\_of\\_higher\\_medical\\_education\\_in\\_the\\_early\\_twentieth\\_century\\_in\\_ukraine.pdf](http://seanewdim.com/uploads/3/2/1/3/3213611/kyryan_t_i_the_development_of_higher_medical_education_in_the_early_twentieth_century_in_ukraine.pdf) (дата звернення: 19.12.2017).

206. Кіт М. Роль і місце сімейного лікаря в охороні здоров'я (сучасні аспекти). *Холістична медицина у Львові*. URL: [http://holimed.lviv.ua/u\\_01\\_problems\\_010.html](http://holimed.lviv.ua/u_01_problems_010.html) (дата звернення: 12.02.2018).

207. Кларин М. Инновационные модели обучения. Исследование мирового опыта: моногр. Москва: Литературная учеба, 2016. 640 с.

208. Кларин М. В. Инновации в мировой педагогике: обучение на основе исследования, игры и дискуссии. Анализ зарубежного опыта. Рига: НПЦ «Эксперимент», 1995. 176 с.

209. Кларин М. В. Педагогическая технология в учебном процессе. Анализ зарубежного опыта. Москва: Знание, 1989. 77 с.

210. Кліщ Г. І. Політика Австрії в галузі охорони здоров'я і медичної освіти. Тернопіль: Медична освіта. 2011. № 2. С. 102–108.

211. Кліщ Г. І. Форми організації навчання у медичних університетах Австрії. Тернопіль: Медична освіта. 2014. № 4. С. 56–59.

212. Ключовський Я. А. Філософія діалогу / пер. з польськ. К. Рассудіної. Київ: Дух і літера, 2013. 224 с.

213. Кміт Я. М. Дидактичні особливості інтеграції знань і вмінь з природничих дисциплін у процесі підготовки студентів-іноземців до навчання у вищій медичній школі: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / АПН України, Ін-т пед. і псих. проф. освіти. Київ, 1995. 182 с.

214. Кобилюха В. Українські ескулапи. *Хрещатик*: газета Київської міської

ради. 2004. № 138 (2541) 22 вересня. URL: <http://www.kreschatic.kiev.ua/ua/2541/gubs/pdf.html> (дата звернення: 12.12.2017).

215. Ковалевский А. П. Книга Ахмеда Ибн-Фадлана и его путешествие на Волгу в 921-922 гг. Харьков, 1956. С. 143.

216. Коваленко Е. Э. Методика профессионального обучения: учебник для инженеров-педагогов, преподавателей спецдисциплин системы профессионально-технического и высшего образования. Харьков: ЧП «Штрих», 2003. 480 с.

217. Ковальова О. М., Лісовий В. М. Біоетичні аспекти клінічної практики і наукових досліджень. Харків, 2006. 95 с.

218. Ковальова О. М., Сафаргаліна-Корнілова Н. А., Герасимчук Н. М. Деонтологія в медицині: підруч. Харків, 2014. 258 с.

219. Ковальчук Л. Я. Прогнозування запитів майбутнього – важлива складова у плануванні навчального процесу. *Кредитно-модульна система організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України на новому етапі: матеріали Х ювілейної Всеукр. навч.-наук. конф. з міжнар. уч. (Тернопіль, 18–19 квіт. 2013 р.)*. Тернопіль: «Укрмедкнига». С. 24–25.

220. Кодекс медицинской деонтологии / введение и комментарии Л. Репе; предисловие П. Рикера; Слово к укр. читателю А. А. Крикунова. Київ: Сфера, 1998. 164 с.

221. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах: моногр. Львів: «Край», 2013. 296 с.

222. Колісник-Гуменюк Ю., Гуменюк В. Професійно-етична культура фахівця медичного профілю: взаємозалежність між професійною культурою та етикою. *Освітній простір України*. 2015. Вип. 5. С. 62–70.

223. Коменский Я. А., Локк Д., Руссо Ж.-Ж., Песталоцци И. Г. Педагогическое наследие / сост. В. М. Кларин, А. Н. Джурицкий. Москва: Педагогика, 1988. 416 с.

224. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи / під заг. ред. О. В. Овчарук. Київ: К.І.С., 2004. 112 с.

225. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину. Ов'єдо, 4 квітня 1997 року. / поточна редакція від 25.01.2005. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_334) (дата звернення: 12.02.2017).

226. Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання від 10.12.1984 / поточна редакція 13.11.1998. URL: [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995\\_085](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_085) (дата звернення: 02.03.2015).

227. Кондратюк А. І., Кривоніс Т. Г., Байгузіна І. Ч., Демченко М. І. Проблеми та перспективи вищої медичної школи щодо удосконалення підготовки лікарів у контексті Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я

України. *Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр.*: тези доп. навч.-метод. конф. (Вінниця, 25 берез. 2015 р.) / Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Вінниця, 2015. 255 с.

228. Кони А. Ф. К материалам о врачебной этике. Харьков: Научная мысль, 1928.

229. Конуп О. Ф. Допоміжні тренінгові вправи. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 3. С. 38–39.

230. Концевич И. А. Долг и ответственность врача. Київ: Вища школа, 1983. 110 с.

231. Концептуально-методологічні основи проектування методів і засобів діагностики освітніх результатів у вищих навчальних закладах: моногр. / за заг. ред. В. І. Лугового, О. Г. Ярошенко. Київ: «Педагогічна думка», 2014. 234 с.

232. Корда М. Підсумки діяльності університету за 2015–2016 навчальний рік і завдання на майбутнє: звітна доп. *Медична академія*. 2016. № 16 (30 серп.). С. 5.

233. Король С. О., Жердев І. І., Доманський А. М. Організаційні та лікувальні принципи сортування поранених з бойовою хірургічною травмою кінцівок на IV рівні надання медичної допомоги. *Клініч. хірургія*. 2015. № 12. С. 48–50.

234. Королюва Т. В. Педагогічні умови формування фахової культури майбутніх лікарів у процесі їх гуманітарної підготовки. *Якість вищої освіти: чинники формування конкурентоспроможності випускників*: матеріали XXXIX Міжнар. наук.-метод. конф. (Полтава, 23–24 січ. 2014 р.): у 2 ч. / голов. ред. М. П. Гречук. Полтава: ПУЕТ, 2014. Ч. 1. С. 263–265.

235. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості / під. ред. Л. М. Проколенко. Київ: Рад. шк., 1989. 608 с.

236. Крайг Г. Психология развития. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 992 с.

237. Краткая медицинская энциклопедия. 2-е изд. / гл. ред. акад. Б. В. Петровский. Москва: Советская энциклопедия, 1989. Т. 1: А – Кривошея. 624 с.

238. Кремень В. Г. Болонський процес: зближення, а не уніфікація. *Дзеркало тижня*. 2003. № 48, 13–19 грудня. С. 15.

239. Криворучко С. В. Професійна етика журналіста на сучасному етапі розвитку демократії в Україні: автореф. дис. ... канд. філол. наук: 10.01.08 / Київ. нац. ун-т ім. Т.Шевченка. Київ, 2003. 20 с.

240. Кривошеєва О. І. Формування професійної етики майстрів виробничого навчання в професійно-технічних навчальних закладах: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Вінниц. держ. пед. ун-т ім. М.Коцюбинського. Вінниця, 2007. 20 с.

241. Кримський С. Б. Під сигнатурою Софії. Київ: Вид. дім «Києво-Могилянська академія», 2008. 367 с.

242. Кримський С. Б. Ранкові роздуми: зб. ст. / худож. оформ. О. Білецького. Київ: Майстерня Білецьких, 2009. 120 с.

243. Круковська І. М. Становлення і розвиток медичної освіти на Волині (XIX–30-ті роки XX ст.): автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. Житомир, 2007. 20 с.

244. Кубіцький С. О., Неділька Н. В. Особливості професійної комунікативної взаємодії майбутніх медпрацівників. *Вісник Національної академії оборони. Питання педагогіки*. 2010. № 2 (15). С. 55.

245. Кубіцький С. О. Система оцінювання готовності майбутніх офіцерів до професійної діяльності: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Київ, 2001. 25 с.

246. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04 / Харк. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2005. 21 с.

247. Кузьмина Н. В. Профессионализм личности преподавателя и мастера производственного обучения. Москва: Высш. шк., 1990. 319 с.

248. Кузьмина Н. В. Психологическая структура деятельности учителя и формирование его личности. Ленинград: ЛГУ, 1967. 183 с.

249. Кузьмінський А. І. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. Київ: Знання, 2005. 486 с.

250. Кузьмінський А. І., Омеляненко В. Л. Педагогіка: підруч. 2-е вид., перероб. і доп. Київ: Знання-Прес, 2004. 445 с.

251. Кукушин В. С. Дидактика (теория обучения): учеб. пособ. Москва: МарТ; Ростов-на-Дону: МарТ, 2003. 368 с.

252. Кулаківська Ю. С. Педагогічна рефлексія як засіб формування професійної компетентності майбутнього вчителя іноземної мови ДНЗ. *Вісник психології і педагогіки*: зб. наук. пр. / Педагогічний інститут Київського університету імені Бориса Грінченка. Київ, 2012. Вип. 7. URL: [http://www.psyh.kiev.ua/Збірник\\_наук\\_праць\\_-\\_Випуск\\_7](http://www.psyh.kiev.ua/Збірник_наук_праць_-_Випуск_7) (дата звернення: 12.02.2018).

253. Кундиев Ю. И., Палагин А. В., Лурия И. А., Верба А. В., Савицкий В. Л. и др. Система оказания медицинской помощи при ведении боевых действий с учетом мониторинга жизнедеятельности военнослужащих. *Харківська хірургічна школа*. 2015. № 1 (70). С. 111–115.

254. Кучумова Н. Особливості організації системи вищої медичної освіти в Австрії. *Молодь і ринок*. 2011. № 6 (77). С. 149–153.

255. Кучумова Н. В. Розвиток системи вищої медичної освіти у німецькомовних країнах (друга половина XX – початок XXI століття): автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Дрогоб. держ. пед. ун-т ім. І. Франка. Дрогобич, 2012. 20 с.

256. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика: учеб. пособ. для студ. мед. вузов / под ред. Ю. М. Лопухина и Б. Г. Юдина; 2-е изд., испр. пер. с англ. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 395 с.

257. Латишев Є. Є. Формування системи сімейної медицини в Україні:

моногр. Київ: Вища школа, 2005. 176 с.

258. Левенець С. С. Медична етика і деонтологія: реалії і перспективи в роботі лікаря. *Медична освіта*. 2012. № 4. С. 89.

259. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва: Политиздат, 1975. 304 с.

260. Лернер И. Я. Дидактические основы методов обучения. Москва: Педагогика, 1981. 185 с.

261. Лернер И. Я. Проблемное обучение. Москва: Знание, 1974. 126 с.

262. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта. Москва: Медицина, 1989. 208 с.

263. Лимар Л. В. Особливості мотивації студентів-медиків до попередження конфліктів з пацієнтами у процесі професійної підготовки. *Вісник післядипломної освіти*. 2011. Вип. 3. С. 350–357. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo\\_2011\\_3\\_58](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2011_3_58) (дата звернення: 12.02.2017).

264. Лиссабонская декларация относительно прав пациента: принята 34-й Всемирной медицинской ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь/октябрь 1981 г. URL: [http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990\\_016](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_016) (дата обращения: 12.05.2017).

265. Лікарська етика та медична деонтологія – невід’ємні складові частини навчально-виховного процесу у вищих медичних навчальних закладах: тези доп. навч.-метод. конф. (Вінниця, 12 берез. 2003 р.) / ВНМУ. Вінниця: ВНМУ, 2003. 97 с.

266. Лузан П. Г., Гуменний А. Д. Модернізація педагогічного процесу професійно-технічного навчального закладу на основі інформаційно-освітнього середовища. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер.: Педагогічні науки* / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький: Вид-во НАДПСУ, 2017. № 1 (8). С. 160–174.

267. Лук М. І. Етичні ідеї у філософії України (XIX – поч. XX ст.). Київ: Наук. думка, 1993. 150 с.

268. Магазаник Н. А. Искусство общения с больными. Москва: Медицина, 1991. 110 с.

269. Маймескулов Л. М., Тихоненков Д. А., Россіхін В. В., Власенко С. І. Історія держави і права зарубіжних країн: підруч. для студентів ВНЗ / ред. Л. М. Маймескулов. Харків: Право, 2013. 520 с.

270. Мак-Клелланд Д. Мотивация человека. Санкт-Петербург: Питер, 2007. 672 с.

271. Максимюк С. П. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Кондор, 2009. 670 с.

272. Малафійк І. В. Дидактика: навч. посіб. Київ: Кондор, 2005. 398 с.

273. Малая Л. Т., Коваленко В. Н., Каминский А. Г., Воронков Г. С. История медицины. Очерки. Київ: Либідь, 2003. 416 с.

274. Малей М. Етичний кодекс лікаря України: крок до цивілізованої медицини. *Аптека: щотижневик*. 2010. № 2 (723) 18 січня.

URL: <https://www.apteka.ua/article/22890> (дата звернення: 12.02.2017).

275. Мальцева Р. М. В. В. Зеньковский про духовно-моральний розвиток особистості. *Педагогіка*. 1994. № 4. С. 96.

276. Маркова А. К., Матис Т. А., Орлов А. Б. Формирование мотивации учения: кн. для учителя. Москва: Просвещение, 1990. 192 с.

277. Марчукова С. М. Пансофия как междисциплинарное знание. URL: [https://lib.herzen.spb.ru/media/magazines/contents/1/98/marchukova\\_98\\_50\\_58.pdf](https://lib.herzen.spb.ru/media/magazines/contents/1/98/marchukova_98_50_58.pdf) (дата обращения: 12.05.2017).

278. Маслоу А. Мотивация и личность. Санкт-Петербург: Евразия, 1999. 478 с.

279. Матюшкин А. М. Мышление, обучение, творчество. Москва: Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та; Воронеж: МОДЭК, 2003. 720 с.

280. Махмутов М. И. Теория и практика проблемного обучения. Казань: Таткнигоиздат, 1972. 365 с.

281. Медицинская этика и деонтология: сб. ст. / под ред. Г. В. Морозова, Г. И. Царегородцева. Москва: Медицина, 1983. 270 с.

282. Медицинское образование в мире и в Украине: Додипломное образование. Последипломное образование. Непрерывное профессиональное развитие / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовец и др. Харьков: Контраст, 2005. 462 с.

283. Медицинское образование в мире и Украине. Харьков: ИПП «Контраст», 2005. 644 с.

284. Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф. з медичного права (III Міжнародної науково-практичної конференції з медичного права) (Львів, 22–24 квіт. 2010 р.) / упор. І. Я. Сенюта, Х. Я. Терешко. Львів: ЛОБФ «Медицина і право», 2010. 332 с.

285. Медичне сортування (Triage). Курс першої медичної допомоги он-лайн URL: <http://1staidplast.org.ua/tccc> (дата звернення: 13.09.2017).

286. Международный кодекс медицинской этики: принят на III-й Генеральной ассамблеей ВМА, Лондон, Англия, октябрь 1949 г. / текущая редакция от 01.10.1983 г. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990\\_002](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_002) (дата обращения: 12.05.2017).

287. Мельничук І. М. Теорія і практика професійної підготовки майбутніх соціальних працівників засобами інтерактивних технологій: моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2010. 326 с.

288. Мельничук І. М., Стасюк І. Л. Особливості формування деонтологічної компетентності у професійній підготовці майбутніх бакалаврів сестринської справи. *Молодий вчений*. 2017. № 3 (43). С. 90–93.

289. Методичні вказівки для самостійної роботи студентів під час підготовки до практичного заняття. Полтава: Вищий державний навчальний заклад України



«Українська медична стоматологічна академія», 2011. 20 с.

290. Мирончиков Л. Т. Дохристианское жречество Древней Руси: автореф. дисс. ... канд. ист. наук. / АН БССР. Отд-ние обществ. наук. Минск, 1969. 26 с.

291. Міжнародний пакт про громадянські та політичні права від 16.12.1966 р. / ратифікація від 19.10.1973 р. URL: [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995\\_043](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_043) (дата звернення: 02.03.2015).

292. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права від 16.12.1966 р. / ратифікація від 19.10.1973 р. URL: [http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995\\_042](http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/995_042) (дата звернення: 02.03.2015).

293. Мовчан В. С. Етика: навч. посіб. Київ: Знання, 2007. 483 с.

294. Мойсеюк Н. Є. Педагогіка: навч. посіб. 5-е вид., допов. і перероб. Київ, 2007. 656 с.

295. Мороз В. А., Пропіснова В. В., Леонт'єв Д. В., Отрішко І. А., Шебеко С. К. Сучасні проблеми біоетики: навч. посіб. для позааудитор. підгот. студ. спец. «Фармація», «Клінічна фармація», «Технологія парфумерно-косметичних засобів» / за ред. В. А. Мороза. Харків: Вид-во НФаУ, 2009. 128 с.

296. Мороз В. М., Гумінський Ю. Й., Фоміна Л. В., Полєся Т. Л. Проблеми та перспективи вищої медичної освіти у реалізації Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України. *Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр.*: тези доп. навч.-метод. конф. (Вінниця, 25 берез. 2015 р.) / Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова. Вінниця, 2015. С. 3–6.

297. Мороз Л. І., Яковенко С. І. Професійно-психологічний тренінг: підручн. Київ: Паливода А. В., 2011. 252 с.

298. Москальова Л. Ю. Значення сакрального мистецтва для етико-моральної підготовки особистості: історичний аспект. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені М. Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія*: зб. наук. пр. / редкол.: М. І. Сметанський (голова) та ін. Вінниця: ПП «Єдельвейс і К.», 2007. Вип. 21 С. 297–301.

299. Мудрик А. В. Учитель: мастерство и вдохновение. Москва: Просвещение, 1986. 160 с.

300. Мудров М. Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных. Москва, 1949.

301. Мясичев В. Н. Структура личности и отношения человека к действительности. *Психология личности*: тексты / под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер и А. А. Пузиря. Москва: Изд-во Московского университета, 1982. С. 35–38.

302. Назар П. С., Віленський Ю. Г., Грандо О. А. Основи медичної етики. Київ: Здоров'я, 2002. 344 с.

303. Національний класифікатор України «Класифікатор професій»: Наказ Держспоживстандарту України 28.07.2010 № 327.

URL: [https://hrliga.com/docs/327\\_KP.htm](https://hrliga.com/docs/327_KP.htm) (дата звернення: 13.05.2017).

304. Ничкало Н. Г. Медіальна педагогіка в системі педагогічних наук. *Інформаційно-комунікаційні технології в сучасній освіті: досвід, проблеми, перспективи*: зб. наук. пр. III Міжнар. наук.-практ. конф. (Львів, 12–14 листоп. 2012 р.) / Львівський державний університет безпеки життєдіяльності МНС України. Львів, 2012. С. 92–99.

305. Ничкало Н. Г., Десятов Т. М. Розвиток людського капіталу: нові виклики XXI століття. *Національні рамки кваліфікацій у країнах ЄС: порівняльний аналіз*: наук.-метод. посіб. / за ред. Н. Г. Ничкало. Київ: АртЕк, 2008. С. 6–16.

306. Номенклатура лікарських спеціальностей від 19.12.1997 №359, із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я № 76 від 21.02.2006. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0015-98> (дата звернення: 15.09.2016).

307. Нортон П. Полное руководство по Microsoft Windows XP. 2-е изд. Москва: ДМК, 2011. 736 с.

308. Огнівчук Л. М. Оцінювання навчальних досягнень студентів вищих навчальних закладів на основі компетентнісного підходу. *Освітологічний дискурс*. 2014. № 3. С. 154–165.

309. Орбан-Лембрик Л. Е. Психологія професійної комунікації: навч. посіб. Чернівці: Книги – XXI, 2010. 528 с.

310. Орлов А. Н. Клиническая биоэтика. Избранные лекции: учеб. пособ. для студ. мед. вузов. Москва: Медицина, 2003. 358 с.

311. Освітньо-професійна програма підготовки спеціаліста за спец. 7.110101 лікувальна справа напряму підготовки 1101 «Медицина». Київ: МОЗ України, 2004. 117 с.

312. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2802-XII / поточна редакція від 10.03.2018. *Відомості Верховної ради (ВВР)*, 1993, № 4, ст. 19. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 13.03.2018).

313. Офіційний сайт Вінницького національного медичного університету ім. М. І Пирогова. URL: <https://www.vnmu.edu.ua/> (дата звернення: 10.01.2018).

314. Офіційний сайт Державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет». URL: <http://vstup.bsmu.edu.ua/#about> (дата звернення: 10.01.2018).

315. Офіційний сайт Запорізького державного медичного університету. URL: <http://zsmu.edu.ua/> (дата звернення: 10.01.2018).

316. Павко А. І. Про актуальність науково-педагогічних ідей М. І. Пирогова в умовах трансформації освітньої системи України. *Людина і соціум в умовах глобальної кризи: погляд крізь призму суспільствознавства та богослов'я*: матеріали IX наук.-практ. конф., [Київ, 21 трав. 2009 р.] / Нац. акад. упр., Центр перспект. соц. досліджень М-ва праці та соц. політики України та НАН України.

Київ, 2010. С. 68–78.

317. Паламаренко І. О. Вимоги до підготовки лікарів загальної практики у Великій Британії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2014. № 5 (42). С. 120–125.

318. Паламаренко І. О. Професійна підготовка сімейних лікарів у вищих медичних школах Великої Британії. К.: ЦУЛ, 2014. 246 с.

319. Пархоменко І. М. Організаційно-педагогічні засади оцінювання управлінської діяльності керівників загальноосвітніх навчальних закладів: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Центр. ін-т післядиплом. пед. освіти АПН України. Київ, 2007. 21 с.

320. Пасієшвілі Л. М., Заздравнов А. А., Пархоменко К. Ю. Основи геронтології – базовий елемент підготовки лікарів загальної практики. *Сімейна медицина*. 2009. № 3. С. 105–110.

321. Пахальян В. Э. Групповой психологический тренинг: учеб. пособ. Санкт-Петербург: Питер, 2006. 224 с.

322. Переходов С. Н., Зуев В. К., Фокин Ю. Н., Курицын А. Н. Опыт организации хирургической помощи в вооруженном конфликте. *Хирургия*: журн. им. Н. И. Пирогова. 2011. № 4. С. 36–41.

323. Петренко Н. В. Сутність та особливості професійно-етичної компетентності офіцера-прикордонника. *Збірник наукових праць Нац. акад. Держ. прикордон. служби України. Сер.: Педагогічні та психологічні науки* / гол. ред. Романишина Л. М. Хмельницький: Вид-во Нац. акад. Держ. прикордон. служби України ім. Б. Хмельницького, 2010. № 54. С. 91–92.

324. Петренко Н. В. Формування професійно-етичної компетентності майбутніх офіцерів-прикордонників у процесі фахової підготовки: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Хмельницький: Хмельницький нац. ун-т, 2011. 20 с.

325. Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. 5-е изд. перераб. Ленинград: Медгиз Ленингр. отд-ние, 1956. 64 с.

326. Петрова Е. А., Смыслов Е. А. Практикум по курсу социальной психологии: учебн.-метод. пособ. Москва: Изд-во РИЦ АИМ, 2008. Ч. 1: Диагностики социально-психологических качеств личности. 155 с.

327. Петровская Л. А. Компетентность в общении. Социально-психологический тренинг. Москва, 1989. 188 с.

328. Півторак К. В., Феджага І. В. Формування особистості та мотивації до навчання у студентів медичного університету. *Медична освіта*. 2013, № 4. С. 28–31.

329. Підсумки діяльності університету за 2015–2016 навчальний рік і завдання на майбутнє. *Медична академія*. 2016. № 16 (30 серп.). С. 5

330. Платонов К. К. Личностный подход как принцип психологии. *Методологические и теоретические проблемы психологии*. Москва: Наука, 1969. С. 190–217.

331. Повесть врем'яних літ: літопис (За Іпатським списком) / пер. з давньоруської, післяслово, комент. В. В. Яременка. Київ: Рад. письменник, 1990. 558 с.
332. Погодина А. В. Культурогический поход в соціально-психологических исследованиях образовательных учреждений. *Психологическая наука и образование*. 2010. № 1. С. 41–47.
333. Подласый И. П. Педагогика. Новый курс: учеб. для студ. пед. вузов: в 2 кн. Москва: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. Кн. 1: Общие основы. Процесс обучения. 576 с.
334. Подоляк Л. Г., Юрченко В. І. Психологія вищої школи: підруч. 2-ге вид. Київ: Каравела, 2008. 352 с.
335. Подтикан І. В. Особливості формування мотиваційної сфери особистості. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 9. С. 29–36.
336. Позднякова С. А. К вопросу врачебной этики. *Вопросы истории медицины и здравоохранения БССР*: сб. материалов конф. Минск, 1965.
337. Полат Е. С. Метод проектов. URL: <http://wiki.kspu.kr.ua/index.php> (дата обращения: 13.05.2017).
338. Полат Е. С., Буханкина М. Ю., Моисеева М. В. Теория и практика дистанционного обучения. Москва: Академия, 2004. 416 с.
339. Полат Е. С., Бухаркина М. Ю., Моисеева М. В., Петров А. Е. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования: учеб. пособ. для студ. высш. учеб. завед. / под ред. Е. С. Полат; 4-е изд., стер. Москва: Издательский центр «Академия», 2009. 272 с.
340. Полторацька В. В., Каданер О. В. Контроль і оцінювання навчальних досягнень студентів в умовах модульно-рейтингової системи навчання. *Pedagogics, psychology, medical-biological problems of physical training and sports*. URL: <https://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2009-03/09pvvrs1.pdf> (дата звернення: 15.09.2017).
341. Пометун О. І. Енциклопедія інтерактивного навчання. Київ: [б. в.], 2007. 144 с.
342. Права людини в галузі охорони здоров'я / упоряд. А. С. Муканова. Харків: Права людини, 2011. 176 с.
343. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев: «Сфера», 1999. 100 с.
344. Про вищу освіту: Закон України № 1556-VII від 1 липня 2014 р. *Відомості Верховної Ради (ВВР)*, 2014. № 37–38, ст. 2004. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (дата звернення: 13.05.2017).
345. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 2012. № 14, ст. 86. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3611-17> (дата звернення: 16.06.2017).

346. Про затвердження порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і типового положення про комісії з питань етики: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.09.2009 № 690. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1010-09> (дата звернення: 19.07.2017).

347. Про Національну доктрину розвитку освіти: Указ Президента України від 17 квітня 2002 року № 347/2002. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/347/2002> (дата звернення: 10.01.2018).

348. Про освіту: Закон України від 5 вересня 2017 р. № 2145-19. Відомості *Верховної Ради (ВВР)*. 2017. № 38–39. ст. 380. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2145-19> (дата звернення: 10.01.2018).

349. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір»: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1164-2011-%D1%80> (дата звернення: 19.05.2017).

350. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80> (дата звернення: 13.09.2017).

351. Проектирование компетентностно-ориентированных основных образовательных программ, реализующих федеральное государственное образовательные стандарты высшего профессионального образования: метод. реком. для организаторов проектных работ и профессорско-преподавательских коллективов вузов / авт. сост. И. В. Осипова, О. В. Тарасюк. Екатеринбург: РГППУ, 2009. 100 с.

352. Психодидактика образовательных систем: теория и практика / под ред. В. И. Панова. Санкт-Петербург: Питер, 2007. 352 с.

353. Радиш Ю. Міжнародне гуманітарне право – важлива складова правового регулювання участі медичного персоналу у міжнародних миротворчих акціях. *Медичне право*. 2013. Вип. 1. С. 55.

354. Раздорская О. В. Формирование рефлексивной культуры студентов медицинского вуза в процессе изучения английского языка: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. Москва, 2009. 207 с.

355. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты. Москва: Бахрах-М, 2006. 480 с.

356. Рацул О. А. Розвиток інформаційної культури майбутніх соціальних педагогів: теоретичний та методичний аспекти: моногр. Кіровоград: ПП «Ексклюзив-систем», 2015. 344 с.

357. Реан А. А., Кудашев А. Р., Баранов А. А. Психология адаптации личности. Санкт-Петербург: Прайм ЕВРОЗНАК, 2008. 479 с.

358. Репецький В., Малига В. Правовий статус медичного та духовного

персоналу під час збройних конфліктів. *Вісник Львівського університету. Сер.: Міжнародні відносини*. 2015. Вип. 37. Ч. 2. С. 3–16.

359. РНБО розпочинає масштабну АТО із залученням Збройних сил – Турчинов О. *Українська правда*, 2014. 13 квітня. URL: <https://www.prawda.com.ua/news/2014/04/13/7022274/> (дата звернення: 11.01.2018).

360. Роберт И. В. Современные информационные технологии в образовании: дидактические проблемы; перспективы использования. Москва: ИИО. РАО, 2010. 140 с.

361. Рогач І., Качала Л. О., Погоріляк Р. Ю. Морально-етичні та психологічні аспекти медичної діяльності лікарів загальної практики: навч.-метод. посіб. Ужгород, 2010. 64 с.

362. Романовський О. О. Теорія і практика зарубіжного досвіду в підприємницькій освіті України: моногр. Київ: Деміур, 2002. 400 с.

363. Ротенберг В. С., Бондаренко С. М. Мозг. Обучение. Здоровье: кн. для учителя. Москва: Просвещение, 1989. 239 с.

364. Рубинштейн Л. С. Основы общей психологии. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 720 с.

365. Руда С. П. Медицина: Природничі і технічні знання. *Історія української культури: у 5-ти т.* Київ: Наукова думка, 2003. Т. 1: Українська культура другої половини XVII–XVIII століть. С. 726–740.

366. Рудакевич М. І. Формування етики державних службовців в умовах демократизації і професіоналізації державного управління: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр.: 25.00.03 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2007. 32 с.

367. Рудницька О. П. Педагогіка: загальна та мистецька: навч. посіб. Тернопіль: Навчальна книга – Богдан, 2005. 360 с.

368. Рудык Ю. С., Пивовар С. Н. Аспекты врачебной этики: от клятвы Гиппократата до доказательной медицины. *Здоров'я України*. 2005. № 6 (115). С. 50–51.

369. Руководство самообразованием школьников / под ред. Б. Ф. Райского, М. Н. Скаткина. Москва: Просвещение, 1983. 127 с.

370. Саблук В. В. Українсько-італійські відносини (1991–2001 рр.): автореф. дис. ... канд. іст. наук: 07.00.02 / Нац пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2010. 17 с.

371. Самохвалов И. М., Котенко П. К., Северин В. В. Проблемы организации оказания хирургической помощи раненым в современной войне: оказание медицинской помощи и лечение легко-раненых в вооруженном конфликте (сообщение второе). *Воен.-мед. журн.* 2013. № 1. С. 4–8.

372. Саперов В. Н. Медицинская этика: учеб. пособ. для студ. Москва: Издательство БИНОМ, 2014. 232 с.

373. Сацик В. Академічна доброчесність: міфічна концепція чи дієвий інструмент забезпечення якості вищої освіти? URL: <http://education-ua.org/ua/articles/930-akademichna-dobrochesnist-mifichna-kontseptsiya-chi-dievij-instrument-zabezpechennya-yakosti-vishchoji-osviti> (дата звернення: 14.01.2018).

374. Сбруєва А. А. Освітні реформи 80–90-х років ХХ століття: англійський досвід. *Вісн. Житомир. держ. ун-ту ім. І. Франка. Педагогічні науки*. 2003. Вип. 11. С. 105–110.

375. Селевко Г. К. Альтернативные педагогические технологии. Москва: НИИ школьных технологий, 2005. 224 с.

376. Сиделковский А.Л. Врачебные ошибки и врачебные девиации. М.: Аксимед-клиника современной неврологии, 2018. 176 с.

377. Сидоренко В. К., Дмитренко П. В. Основи наукових досліджень: навч. посіб. для вищ. пед. закл. освіти. Київ: РННЦ «ДНІТ», 2000. 259 с.

378. Силуянова И. В. Руководство по этико-правовым основам медицинской деятельности. Москва: МЕДпресс-информ, 2008. 224 с.

379. Симонов В. П. Педагогический менеджмент: 50 НОУ-ХАУ в области управления образовательным процессом: учеб. пособ. 2-ое изд. испр. и доп. Москва, 1997. 264 с.

380. Сисоева С. О., Осадчий В. В., Осадча К. П. Професійна підготовка викладача-тьютора: теорія і методика: навч.-метод. посіб. / Мін-во освіти і науки, молоді та спорту України, Київський ун-т ім. Б. Грінченка, Мелітопольський держ. пед. ун-т ім. Б. Хмельницького. Київ; Мелітополь: ТОВ «Видавничий будинок ММД», 2011. 280 с.

381. Сисоева С. Компетентнісно зорієнтована вища освіта: формування наукового тезаурусу. *Компетентнісно зорієнтована освіта: якісні виміри*: моногр. / редкол.: Огнев'юк В. О., Хоружа Л. Л., Сисоева С. О., Чернуха Н. М., Терентьева Н. О. Київ: Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. С. 18–44.

382. Сисоева С. О. Інтерактивні технології навчання дорослих: навч.-метод. посіб. Київ: НАПН України, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих, ЕКМО, 2011. 320 с.

383. Сисоева С. О., Кристопчук Т. Є. Методологія науково-педагогічних досліджень: підруч. Рівне: Волинські обереги, 2013. 360 с.

384. Система управління якістю медичної освіти в Україні: моногр. / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко та ін. Дніпропетровськ: «АРТ-ПРЕС», 2003. 212 с.

385. Січинський В. Чужинці про Україну. Київ: Ярославів Вал, 2011. 254 с.

386. Скаткин М. Н. Проблемы современной дидактики. 2-е изд. Москва: Педагогика, 1984. 240 с.

387. Скаткин М. Н. Школа и всестороннее развитие детей. Москва: Просвещение, 1980. 144 с.

388. Скиба М. Є. Імплементція критеріїв європейської шкали оцінювання ECTS у систему вищої освіти України. *Порівняльна професійна педагогіка*.

Хмельницький, ХНУ. 2011. С. 73–81.

389. Слєпкань З. І. Наукові засади педагогічного процесу у вищій школі: навч. посіб. Київ: Вища шк., 2005. 239 с.

390. Слободчиков В. И., Исаев Е. И. Психология развития человека, развитие субъективной реальности в онтогенезе: учеб. пособ. для вузов / под общ. ред. В. Г. Шур. Москва: Школьная пресса, 2000. 416 с.

391. Слободянюк О. Досвід формування професійно-етичної компетентності майбутніх менеджерів економічного профілю. *ScienceRise: Pedagogical Education: Scientific Journal*. 2016. № 6 (2). С. 21–25.

392. Словник іншомовних слів / уклад.: С. М. Морозов, Л. М. Шкарапута. Київ: Наук. думка, 2002. 680 с.

393. Сметанський М. І. Ціннісні орієнтації сучасних концепцій виховання. *Педагогічні науки: зб. наук. пр.* / гол. ред. Є. С. Барбіна. Херсон: ХДУ, 2009. С. 40–46.

394. Смирнов С. Д. Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности. Москва: Академия, 2003. 302 с.

395. Смольняков А. И., Федоренко Е. Г. Врачебная этика. Киев: Здоров'я, 1982. 96 с.

396. Советский энциклопедический словарь / ред. Прохоров А. Москва: Советская Энциклопедия, 1982. 1600 с.

397. Соколенко С. І. Глобалізація і економіка України. Київ: Логос, 1999. 568 с.

398. Соколов В. В. Європейська філософія 15–17 століть: підруч. для вузів. 3-те вид., виправл. Москва: Вищ. школа, 2003. 428 с.

399. Сохин А. А. Система подготовки врачейных кадров в Великобритании. *Советское здравоохранение*. 1989. № 12. С. 54–58.

400. Соцький К. О. Формування готовності майбутніх молодших медичних спеціалістів до професійного самовдосконалення: метод. рекомендації для педагогічних працівників медичних навчальних закладів 1-2 рівнів акредитації / уклад.: К. О. Соцький. Вінниця: ТОВ «Фірма планер», 2014. 104 с.

401. Стан та перспективи медичної освіти в Україні *Аптека*, № 6 (1077) 20 лютого 2017 г. URL: <http://www.apteka.ua/article/401518>

402. Старча Т. М., Волосовець О. П., Клоченко І. В. та ін. Сучасні завдання вищої медичної освіти та кадрового забезпечення реформування галузі. *Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України*: матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. (Тернопіль, 21–22 трав. 2015 р.). Тернопіль: ТДМУ, «Укрмедкнига». С. 5–7.

403. Стеценко С. Г., Шатковський Я. М., Стеценко В. Ю. Медичне право України (правові засади забезпечення медичного страхування): моногр. Київ: Атіка, 2010. 206 с.

404. Стеченко Д. М., Чмир О. С. Методологія наукових досліджень: підруч.



Київ: Знання, 2005. 309 с.

405. Стеченко О. Євроінтеграційні зміни у вищій медичній та фармацевтичній освіті: найближчі перспективи. *Людинознавчі студії: зб. наук. пр. Дрогобицького ДПУ імені Івана Франка. Серія «Педагогіка»* / голов. ред.: М. М. Чепіль. Дрогобич, 2015. № 1/33. С. 202–211.

406. Стучинська Н. В. Інтеграція фундаментальної та фахової підготовки майбутніх лікарів у процесі вивчення фізико-математичних дисциплін: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.02. Київ, 2008. 40 с.

407. Суплик-Діденко Д. М. Соціально-психологічні особливості роботи лікаря-стоматолога щодо збереження психічного здоров'я пацієнтів. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер.: Психологія*. 2016. Вип. 1. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn\\_2016\\_1\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2016_1_12) (дата звернення: 11.01.2018).

408. Сухомлинська О. Періодизація педагогічної думки в Україні: кроки до нового виміру. *Педагогічна газета*. 2002. № 10–11. С. 3–4.

409. Сухомлинський В. О. Проблеми виховання всебічно розвинутої особистості. *Вибрані твори: в 5 т.* Київ: Рад. шк, 1976. Т. 1. 654 с.

410. Табачковський В. Проблема «Я-інший» як осердя антропологічної рефлексії. *Філософія. Світ людини: курс лекцій / за ред. В. Табачковського*. Київ: Либідь, 2004. С. 157–178.

411. Тарасова О. Особливості змісту та моніторингу якості професійної підготовки майбутніх фахівців-міжнародників у системі вищої освіти США. *Порівняльна професійна педагогіка*. Хмельницький: ХНУ, 2012. С. 88–94.

412. Терешкевич Г. Т. Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти: навч. посіб. Львів: Світ, 2008. 344 с.

413. Тернова О. М. Науково-методичне обґрунтування впровадження принципів біоетики в професійне навчання та практичну діяльність провізорів і фармацевтів: дис. ... канд. фармацев. наук: 15.00.01 / Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2010. 158 с.

414. Титова С. В. Информационно-коммуникационные технологии в гуманитарном образовании: теория и практика: пособ. для студентов и аспирантов языковых факультетов университетов и вузов. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ЗАО «Издательство «ИКАР», 2014. 240 с.

415. Титовець Т. Е. Междисциплинарная интеграция в профессиональном образовании: достижения и проблемы. URL: <http://www.pdaa.edu.ua/np/pdf4/30.pdf> (дата обращения: 14.01.2018).

416. Тихолаз С. І. Педагогічні умови розвитку професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Вінниця, 2011. 22 с.

417. Ткаченко В. І. Досвід організації роботи амбулаторії сімейної медицини у Великій Британії. *Сімейна медицина*. 2010. № 1. С. 48–50.

418. Тогочинський О. М. Аналіз соціальної рефлексії як складової соціальної компетентності особистості. *Вища освіта України: Теоретичний та науково-методичний часопис* («Інтеграція вищої школи України до європейського та світового освітнього простору») / відп. ред. : Барановська Л. В., Бондарчук М. М., Лузік Е. В. Київ: СПД Ятченко А. Д., 2012. С. 430–436.

419. Тогочинський О. М. Теоретичні і методичні основи формування соціальної компетентності слухачів та курсантів вищих навчальних закладів МВС України: дис. ... д-ра. пед. наук: 13.00.04. Чернігів, 2016. 558 с.

420. Тофтул М. Г. Етика: підруч. 2-е вид, випр. і доповн. Київ: ВЦ «Академія», 2011. 440 с.

421. Тофтул М. Г. Сучасний словник з етики. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. 416 с.

422. Трейнев В. А., Трейнев И. В. Интенсивные педагогические игровые технологии в гуманитарном образовании: методология и практика. Москва: Дашков и К., 2007. 282 с.

423. Углов Б. Г. О врачебном долге. Київ: Здоров'я, 1987. 104 с.

424. Устінов О. В. Затверджено новий навчальний план підготовки лікарів. *Український медичний часопис*. 2010. № 4 (78) VII–VIII. URL: <http://www.umj.com.ua/article/3282/zatverdzheno-novij-navchalnij-plan-pidgotovki-likariv> (дата звернення: 14.06.2017).

425. Федоров А. В. Профессионально-этическая компетентность как один из факторов профессионализма социального педагога уголовно-исполнительной системы. *Педагогическое образование и наука*. 2012. № 6. С. 33–41.

426. Федорук Н. М. Мораль та суспільний прогрес: автореф. дис. ... канд. філософ. наук: 09.00.03. Харків, 2005. 20 с.

427. Федчишин Н. О. Дидактична система Йоганна Фрідріха Гербарта та її вплив на розвиток вітчизняної освіти: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. Тернопіль, 2009. 251 с.

428. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. 2-е изд., доп. Москва: Психотерапия, 2009. 544 с.

429. Філіпенко А. С. Основи наукових досліджень. Конспект лекцій: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2005. 208 с.

430. Філософські абрисы сучасної освіти: моногр. / авт. кол. І. Предборська, Г. Вишинська, В. Гайденок, Г. Гамрецька та ін.; за заг. ред. І. Предборської. Суми: ВТД «Університетська книга», 2006. 226 с.

431. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. Київ: «Академвидав», 2006. 352 с.

432. Фіцула М. М. Педагогіка: навч. посіб. 2-ге вид., випр. і доповн. Київ: Академвидав, 2003. 528 с.

433. Флоря В. Ответственность за врачебные преступления. Расследование и

експертиза. LAP LAMBERT Academic Publishing, 2013. 256 с.

434. Фопель К. Технология ведения тренинга. Теория и практика / пер. с нем. 3-е изд. Москва: Генезис, 2007. 267 с.

435. Фрейре П. Педагогіка свободи: етика, демократія і громадянська мужність / пер. з англ. О. Дем'янчука. Київ: Вид. дім «КМ Академія», 2004. 124 с.

436. Фромм Е. Мати чи бути? / пер. з англ. Київ: Укр. письм., 2010. 222 с.

437. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Budapest: Akademiai Kiado, 1974. 286 с.

438. Хатчесон Ф., Юм Д., Смит А. Эстетика. Москва: Искусство, 1973. 482 с.

439. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Санкт-Петербург: Питер; Москва: Смысл, 2003. 860 с.

440. Хоружа Л. Л. Етична компетентність сучасного вчителя. URL: <http://gu.osvita.ua/school/theory/1915/> (дата звернення: 19.03.2017).

441. Хоружа Л. Л. Етичний розвиток педагога: навч. посіб. Київ: Академвидав, 2012. 208 с.

442. Хоружа Л. Л. Теоретичні засади формування етичної компетентності майбутніх учителів початкових класів: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04 / Ін-т педагогіки АПН України. Київ, 2004. 45 с.

443. Хуторской А. В. Интернет в школе: Практикум по дистанционному обучению. Москва: ИОСО РАО, 2000. 304 с.

444. Хуторской А. В. Ключевые компетенции как компонент личностно ориентированной парадигмы образования. *Нар. образование*. 2003. № 2. С. 48–51, 58–61.

445. Цветкова Р. Мотивационная сфера личности: методика изучения. *Прикладная психология и психоанализ*. 2003. № 3. С. 66–72.

446. Цехмістер Я. В. Сучасна вища медична освіта в Україні: Основна мета і шляхи реформування. *Проблеми освіти у Польщі та в Україні в контексті процесів глобалізації та Євроінтеграції*: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ–Житомир, 22–24 квіт. 2009 р.) / за ред. Василя Кременя, Тадеуша Левовицького, Світлани Сисоевої. Київ; Житомир, 2009. С. 234–243.

447. Чепорова Г. С. Визначення та класифікація фахових дисциплін як основи формування професійної компетентності майбутніх економістів. *Ученые записки Таверического национального университета имени В. И. Вернадского. Сер.: Экономика и управление*. 2011. Т. 24 (63). № 2. С. 192–203.

448. Черненко З. С. Права та обов'язки медичних працівників під час збройних конфліктів. *Наукові записки НаУКМА. Юридичні науки*. 2015. Т. 168. С. 109. URL: [http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/7847/Chernenko\\_Prava\\_ta\\_oboviazky\\_medychnykh\\_pratsivnykiv.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/7847/Chernenko_Prava_ta_oboviazky_medychnykh_pratsivnykiv.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата звернення: 14.12.2017).

449. Чернилевский Д. В. Дидактические технологии в высшей школе: учеб. пособ. для вузов. Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. 437 с.

450. Шейко В. М., Кушнарченко Н. М. Організація та методика науково-дослідницької діяльності: підруч. 6-те вид., переробл. і допов. Київ: Знання, 2008. 310 с.
451. Шиянов Е. Н., Котова Е. Н. Развитие личности в обучении: учеб. пособ. для студентов пед. вузов. Москва: Академия, 2000. 288 с.
452. Шляхи удосконалення медичного забезпечення Збройних сил України в ході їх застосування у збройному конфлікті (інформаційно-аналітичний огляд джерел наукової інформації) / О. М. Власенко, А. М. Галушка, В. О. Жаховський та ін. Київ: УВМА, 2014. 40 с.
453. Шубин Б. М. Доктор А. П. Чехов. 3-е изд., доп. Москва: Знание, 1982. 176 с.
454. Шульпин С. Е. Этическая компетентность как фактор профессиональной подготовки будущего учителя: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.08. Курган, 1999 183 с.
455. Щедровицкий Г. П., Котельников С. И. Организационно-деятельностная игра как новая форма организации и метод развития коллективной мыследеятельности. *Нововведения в организациях*. Москва: ВНИСИ, 1983. С. 33–53.
456. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3 т. / гл. ред. Петровский Б. В. Москва: Советская энциклопедия, 1982. Т. I: А – Йореса способ. 464 с.
457. Яблонко В. Я. Психолого-педагогічні основи формування особистості: навч. пос. Київ: Центр навчальної літератури, 2008. 220 с.
458. Ягупов В. В. Педагогіка: навч. посіб. Київ: Либідь, 2002. 560 с.
459. Якобсон П. М. Психология чувств и мотивации / под ред. Е. М. Борисовой. Москва: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1998. 304 с.
460. Яровинский М. Я. Медицинская этика (биоэтика): учеб. пособ. для студентов медицинских вузов / под ред. акад. А. М. Сточика. Москва: Медицина, 2006. 448 с.
461. Ясвин В. А. Образовательная среда: от моделирования к проектированию. Москва: Смысл, 2001. 365 с.
462. Agarwal J, Malloy D. C. An integrated model of ethical decision-making: A proposed pedagogical framework for a marketing ethics curriculum. *Teaching Business Ethics*. 2002. Vol. 6. Issue 2. pp. 245–268.
463. Alghrani A., Bennett R., Ost S. Bioethics, Medicine and the Criminal Law. *The Chriminal Law and Bioethical Conflict: Walking the Tightrope*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012. 305 p.
464. Armstrong A., Block S., Carver S. et al. New Pathway. Harvard Medical School. 1989. P. 125
465. Aronson E., Blaney N., Stephan C., Sikes J., Snapp M. The Jigsaw Classroom. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1978.
466. Becker St. Das Recht der Hochschulmedizin. Berlin, Springer, 2005. 423 s.

467. Bingmann D. Overview of Medical Education in Europe. *Medical Education in Europe: An Anthology of Med-Net conference presentations 1998, Lille & 1999, Maastricht*.

468. Bloom B. S. Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals. New York: David McKay Co. 1956. Handbook 1: Cognitive Domain. 207 p.

469. Brytting T., De Geer H., Silfverberg G. Moral i Verksamheten–Ett Etiskt Perspektiv på Företag och Arbete (Morality in Business–An Ethical Perspective on Business and Work). Stockholm, Sweden: Natur & Kultur, 1993. p. 70.

470. Catto G. R. D. Interface between university and medical school: the way ahead? *BMJ*. 2000. Vol. 320. P. 633–636.

471. Code of medical ethics: Current opinions with annotations: 150<sup>th</sup> Anniversary edition / American Medical Assoc. Chicago: AMA, 1997. 246 p.

472. Code of pharmaceutical marketing practices / International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations. URL: <https://www.ifpma.org/subtopics/code-of-practice-2> (last accessed: 22.01.2018).

473. Code of Practice for the Pharmaceutical Industry URL: <http://www.pmpca.org.uk/thecode/Pages/default.aspx>

474. Code of Practice on the Promotion of Medicines / International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations. URL: <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/content/code-practice-promotion-medicines> (last accessed: 10.03.2018).

475. Cone J. Ethical issues in occupational disease outbreak investigations. *Occupational medicine*. Philadelphia, Pa. 2002 Oct-Dec. Vol. 17. Issue 4. P. 657-63.

476. Council Directive 93/16/EEC of 5 April 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications».

477. Curriculum für das Masterstudium Medizinische Informatik an der Medizinischen Universität Wien. *Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien*. 2006. 19 Stück. URL: <http://www.meduniwien.ac.at/> (last accessed: 14.05.2017).

478. Curtoni S., Willemstein S., Smolders F., De Koning J. Overview of Medical Education in Europe. *Medical Education in Europe: An Anthology of Med-Net conference presentations Lille, 1998, Maastricht, 1999*.

479. Declaration of Geneva (1948). Adopted by the General Assembly of World Medical Association at Geneva Switzerland, September 1948 URL: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/> (last accessed: 02.03.2015).

480. Dudikova L. V. Tendencies of Future Doctors' Ethical Competence Formation at Medical Universities in Europe and the USA. *Comparative Professional Pedagogics*. 2017. Vol. 7. Issue 4. pp. 82–88.

481. Edurn F. Hospitals as centers for training and education. *JAMA*. 1968. V. 206. P. 9–14.

482. Ellerin B. E., Schneider R. J., Stern A., Toniolo P. G., Formenti S. C. Ethical,

legal, and social issues related to genomics and cancer research: the impending crisis. *Journal of the American College of Radiology: JACR*, 2005 Nov. Vol. 2 (11). pp. 919–26.

483. Emergency War Surgery: Textbooks of Military Medicine. Third United States Revision / Lorraine B. Davis Eds., Andy C. Szul Eds. Walter Reed Army Medical Center Borden Institute, 2004. 488 p. URL: <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a428731.pdf> (last accessed: 24.01.2018).

484. Employment of Forward surgical teams. Tactics, techniques, and procedures (FM 4–02.25, Fieldmanual). Washington: Headquarters Department of the Army, 2003. 124 p.

485. Ethical Ambiguities in the Practice of Child Clinical Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2002. Vol. 33, No. 1. P. 24–29.

486. Fishman T. The Fundamental Values of Academic Integrity. 2nd ed. / International Center for Academic Integrity. Clemson University. 36 p. URL: [http://www.academicintegrity.org/icai/assets/AUD\\_Integrity\\_Quotes.pdf](http://www.academicintegrity.org/icai/assets/AUD_Integrity_Quotes.pdf) (last accessed: 11.01.2018).

487. Food and Drug Act / Justice Laws Website. URL: <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/f-27/> (last accessed: 14.01.2018).

488. Geneva Conventions. Convention relative to the treatment of prisoners of war Adopted August 12, 1949 URL: <https://www.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Article.xsp?action=openDocument&documentId=148A222E99A55D99C12563CD00518D76> (last accessed: 02.03.2015).

489. Gross M. L. Neutrality. Bioethics and Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War. Cambridge, MA: MIT Press; 2006. P. 175–210.

490. Herbart J. F. Allgemeine Pädagogik aus dem Zweck der Erziehung abgeleitet, hrsg. Von Hermann Holstein. Bochum: Kamp, 1965. 202 s.

491. Hirtz D. G., Fitzsimmons L. G. Regulatory and ethical issues in the conduct of clinical research involving children. *Current opinion in pediatrics*. 2002 Dec. Vol. 14 (6). pp. 669–75.

492. Holliday Samantha. Reproductive Ethics and the Law: A Comparative Approach. Oxford: Routledge-Cavendish, 2013. 350 p.

493. Hubbard J. Evaluation, certification and licensure in medicine new tendencies. *J. Amer. med. Ass.* 1973. Vol. 225. Issue 4. P. 401–406.

494. Intersectoral governance for health in all policies / McQueen D. et al. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. 206 p.

495. Jeffers B. R. Human biological materials in research: ethical issues and the role of stewardship in minimizing research risks. *ANS. Advances in nursing science*. 2001 Dec. Vol. 24 (2). pp. 32–46.

496. Kaidalova L. G. Shyshman V. D. Pedagogical conditions of the introduction of the introduction of interactive learning in the process of professional training of nurses. *Topical issues of new drugs development: Abstracts of XX International Scientific*

c And Practical Conference Of Young Scientists And Student (April 23, 2015). Kharkov: Publishing Office NUPh, 2015. P. 616–617.

497. Källemark S. Arnetz B., Hansson M. Developing Ethical Competence in Health Care Organizations. *Nursing Ethics*. Vol. 14. Issue 6. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733007082142> (last accessed: 14.01.2018).

498. Källemark-Sporröng S. Ethical competence and moral distress in the health care sector: A prospective evaluation of ethics rounds. Uppsala, Sweden: Uppsala University. 2007. 67 p.

499. Kardashev V. Present tendencies in the development of postgraduate medical education in the World / WHO Collaborating Centre for Postgraduate Education of the Central institute for advanced Medical training. Moscow, 1976. P. 1–26.

500. Kaups Krista L. . Competence not Age Determines Ability to Practice: Ethical Considerations about Sensorimotor Agility, Dexterity, and Cognitive Capacity. *Journal of Ethics*. 2016 October, Vol. 18, No. 10. pp. 1017–1024.

501. Kavathatzopoulos I. The use of information and communication technology in the training for ethical competence in business. *Journal of Business Ethics*, 2003, Vol. 48. (1), pp. 43–51.

502. Kuhlau F., Evers K., Eriksson S., Höglund A. Ethical Competence in Dual Use Life Science Research. *Applied Biosafety*. 2012. Vol. 17, Issue 3. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/153567601201700303> (last accessed: 14.09.2017).

503. Lechasseur K., Caux C., Dollé S., Legault A. Ethical competence. An integrative review. *Nursing Ethics*. First Published September 30, 2016 URL: <https://doi.org/10.1177/0969733016667773> (last accessed: 14.05.2017).

504. Malone R. E. Ethical issues in publication of research. *Journal of emergency nursing: JEN*: official publication of the Emergency Department Nurses Association. 1998 Jun. Vol. 24. Issue 3. pp. 281–3.

505. Melnychuk I. N. Integration of general scientific approaches towards formation of professional competence of future doctors. *European Humanities Studies: State and Society*. 2016. № 1. C. 291–301.

506. Miller G. E. The assessment of clinical skills, competence, performance. *Academic medicine*. 1990. Vol. 65 (9 Suppl). S63–S68.

507. Milton L. Constance. Ethics and Defining Cultural Competence. *Nursing Science Quarterly*. 2016. Vol. 29, Issue 1. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0894318415614624> (last accessed: 14.06.2017).

508. Mitchell G. J. Policy, procedure, and routine: Matters of moral influence. *Nursing Science Quarterly*. 2001. Vol. 14. Issue 2. pp. 109–114.

509. Mitchell K. R., Lovat T. J., Myser C. M. Teaching bioethics to medical students: the Newcastle experience. *Med Educ*. 1992 Jul. Vol. 26. Issue 4. pp. 290–300.

510. Mitchell K., Myser C., Kerridge I. Assessing the clinical ethical competence of undergraduate medical students. *Journal of medical ethics*. Teaching medical ethics Faculty of Medicine, University of Newcastle, Australia. 1993. P. 230–236.
511. Norman G. Can an examination predict competence? The role of recertification in maintenance of competence. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. 1991. Vol. 24. pp. 121–124.
512. O'Cathain A., Nicholl J., Murphy E. Structural issues affecting mixed methods studies in health research: a qualitative study. *BMC Med Res Methodol*. 2009, Vol. 9 (82). URL: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-9-82> (last accessed: 11.01.2018).
513. Parkhurst H. Education on the Dalton plan. New York: E. P. Dutton & Company, 1922. 122 p.
514. Peter E., Lunardi V.L., Macfarlane A. Nursing resistance as ethical action: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2004. Vol. 46. Issue 4. pp. 403–416.
515. Poikkeus T., Suhonen R., Katajisto J., Leino-Kilpi H. Organisational and individual support for nurses' ethical competence: A cross-sectional survey. *Nursing Ethics*. Vol 25, Issue 3, 2018. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969733016642627> (last accessed: 28.03.2018).
516. Protection of humanitarian medical missions: Resolution 904 / Parliamentary Assembly. 1988. URL: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=16315&lang=en> (last accessed: 02.03.2015).
517. Radysh Y. International Humanitarian Law – Important Legal Regulation Element of Medical Personnel Participation in the International Peace Actions. *Medical Law*. 2013. Issue 1. pp. 54–66.
518. Resolution 904 (1988) on the protection of humanitarian medical missions [Electronic resource]. – Mode of access: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta88/ERES904.htm> (date of access: 02.03.2015). – Title from the screen
519. Review of the commitments of Member States for Europe between 1990 and 2010: analysis in the light of the Health 2020 strategy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. URL: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/171902/Review-of-the-commitments-of-WHO-European-Member-States-and-the-WHO-Regional-Office-for-Europe-between-1990-and-2010.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/171902/Review-of-the-commitments-of-WHO-European-Member-States-and-the-WHO-Regional-Office-for-Europe-between-1990-and-2010.pdf) (last accessed: 20.11.2017).
520. Rextect B. The role of Medical education in planning the development of a national health care system. *Med. Educ*. 2004. Vol. 149. Issue 1. P. 27–42.
521. Robichaux C. Ethical competence in nursing practice: competencies, skills, decision-making. New York: Springer Publishing Company, 2017. 361 p.
522. Rossouw G. J. Three approaches to teaching business ethics. *Teaching Business Ethics*. 2002. Vol. 6. Issue 4. pp. 411–433.



523. Rychen D. C. et al. Key Competencies for Successful Life and Well-Functioning Society. OECD: Hogrefe and Huber, 2003. 224 p.

524. Sandberg J., Targama A. Ledning och förståelse. Ett kompetensperspektiv på organisationer (Leadership and understanding. A competence perspective on organizations.) Studentlitteratur, Lund. 1998.

525. Savage L. Literacy Through a Competency-Based Education Approach. *Approaches to Adult ESL Literacy Instruction.* / J. Crandall and J. Peyton Eds. Washington DC: Delta Systems Co. & Center for Applied Linguistics, 1993. p. 15.

526. Schulte P. A., Sweeney M. H. Ethical considerations, confidentiality issues, rights of human subjects, and uses of monitoring data in research and regulation. *Environmental Health Perspect.* 1995. Vol. 103. Suppl 3. pp. 69–74. URL: <http://images.biomedsearch.com/7635115/envhper00363-0072.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIBOKHYOLP4MBMRGQ&Expires=1526515200&Signature=S04cAuw1QW6oO%2Bhly5boszXwQ5Y%3D> (last accessed: 10.01.2018).

527. Sehniiid R. Medical School in the Year 2000 and Beyond. *Mayo Clinic proceedings.* 2009. Vol. 64. P. 80–84.

528. Simpson E. J. The Classification of Educational Objectives in the Psychomotor Domain. Washington, DC: Gryphon House. 1972.

529. Slavin R. E. Cooperative Learning. New York: Longman. 1983. 147 p.

530. Small-group work and assessment in a PBL curriculum: a qualitative and quantitative evaluation of student perceptions of the process of working in small groups and its assessments / S.C. Willis [et al.] // *Medical Teacher.* – 2002. – Vol. 24 (5). – P. 495–502.

531. Soskolne C. L. Ethical, social, and legal issues surrounding studies of susceptible populations and individuals. *Environmental health perspectives.* 1997 Jun, Vol. 105. Suppl 4. pp. 837–841.

532. Standards for Accreditation of medical Education Programs Leading to the M.D. Degree. / Liaison Committee on Medical Education. Chicago, IL. June 2002. Part 2. P. 7–25

533. Steiner J. E. Jr. Problems In Health Care Law: Challenges for the 21st century. Burlington, MA, USA: Jones & Bartlett Learning LLC, 2013. 596 p.

534. Takahashi K. Recent topics on ethical issues in psychiatry, mental care and welfare. *Seishin Shinkeigaku Zasshi.* 01 Jan 2002. 104 (9). pp. 725–734. URL: <http://europepmc.org/abstract/med/9354930> (last accessed: 13.05.2016).

535. Top Universities in Ukraine. 2018 Ukrainian University Ranking. URL: <https://www.4icu.org/ua/> (last accessed: 13.04.2018).

536. Weichun Zhu., May D. R., Avolio B. J. The Impact of Ethical Leadership Behavior on Employee Outcomes: The Roles of Psychological Empowerment and Authenticity. *Journal of Leadership & Organizational Studies.* 2004. Vol 11, Issue 1. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/107179190401100104> (last accessed: 13.02.2017).

537. Wertz D. C., Fletcher J. C. Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1989. 536 p.

538. Willis S. C. et al. Small-group work and assessment in a PBL curriculum: a qualitative and quantitative evaluation of student perceptions of the process of working in small groups and its assessments. *Medical Teacher*. 2002. Vol. 24 (5). P. 495–502.

539. Wood D. F. ABC of learning and teaching in medicine: Problem based learning. *BMJ*. 2003. Vol. 326. P. 328–330.

540. Wood D. F. Evaluating the outcomes of undergraduate medical education. *Medical Education*. 2003. Vol. 37 (7). P. 580–581.

541. <http://www.mil.gov.ua/news/2017/06/13/za-chas-provedennya-ato-na-donbasi-zaginuli-38-vijskovih-medikiv-bilshe-200-otrimali-poranennya/>].

542. [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtbr\\_eduinstitutions/](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/mtbr_eduinstitutions/)

543. <https://www.vnm.edu.ua>

**ДОДАТКИ**

**Номенклатура лікарських спеціальностей відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я № 76 (з0256-06) від 21.02.2006**

[306]

1. Авіаційна та космічна медицина
2. Акушерство і гінекологія
3. Алергологія
4. Анестезіологія
5. Бактеріологія
6. Вірусологія
7. Гастроентерологія
8. Гематологія
9. Генетика лабораторна
10. Генетика медична
11. Геріатрія
12. Гігієна дітей та підлітків
13. Гігієна праці
14. Гігієна харчування
15. Дезінфекційна справа
16. Дерматовенерологія
17. Дитяча алергологія
18. Дитяча анестезіологія
19. Дитяча гастроентерологія
20. Дитяча гематологія
21. Дитяча гінекологія
22. Дитяча дерматовенерологія
23. Дитяча ендокринологія
24. Дитяча імунологія
25. Дитяча кардіоревматологія
26. Дитяча неврологія
27. Дитяча нефрологія
28. Дитяча онкологія
29. Дитяча ортопедія і травматологія
30. Дитяча отоларингологія
31. Дитяча офтальмологія
32. Дитяча патологічна анатомія
33. Дитяча психіатрія
34. Дитяча пульмонологія
35. Дитяча стоматологія
36. Дитяча урологія
37. Дитяча фтизіатрія
38. Дитяча хірургія
39. Дитячі інфекційні хвороби
40. Дієтологія
41. Ендокринологія
42. Ендоскопія
43. Епідеміологія
44. Загальна гігієна
45. Загальна практика - сімейна медицина
46. Імунологія
47. Інфекційні хвороби
48. Кардіологія
49. Клінічна біохімія
50. Клінічна імунологія
51. Клінічна лабораторна діагностика
52. Комбустіологія
53. Комунальна гігієна
54. Лабораторна імунологія
55. Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища
56. Лабораторні дослідження фізичних факторів навколишнього середовища
57. Лабораторні дослідження хімічних факторів навколишнього середовища
58. Лікувальна фізкультура
59. Лікувальна фізкультура і спортивна медицина
60. Медицина невідкладних станів
61. Медична психологія
62. Мікробіологія і вірусологія
63. Наркологія
64. Народна та нетрадиційна медицина

65. Неврологія
66. Нейрохірургія
67. Неонатологія
68. Нефрологія
69. Онкогінекологія
70. Онкологія
71. Онкоотоларингологія
72. Онкохірургія
73. Організація і управління охороною здоров'я
74. Ортодонтія
75. Ортопедична стоматологія
76. Ортопедія і травматологія
77. Отоларингологія
78. Офтальмологія
79. Паразитологія
80. Патологічна анатомія
81. Педіатрія
82. Підліткова терапія
83. Проктологія
84. Променева терапія
85. Професійна патологія
86. Психіатрія
87. Психотерапія
88. Психофізіологія
89. Пульмонологія
90. Радіаційна гігієна
91. Радіологія
92. Радіонуклідна діагностика
93. Ревматологія
94. Рентгенологія
95. Рефлексотерапія
96. Санологія
97. Сексопатологія
98. Спортивна медицина
99. Стоматологія
100. Судинна хірургія
101. Суднова медицина
102. Судово-медична гістологія
103. Судово-медична експертиза
104. Судово-медична імунологія
105. Судово-медична криміналістика
106. Судово-медична токсикологія
107. Судово-медична цитологія
108. Судово-психіатрична експертиза
109. Сурдологія
110. Терапевтична стоматологія
111. Терапія
112. Токсикологія
113. Торакальна хірургія
114. Трансплантологія
115. Трансфузіологія
116. Ультразвукова діагностика
117. Урологія
118. Фізіотерапія
119. Фтизіатрія
120. Функціональна діагностика
121. Хірургічна стоматологія
122. Хірургія
123. Хірургія серця і магістральних судин

**Міжнародні етико-деонтологічні документи у галузі медичної діяльності [172]**

- Клятва Гіппократа.
- Женевська декларація (Міжнародна клятва лікарів) – прийнята 2-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (Женева, Швейцарія) у вересні 1948 року, доповнена 22-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Сідней, Австралія) у серпні 1968 року і 35-ю Всесвітньою медичною асоціацією (Венеція, Італія) у жовтні 1983 року
  - Міжнародний кодекс медичної етики – прийнятий 3-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (Женева, Швейцарія) у жовтні 1949 року, доповнений 22-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Сідней, Австралія) у серпні 1968 року і 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Венеція, Італія) у жовтні 1983 року.
  - Європейський Кодекс медичної етики (1987 рік).
  - Конвенція про захист прав і гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології і медицини: Конвенція про права людини і біомедицину (Рада Європи, Ов'єдо, 4 квітня 1997 рік).
  - Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі (Амстердам, 1994 рік).
  - Декларація про евтаназію – прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Мадрид, Іспанія) у жовтні 1987 року.
  - Венеціанська декларація про термінальний стан – прийнята 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Венеція, Італія) у жовтні 1983 року.
  - Заява про персистуючий вегетативний стан – прийнято 41-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Гонконг, вересень 1989 року).
  - Заява про право жінки на використання контрацепції – прийнята 46-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Стокгольм, Швеція), вересень 1994 року.
  - Декларація «Про планування родини» – прийнята в 1967 році на Всесвітній медичній асамблеї в Мадриді, підтверджена в 1969 році й доповнена в 1983 році
  - Лісабонська декларація прав пацієнтів від 1981 року.
  - Декларація про політику у сфері гарантування прав пацієнтів у Європі від 1994 року.
  - Декларація про генетичне консультування і генну інженерію – прийнята 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Мадрид, 1987 рік) і доповнена в 1992 році.
  - Загальна декларація про геном людини і права людини – прийнята Генеральною конференцією ЮНЕСКО на 29-й сесії 11 листопада 1997 року.
  - Токійська декларація – прийнята 29-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Токіо, Японія), жовтень 1975 року.

- Гельсінкська декларація – прийнята 18-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Гельсінкі, 1964 рік), переглянута 29-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Токіо, 1975 рік), переглянута 35-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Венеція, 1983 рік), переглянута 41-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (Гонконг, 1989 рік).

- Декларація Всесвітньої медичної асоціації «Про використання тварин у медико-біологічних дослідженнях» (1989 рік).

## Клятва Асафа

Заповіт, який уклали Асаф бен Берех'ягу і Йоханан бен Забда зі своїми учнями, і прийняли від них клятву слідувати таким словам.

Не ловіть, умертвляючи, яку б то не було душу ядовитим напоєм; і не примушуйте жінку, яка страждає через свій блуд, щоб вона викинула; і не спокушайтеся на красу жінок (пацієнок), щоб зійтися з ними; і не відкривайте таємниць людини, яка довірилась вам; і не беріть хабара, щоб ви не зашкодили; і не обтяжуйте серця свого проти жалощів до бідного та малозабезпеченого, (котрого ви повинні) лікувати; і не говоріть про хороше, що це погано, а про погане, що це добре; і не слідуйте законам чаклунів – об'єднати предмети, чаклуючи, щоб відвести чоловіка від своєї рідної жінки, а жінку – від коханого її юності; і не спокушайтеся на багатство та вигоду, (щоб за них) допомогти блуду; і не користуйтеся ідолопоклонством, щоб зцілити за його допомогою; навпаки, не сприймайте і засуджуйте тих, хто поклоняється ідолам, покладаючись на них і обіцяючи їх іменем: адже всі вони – пусте місце і користі не приносять; вони – ніщо, козли і привиди мертвих. Свої власні трупи порятувати не можуть, а (тим більше) не зможуть порятувати живих.

Отже, покладайтесь на Єдиного, Бога вашого, Бога істини, Бога живого, бо Він – дає життя і смерть, хвороби і зцілення; дає людині знання та допомогу; ранить – по справедливості та суду, а рятує – благодаттю і милосердям; не сховаються від Нього всі хитрі, і від Його очей нічого не сховати. Його воля вирощує цілющі рослини; Він вселяє в серця мудрих знання, щоб вони лікували – великою Його благодаттю.

Розкажіть про чудеса, щоб багато людей, щоб усі живі знали, що Він створив їх, і немає рятівника, крім Нього.

Бо є народи, що вірять у свої ідоли, мовляв, вони позбавляють їх від бід, але вони їх рятують від нещастя! Бо надія та уповання їх – на мерців.

Ось чому треба вам від них триматися подалі, і уникати й віддалятися від всяких гидот їхніх бовванів, і міцно триматися Ім'я Єдиного, Бога душ всього живого: щоб ті народи залишали своїх ідолів і бажали служити Єдиному, подібно вам.

Адже тоді вони зрозуміють порожнечу того, в чому були впевнені, і марність своїх трудів, коли вони кричали богу, який не робить доброго і не дає знань.

А ти сповнойся силою, і не ослабнуть руки твої! Адже є нагорода за труди ваші, і Єдиний з вами, коли ти – з Ним.

Якщо ви будете дотримуватися Його заповіту, і законам Його будете слідувати, міцно дотримуючись їх, тоді ви будете Його святими – в очах усіх живих; і всі скажуть: «Щасливий народ, якому таке випало; щасливий народ, Бог якого – Єдиний».



Відповіли учні їх та сказали: все, що ви наказали нам, ми зробимо, бо це заповідь і нам належить виконувати її всім нашим серцем, і всією душею, і всіма нашими можливостями: робити, слухати і не відхилитися, не відходити ні праворуч, ні ліворуч.

І благословили їх ім'я Бога Всевишнього, Творця Неба і Землі.

І ще покликали до них свідків, кажучи їм:

Ось Єдиний Бог, і Його святині, і Його Учення – у свідках вам, що ви будете вшановувати Його, не відступіться від Його волі; ідіть через Його закони з щирою душею; і не гоніться за вигодою, займаючись недостойними справами; і не виготовляйте отруту нікому, чоловікові чи жінці, щоб вони могли вбити ближнього свого; і не повідомляйте про компоненти (отрути), і не передайте рецептів (отрути) іншим людям, і не говоріть про те, що пов'язано з (отрутами).

І не обумовлюйте лікування оплатою, і не викликайте обманними розмовами хворобу в душі людини.

І не завдавайте тілесних ушкоджень людині необдумано, розкриваючи її тіло залізним інструментом чи вогнем: без двох або трьох діагнозів не давайте порад.

І не буде правити вами гордіня духу, щоб винищити ваш зір і серце ваше; і не тримайте на хвору людину зла. І не будуть відрізняться речі свої від того, що повелів робити Єдиний Бог наш: дотримуйтеся Його заповідей, ідіть Його дорогами, щоб любити Його; будьте чистими, вірними і чесними.

Такі настанови давали Асаф і Йоханан своїм учням.

**Характеристика підготовки лікарів у Віденському університеті  
(Medizinische Universität Wien), Австрія [211]**

Факультет	Медичний
Спеціальність	Медицина
Термін навчання	6 років (12 семестрів)
Кваліфікація	Лікар-спеціаліст
Післядипломна спеціалізація на кваліфікацію «лікар»	3 роки
Післядипломна спеціалізація на кваліфікацію «спеціаліст»	4 – 6 років
Web site	<a href="http://www.meduniwien.ac.at">http://www.meduniwien.ac.at</a>

### **Загальна інформація**

Відповідно до норм програми ERASMUS студенти можуть навчатися в одному з університетів країн-учасниць Болонського процесу лише один раз, причому максимальний період навчання повинен становити не більше одного року.

Студент може прийняти рішення продовжити навчання в одному з університетів за кордоном до завершення курсу навчання і отримання диплома.

Студент може не платити за навчання в університеті, де він тимчасово навчається, але, з іншого боку, від нього можуть вимагати плату за навчання за цей період в університеті його країни.

Національний грант може бути не припинено на час навчання студента в іншому університеті, і одночасно студент може отримувати ERASMUS грант. Студенти можуть отримувати ERASMUS-грант за умови, якщо:

- період навчання триває не менше 3 місяців і не більше року;
- студент має право на отримання ERASMUS-гранта один раз на весь період навчання;
- студенти першого року навчання не мають права на отримання ERASMUS-гранту, так як вони не мають вступних іспитів у Віденському університеті: для зарахування в університет рівень атестата повинен бути «Matura», що відповідає Британському «A – рівню».

**Навчальний план**

У Віденському університеті для отримання медичного ступеня необхідні 6 років (12 семестрів). Оскільки жорсткого розподілу курсів за програмою немає, іспити можуть проводитися в різний час – термін навчання може тривати довше, ніж стандартні 6 років.

Після успішного завершення всіх необхідних теоретичних і практичних курсів студентам присвоюється ступінь «Доктор Медицини». Цей ступінь присуджує університет.

Зазначена ступінь є передумовою для продовження подальшої практичної підготовки в клініці з метою отримання звання лікаря (3 роки) або вузького спеціаліста (4-6 років). Ці ступені присуджує «Рада лікарів».

Навчальний план складається з 3-х етапів:

Теоретична підготовка (4 семестри): медична фізика, медична біологія, анатомія, гістологія і ембріологія, медична біохімія, медична фізіологія, перша допомога.

Теоретично-клінічна підготовка (3 семестри): медична психологія, загальна патологія, функціональна патологія, фармакологія і токсикологія, радіологія, гігієна і мікробіологія.

Клінічна підготовка (5 семестрів): внутрішня медицина, хірургія, гінекологія та акушерство, психіатрія, неврологія, офтальмологія, дерматологія і венерологія, оториноларингологія, соціальна медицина, судова медицина, стоматологія та хвороби ротової порожнини.

Клінічна підготовка також проводиться протягом 16 тижнів в якості помічника лікаря.

Додатково кожному студенту необхідно обрати елективний курс або написати дисертацію.

**Методи оцінки**

Кожен етап завершується комплексним іспитом, який, як правило, проходить у формі письмового тестування.

## Витяг з Класифікатора професій ДК 003:2010

## Розділ 2. Професіонали

Класифікатор професій із змінами, затвердженими наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України від 16 серпня 2012 року № 923 [303]

КОД КП	КОД ЗКПТР	ВИПУСК ЄТКД	ВИПУСК ДКХП	ПРОФЕСІЙНА НАЗВА РОБОТИ
2221.2	20311		78	Лікар
2221.2	20333	-		Лікар гірничорятувальної частини
2221.2	-		78	Лікар з авіаційної медицини
2221.2	-		78	Лікар з народної та нетрадиційної медицини
2221.2	-		78	Лікар з променевої терапії
2221.2	-		78	Лікар з радіонуклідної діагностики
2221.2	-		78	Лікар з ультразвукової діагностики
2221.2	-		78	Лікар загальної практики - сімейний лікар
2221.2	20397	-		Лікар підводного апарата
2221.2	20408		78	Лікар приймальної палати (відділення)
2221.2	20344		78	Лікар пункту охорони здоров'я
2221.2	20424	-		Лікар роз'їзний (лінійний) на залізничному транспорті
2221.2			78	Лікар з медицини невідкладних станів
2221.2	-		78	Лікар судовий
2221.2				Лікар фізичної та реабілітаційної медицини
2221.2	20314		78	Лікар-акушер-гінеколог
2221.2	20315		78	Лікар-алерголог
2221.2	-		78	Лікар-анестезіолог
2221.2	20329		78	Лікар-гастроентеролог
2221.2	20332		78	Лікар-гематолог
2221.2	-		78	Лікар-генетик
2221.2	-		78	Лікар-геріатр
2221.2			78	Лікар-гінеколог дитячого та підліткового віку
2221.2			78	Лікар-гінеколог-онколог

2221.2	20338		78	Лікар-дерматовенеролог
2221.2	20520		78	Лікар-ендокринолог
2221.2	-		78	Лікар-імунолог
2221.2	20356		78	Лікар-інфекціоніст
2221.2	-		78	Лікар-кардіолог
2221.2	-		78	Лікар-кардіоревматолог дитячий
2221.2	-		78	Лікар-комбустіолог
2221.2	20365		78	Лікар-методист
2221.2	20366		78	Лікар-нарколог
2221.2	-		78	Лікар-невролог дитячий
2221.2	20371		78	Лікар-невропатолог
2221.2				Лікар-нейрофізіолог
2221.2	20374		78	Лікар-нейрохірург
2221.2	-		78	Лікар-нефролог
2221.2	20377		78	Лікар-онколог
2221.2	-		78	Лікар-ортопед-травматолог
2221.2	20380		78	Лікар-отоларинголог
2221.2	20383		78	Лікар-офтальмолог
2221.2	20392		78	Лікар-педіатр
2221.2	-		78	Лікар-педіатр дільничний
2221.2	-		78	Лікар-педіатр-неонатолог
2221.2	20417		78	Лікар-психіатр
2221.2	-		78	Лікар-психолог
2221.2	-		78	Лікар-психотерапевт
2221.2	-		78	Лікар-психофізіолог
2221.2	-		78	Лікар-пульмонолог
2221.2	20423		78	Лікар-радіолог
2221.2	-		78	Лікар-ревматолог
2221.2	-		78	Лікар-рефлексотерапевт
2221.2	-		78	Лікар-сексопатолог
2221.2	-		78	Лікар-сурдолог
2221.2	20481		78	Лікар-терапевт
2221.2	-		78	Лікар-терапевт дільничний

2221.2	20484		78	Лікар-терапевт підлітковий
2221.2	20490		78	Лікар-терапевт цехової лікарської дільниці
2221.2	20493		78	Лікар-токсиколог
2221.2	-		78	Лікар-трансплантолог
2221.2	-		78	Лікар-трансфузіолог
2221.2	20502		78	Лікар-уролог
2221.2	20508		78	Лікар-фтизіатр
2221.2	20517		78	Лікар-хірург
2221.2	-		78	Лікар-хірург серцево-судинний
2221.2	-		78	Лікар-хірург судинний
2221.2	-		78	Лікар-хірург торакальний
2221.2	-		78	Лікар-хірург-онколог
2221.2	-		78	Лікар-хірург-проктолог
2222.1				Молодший науковий співробітник (стоматологія)
2222.1	23667	-		Науковий співробітник (стоматологія)
2222.1				Науковий співробітник-консультант (стоматологія)
2222.2	20459		78	Лікар-стоматолог
2222.2	20462		78	Лікар-стоматолог-ортодонт
2222.2	-		78	Лікар-стоматолог-ортопед
2222.2	-		78	Лікар-стоматолог-терапевт
2222.2	20468		78	Лікар-стоматолог-хірург

**Додаток Ж**  
**Діагностичні методики для з'ясування стану сформованості професійно-**  
**етичної компетентності у майбутніх лікарів**

**Додаток Ж.1**  
**Експрес-діагностика соціальних цінностей особистості**  
[326, с. 166–167]

**Шановний друже!**

Просимо Вас відповісти на питання анкети щодо проблеми формування соціальної компетентності майбутніх лікарів.

Нижче подано 16 тверджень. Оцініть для себе значимість кожного з них у балах за схемою: 10 (неважливо), 20, 30, 40 ... 100 (дуже важливо).

1. Захоплююча робота, яка приносить радість.
2. Високооплачувана робота.
3. Удає одруження або заміжжя.
4. Знайомство з новими людьми, соціальні заходи.
5. Участь у громадській діяльності.
6. Релігія.
7. Заняття спортом.
8. Інтелектуальний розвиток.
9. Кар'єра.
10. Гарні машини, одяг, будинок і т. д.
11. Перебування в колі сім'ї.
12. Близькі друзі.
13. Робота на добровільних началах у некомерційних організаціях.
14. Медитація, міркування, молитви і т. д.
15. Здорова збалансована дієта.
16. Читання літератури, перегляд освітніх передач, самовдосконалення.

Дякуємо за співпрацю.



### Додаток Ж.2

#### «Експрес-діагностика рівня соціальної ізоляваності особистості» Д. Рассела і М. Фергюсона [428]

Шановний друже!

Розгляньте послідовно кожне й оцініть щодо частоти їх прояву у Вашому житті: «часто» (3 бали), «іноді» (2 бали), «рідко» (1 бал), «ніколи» (0 балів). Обраний варіант позначте відповідною цифрою.

1. Я нещасливий, коли щось роблю поодиноці.
  2. Мені немає з ким поговорити.
  3. Для мене нестерпно бути таким самотнім.
  4. Мені не вистачає спілкування.
  5. Я почуваю, що ніхто насправді не розуміє мене.
  6. Я часто чекаю, що хтось зателефонує або напише мені.
  7. Немає нікого, до кого я міг би звернутись.
  8. Я зараз ні з ким не близький.
  9. Ті, хто навколо мене, не поділяють моїх інтересів та ідей.
  10. Я почуваюся покинутим.
  11. Я не можу розкуто спілкуватися з іншими людьми.
  12. Я почуваюся зовсім самотнім.
  13. Мої соціальні відносини й зв'язки неміцні.
  14. Мені важко без компанії.
  15. Насправді ніхто не знає мене.
  16. Я почуваюся ізолюваним від інших.
  17. Я нещасливий, тому що всі мене покинули.
  18. Мені важко заводити друзів.
  19. Я почуваюся самотнім та ізолюваним від інших.
  20. Людей багато навколо мене, але вони не із мною.
- Дякуємо за співпрацю.

### Додаток Ж.3

#### Приклади тем для есе про сутність медичної етики (на констатувальному етапі експерименту)

1. Професіоналізм лікаря.
2. Совість і здоров'я.
3. Народна медицина.
4. Етичний аспект нетрадиційної медицини.
5. Екстрасенсорика та медицина.
6. Етика і медицина.
7. Моральні традиції українського народу.
8. Чесноти і вади як характеристики морального світу людини.

**Додаток И**  
**Навчально-методичні матеріали, використані під час початкового**  
**(пропедевтичного) етапу формування професійно-етичної компетентності**

## Додаток И.1

**Приклади проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності при вивченні студентами теми № 1 «Предмет, структура та функції соціології. Соціологія медицини» навчальної дисципліни «Соціології та медичної соціології»**

№ з/п	Цілі навчання	Складові когнітивних установок за Б. Блумом
1	Знання	здатність дізнаватися про соціологію медицини та медичну етику, основні фактори, що зумовили виникнення соціології медицини та медичної етики; предмет і завдання соціології медицини в етичному аспекті; етичний аспект фундаментальних та прикладних досліджень в медичній соціології.
2	Розуміння	здатність розуміти базові нормативні документи, кодекси, декларації, що регулюють етичні аспекти сучасної медицини на клінічному рівні та на рівні медичного наукового дослідження
3	Застосування	уміння застосовувати знання, інформацію в новій ситуації, аналізувати клінічні ситуації згідно з нормами медичної етики, застосовувати загальні деонтологічні принципи в роботі з пацієнтами (в тому числі з дітьми та пацієнтами похилого віку) та в медичному колективі загалом; уміння розрізняти головні соціально-етичні категорії, визначати причини та характер лікарських помилок в кожній окремій ситуації та ступінь відповідальності за них
4	Аналіз	уміння аналізувати сучасний рівень медичної соціології та медичної соціології України та на світовому рівні, принципи взаємовідносин в системі лікар-пацієнт, лікар-лікар, лікар-медичний персонал
5	Синтез	уміння користуватися нормативною базою соціології та медичної соціології у своїй майбутній професійній діяльності лікаря та дослідника, орієнтуватись у всіх сферах сучасної медицини щодо можливості виникнення етичних проблем різного рівня складності
6	Оцінювання	уміння робити ціннісні судження про соціологію та медичну соціологію, визначати їх значення

## Додаток И.2

**Перелік доповнень до змісту навчального матеріалу з окремих навчальних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій професійно-етичної компетентності**

**И.2.1 Аспекти професійно-етичної проблематики, на які передбачено звертати увагу студентів при вивченні навчальної дисципліни «Історія медицини»**

№ теми	Назва теми	Аспекти професійно-етичної проблематики щодо кожної теми
1	Історія медицини як наука та предмет викладання. Медицина первісного суспільства.	Історія медицини та історія етичних учень. Зміст лікування в первісному суспільстві та медична етика цього періоду. Етичні аспекти колективного лікування і знахарства. Етичні особливості лікування в первісному суспільстві.
2	Традиційна медицина народів світу.	Етичні аспекти народного лікування в синполітейних суспільствах аборигенів Австралії, Азії, Америки, Африки, Океанії. Етична складова народної медицини. Українська народна медицина та етика.
3	Медицина в країнах Стародавнього Світу (IV тис. до н.е. – середина V ст. н.е.).	<p>Медична етика у перших (ранніх) рабовласницьких цивілізаціях: в Месопотамії і Єгипті, Індії, Китаї, Східному Середземномор'ї. Етика двох емпіричної культової (теургічної) практики. Медична етика в країнах Межрвччя (Шумер, Вавилон, Ассирія). Лікарська етика та організація медичної справи. Священні книги («шрути») стародавніх індійців про лікарську етику. «Закони Ману» та медична етика. Етика у давньокитайській медицині та філософії.</p> <p>Медична етика у Стародавній Греції. Етика храмової та емпіричної медицини. Лікарська етика давньогрецьких лікарів («Клятва»). Етичні знання в медицині Стародавнього Риму. Етичні аспекти у медичних енциклопедіях Авла Корнелія Цельса, Діоскорида. Военна медицина. Валетудинарії. Етика Галена. Вплив християнства на становлення медичної етики.</p>
4	Медицина раннього розвитку Середньовіччя.	<p>Медицина та медична етика у Візантійській імперії. Християнство і його роль в становленні медичної справи та медичної етики в імперії. Монастирські лікарні, громади ченців-аскетів медична етика.</p> <p>Медицина та медична етика народів середньовічного Сходу. Етичний аспект діяльності видатних медиків Халіфатів. Абу Алі ібн Сіна і його «Канон лікарського мистецтва».</p> <p>Етика традиційного лікування у Середньовічному Китаї. Етичний аспект трактатів з традиційної китайської чжень-цзю терапії. Етичний канон у тибетській медицині.</p> <p>Медична етика у Західній Європі та епідемічна ситуація. Медична етика у середньовічних</p>

		<p>монастирських лікарнях. Етичні знання у Салернській медичній школі, Болонському, Оксфордському, Кембріджському університетах. Релігійні філософія та медична етика.</p> <p>Медицина у давньокиївській державі. Пам'ятники писемності медичного змісту (травники, лікувальники, «Руська правда», «Киево-Печерський патерик», «Ізборник Святослава»). Медична етика та становлення монастирської медицини.</p>
5	Медицина епохи Відродження.	Етичні аспекти в медичній літературі епохи Відродження. Медичні знання у Падуанському університеті в XVI ст. А. Везалій і його праці.
6	Медицина Нового часу.	<p>Медична етика та становлення професійної патології, експериментальної гігієни, нормальної анатомії та ембріології. Етика і становлення медичної мікробіології.</p> <p>Внесок вітчизняних учених у розвиток медичної етики (М. Я. Мудров, І. Є. Дядьковський, С. П. Боткін, Г. А. Захар'їн, П. А. Загорський, А. М. Филомафітський, І. М. Сеченов, І. П. Павлов, Д. Самойлович). Етика і становлення військово-польової хірургії, відкриття груп крові, розвиток черевної хірургії (Т. Більрот, Т. Кохер). Етичні аспекти пересадки тканин і органів.</p>
7	Історія медицини у Новітній період	Медична етика у Новітній час. Медична етика та науково-технічні досягнення. Етика та розвиток біології й медицини (відкриття структури ДНК і генетичного коду, гена інженерія, клонування органів і живих істот, трансплантація тканин і органів, створення штучних тканин, органів та ін.).

### И.2.2 Аспекти професійно-етичної проблематики, на які передбачено звертати увагу студентів при вивченні навчальної дисципліни «Соціологія та медична соціологія»

№ теми	Назва теми	Аспекти професійно-етичної проблематики щодо кожної теми
1	Предмет, структура та функції соціології. Соціологія медицини.	Соціологія медицини та медична етика. Основні фактори, що зумовили виникнення соціології медицини та медичної етики. Предмет і завдання соціології медицини в етичному аспекті. Етичний аспект фундаментальних та прикладних досліджень в медичній соціології.
2	Історія розвитку соціології та соціології медицини.	Соціальні та медико-етичні погляди доби Середньовіччя. Значення європейської соціально-філософської традиції Відродження та Нового часу в становленні соціологічної науки та медичної етики. Характерні особливості сучасного етапу розвитку соціологічної науки та медичної етики. Медико-соціальні дослідження Нового часу. Еволюція поглядів на здоров'я та хвороби в історії соціального та медичного пізнання. Сучасна українська соціологія, соціологія медицини та медична етика.
3	Соціальна структура суспільства. Медицина та охорона здоров'я як соціальний інститут.	Соціально-професійна підструктура лікарів. Корпоративна культура лікарів у суспільній ієрархії. Етичні вимоги до медицини та охорони здоров'я. Структура та механізми функціонування медицини як соціального інституту. Етичні аспекти культурно-символічної системи сучасної медицини. Етичні вимоги до статусно-рольової взаємодії лікаря та пацієнта. Етичні вимоги до лікарів як соціально-професійної групи. Етичний аспект розвитку страхової медицини в Україні.
4	Соціальна стратифікація. Соціальні фактори здоров'я.	Етичні аспекти соціальної нерівності. Здоров'я та соціальна стратифікація. Гендерна стратифікація та медична етика. Етичні аспекти соціально-стратифікаційної системи сучасного українського суспільства. Мораль і соціальні фактори здоров'я.
5	Особистість. Соціалізація особистості.	Особистість у предметному полі соціології, медичної соціології та етики. Мораль та людина. Людина як багатовимірна істота. Дотримання моральних норм у процесі лікарської діяльності. Етичний аспект професійної соціалізації лікаря. Етичні аспекти взаємодії особистості лікаря та особистості пацієнта. Соціологічний та етичний портрет особистості сучасного лікаря.
6	Соціальна поведінка	Інтерпретації соціальної поведінки в соціології, медичній соціології та етиці. Мораль і соціальна дія. Мораль і механізми соціальної поведінки. Мораль і потреби. Мораль і саморуйнівна поведінка. Мораль і здоров'я. Мораль і девіантна поведінка. Етичний аспект формування здорового способу життя студентської молоді.

### И.2.3 Аспекти професійно-етичної проблематики, на які передбачено звертати увагу студентів при вивченні навчальної дисципліни «Медицина надзвичайних ситуацій»

№ теми	Назва теми	Аспекти професійно-етичної проблематики щодо кожної теми
1	Основні завдання медичної служби Збройних сил України у воєнний час. Уражуюча дія сучасної зброї та санітарних втрат.	Основні завдання медичної служби Збройних сил України у воєнний час та мораль. Етичний аспект поняття «загальні втрати особового складу військ». Етичний аспект санітарних втрат.
2	Основи організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ	Лікувально-евакуаційне забезпечення військ та етика. Етичні вимоги до сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення. Етичний аспект медичної евакуації. Етичні вимоги до лікаря при наданні різного виду медичної допомоги. Етика першої медичної та долікарської (фельдшерської) допомоги. Етичний аспект медичної евакуації. Етичні вимоги до молодшого медичного персоналу при проведенні лікувально-евакуаційних заходів у військах.
	Організація надання першої медичної допомоги пораненим на полі бою. Індивідуальні та групові засоби медичного захисту.	Етика та пошук поранених на полі бою. Етичний аспект надання першої медичної допомоги пораненим на полі бою. Розмова з пораненим.
4	Організація надання долікарської (фельдшерської) допомоги пораненим і ураженим на медичному пункті батальйону (МПБ)	Етичний аспект діяльності фельдшера батальйону – начальника медичного пункту батальйону. Етичні вимоги до діяльності фельдшера батальйону – начальника медичного пункту батальйону.
5	Медичне забезпечення механізованої роти і батальйону в оборонному та наступальному боях	Етичний аспект діяльності медичної служби в оборонному бою. Етичний аспект роботи медичного поста роти (МПР). Етичний аспект діяльності медичного пункту батальйону (МПБ). Етичні вимоги до організації евакуації поранених і хворих та надання їм долікарської (фельдшерської) допомоги в МПБ.
7	Заходи першої медичної та долікарської (фельдшерської) допомоги при пораненнях та ураженнях.	Етичні вимоги що витягування уражених з-під завалів, із сховищ, укриттів, води, бойової техніки. Розмова з пораненим при усуненні асфіксії, проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ), накладання асептичної пов'язки, іммобілізації ушкодженої кінцівки, введення антидотів, часткового санітарне оброблення та ін. Моральні вимоги до заходів долікарської (фельдшерської) допомоги при пораненнях і ураженнях, зокрема транспортної іммобілізації.

8	Травматичний шок. Синдром тривалого роздавлювання тканин. Термічні опіки. Обмороження.	Етичні вимоги щодо першої медичної допомоги пораненим у стані травматичного шоку. Етика і заходи першої медичної та долікарської (фельдшерської) допомоги. Етичні вимоги і заходи щодо першої медичної та долікарської (фельдшерської) допомоги при опіках та обмороженнях.
18	Організація екстреної медичної допомоги постраждалим у надзвичайних ситуаціях.	Етика і медичне сортування та медична евакуація. Етичні вимоги щодо медичної допомоги, зокрема першої медичної допомоги, долікарської допомоги, першої лікарської допомоги, кваліфікованої медичної допомоги, спеціалізованої медичної допомоги.



## Додаток И.3

## Ціннісний аспект професійно-етичної діяльності лікаря (при вивченні навчальної дисципліни «Догляд за хворими. Практична педіатрія»)

№ теми	Назва теми	Основні поняття	Цінності професійної діяльності
1	Основні принципи та організаційні засади догляду за хворими терапевтичного профілю. Структура і функції терапевтичного стаціонару.	Морально-етичні та деонтологічні засади формування медичного фахівця. Основні професійні обов'язки молодшого медичного персоналу в стаціонарних відділеннях лікарні.	Етичні норми в історії медицини. Професійний та моральний обов'язок лікаря. Специфіка деонтології догляду за хворими. Особливості професії терапевта та педіатра.
2	Оцінка стану хворого та основних параметрів його життєдіяльності.	Розпитування та загальний огляд хворого. Роль розпитування хворого у діагностичному процесі. Правила проведення розпитування хворого. Догляд за хворими у різні періоди гарячки.	Основні риси етики хірурга. Моральні якості лікаря. Індивідуальні особистісні характеристики лікаря. Основні індивідуальні протипоказання щодо роботи лікаря.
3	Лікувальне харчування. Організація харчування хворих у стаціонарі. Застосування основних видів лікарських засобів та найпростіші методи фізичної терапії.	Роль і обов'язки медичного персоналу при харчуванні та забезпеченні хворих медикаментозними засобами. Догляд за хворими під час прийому фізіотерапевтичних процедур. Психологічні особливості дитячого колективу дитячого стаціонару.	Розуміння свого професійного обов'язку та смислу життя. Принцип «мати» і принцип «бути» у діяльності лікаря. Готовність жити за принципом «бути». Життєві цінності лікаря. Ставлення до дітей.
4	Загальний і спеціальний догляд за тяжкохворими і агонуючими.	Загальні правила догляду за хворими із постільним режимом, тяжкохворими і агонуючими. Годування тяжкохворих пацієнтів. Психологічні аспекти паліативної та хоспісної допомоги. Хоспіс. Біоетичні норми при роботі з інкурабельними пацієнтами та їх близькими.	Ставлення лікаря до життя та смерті. Готовність прийти на допомогу. Співчуття та самопожертва лікаря. Духовна складова паліативної та хоспісної допомоги Ставлення до інкурабельних пацієнтів. Розмова з близькими інкурабельного пацієнта. Психологічна підтримка близьких інкурабельного пацієнта в період скорботи.
5	Реанімаційні заходи та перша допомога при деяких невідкладних станах	Методика і техніка найпростіших реанімаційних заходів. Процес умирання та його періоди. Перша допомога при отруєннях, тепловому і сонячному ударах, при утопленнях та електротравмі.	Деонтологія невідкладної хірургічної допомоги. Особливості професії терапевта. Деонтологія невідкладної допомоги. Готовність до ризику та самопожертви.

**Додаток И.4****Теми бесід про значення професії лікаря, важливість рефлексії своєї діяльності для формування професійно-етичної компетентності**

1. Значення професії лікаря у суспільстві.
2. Відповідальність лікаря як професіонала.
3. Авторитет лікаря в колективі.
4. Авторитет і повага до лікаря серед пацієнтів.
5. Ставлення лікаря до своїх помилок.
6. Ціна лікарської помилки.
7. Самооцінка лікарем своєї діяльності.
8. Впевненість лікаря в своїх силах і визнання помилок.
9. Доцільність і вірогідність оцінки помилки іншого лікаря.
10. Пошук винних у складних ситуаціях.

## Додаток И.5

## Програма тематичного семінару

**«Професійно-етична компетентність майбутніх лікарів та актуальні питання її формування»**

Програма пропонує спеціальну підготовку викладачів до роботи з формування у студентів професійно-етичної компетентності. Мета семінару – надання методичної допомоги викладачам щодо організації роботи з формування у студентів професійно-етичної компетентності при викладанні навчальних дисциплін протягом усіх етапів навчання. Семінар призначений для викладачів, що бажають підвищити рівень своїх знань у сфері професійної етики й формування у студентів професійно-етичної компетентності. Семінар проводиться у формі групових занять (72 години) два рази на тиждень із вересня до грудня.

**Тема 1. Теоретичні та практичні проблеми професійної етики (6 год.).**

Визначення потіння «етика» і «медична етика». Поняття «деонтологія». Професійна специфічність медичної етики. Сфери регуляції медичної етики. Основні вимоги медичної деонтології до сучасного лікаря. Гуманізм у діяльності лікаря. Основні принципи та правила медичної етики. Міжнародні офіційні документи, що регламентують роботу лікаря. Правове забезпечення професійної діяльності лікаря в сучасному світі та в Україні.

**Тема 2. Історія становлення медичної деонтології (8 год.).**

Історичний аналіз поглядів на роль етики у професії лікаря. Догіппократівський період розвитку медичної етики. Медицина стародавнього світу. Філософія Гіппократової медицини. Гіппократові етичні концепції. «Корпус Гіппократа» як деонтологічні нотатки. Основні принципи поведінки лікаря за Гіппократом.

Роль лікарів Сходу в розвитку медичної деонтології. Ібн-Сіна (Авіценна) і його «Канон лікарської науки». Авіценна про етичний бік лікування, благо для хворого. М. Маймонід про медичну етику. «Молитва лікаря» і найважливіші чесноти лікаря.

Розвиток медичної етики у Західній Європі. Уявлення про моральні засади лікування в епоху Середньовіччя. Осмислення понять «лікар» і «лікарська допомога» в світлі християнських цінностей. Етичні знання в медичній школі в м. Салерно (Італія). Праці Везалія, Гарвея, Мальпігія. Етичні уявлення Парацельса та моральний принцип «роби добро».

Етичні знання в епоху Нового часу (з XVII ст.) Ф. Бекон і бачення майбутнього медицини в творі «Про гідність та примноження наук» («De Dignitate et Augmentis Scientiarum»). Філософ Д. Юм і його теорія морального почуття.

Філософський базис лікарської етики за Дж. Грегорі. «Лекції про обов'язки і кваліфікації лікаря» Дж. Грегорі. «Медична етика» англійського терапевта Т. Персівалю.

Поняття «деонтології» у вченні І. Бентама. Ідеї гуманізму англійського економіста Т. Мальтуса («Нарис про закон народонаселення», 1798). Концепція деонтології англійського філософа-утилітариста Д. Мілля. Класична теорія деонтології І. Канта. Філософські принципи та концепція етичного раціоналізму І. Канта. «Категоричний імператив» І. Канта. Деонтологія І. Канта як етика поваги до інших і до себе. Внесок у розвиток деонтологічних теорій англійського філософа В. Росе.

Деонтологічний етап розвитку медичної етики. Деонтологія як учення про моральний обов'язок та наука практичного застосування принципів і норм лікарської етики в різних галузях медицини, школа медичного гуманізму та морального професіоналізму. Деонтологія і комерціалізація медицини.

### **Тема 3. Становлення і розвиток медичної етики в Україні (6 год.).**

Етика у медицині Давньокіївської держави. Етика лікарів (знахарів, «льщів», травників). Етичні аспекти діяльності монастирів. Способи й техніку лічення, лічби. Етика найвідомішого лікаря Давньокіївської держави Агапіта. Етичні аспекти психотерапії, фітотерапії, фізіотерапії у Давньокіївській державі.

Медична рукописна література XVII–XVIII ст. про етичну діяльність лікаря. «Шістоднев» Іоанна Болгарського, перекладні астрологічні твори («Астрологія», «Колядник», «Громі вник»), світські енциклопедичні азбуковники, збірки, складені у формі запитань та відповідей (луцидаруси). Етика представників практичної медицини – різних категорій знавців народної медицини – хірургів-костоправів, знахарів акушерок («баб-повитух», «бражків», «пупорізок»).

Братства та їх роль у розвитку практичної медицини. Релігійно-благодійницька та освітня діяльність братств. Етика діяльності братських шпиталів і шпиталів на території Запорозької Січі: християнські цінності та допомога хворим ворогам.

Етичні знання у першому вищому навчальному закладі в Україні, в якому готували лікарів (XV ст. Замостя). Викладання медичних знань на основі глибокого вивчення філософії. Етика у Києво-Могилянській академії.

Вивчення питань етичного характеру у перших державних медичних закладах, створених у кінці XVIII ст. (Києві, Херсоні, Севастополі).

### **Тема 4. Внесок вітчизняних клініцистів у розвиток учення про медичну деонтологію (4 год.).**

Українські вчені-медики XVIII–XIX ст. С. Зибелін, Д. Самойлович, І. Дядківський, С. Боткін, В. Манассеїн та їх внесок у пропагування гуманної спрямованості лікарської діяльності.

Етичні погляди П. Шароя – керівника (з 1788 р.) Єлисаветградського госпіталю і медико-хірургічної школи. Д. Самойлович як основоположник вітчизняної епідеміології. Праця Д. Самойловича «Засіб, найзручніший щодо відновлення в арміях медико-хірургічної науки» та її значення для етичної підготовки медиків. Погляди Н. Максимовича-Амбодика, основоположника вітчизняного акушерства і педіатрії, автора підручника з акушерства про необхідність етичної підготовки лікаря.

М. Петров про основне завдання медичної деонтології. М. Мудров як зразок високої моральності. М. Мудров про портрет лікаря-гуманіста і мислителя. Актова промова М. Мудрова «Слово про благочестя та етичні якості Гіппократового лікаря». М. Пирогов про мистецтво бути лікарем. Ф. Яновський про відповідальність лікаря.

Видатні вчені-медики України Н. Максимович-Амбодик, М. Пирогов, М. Стражеско, Ф. Яновський, Д. Заболотний, О. Богомолець, В. Фролькис, М. Амосов, їх внесок у формування і розвиток деонтологічної теорії і практики. Безкорисливе служіння людям і самопожертва під час виконання свого професійного обов'язку як найважливіша вимога медичної етики.

#### **Тема 5. Розвиток медичної етики в ХХ – поч. ХХІ ст. (4 год.).**

Становлення медичної деонтології у ХХ ст. Підсумки Нюрнберзького процесу як додатковий імпульс до розвитку лікарської деонтології. Перші сумніви у сумлінності лікарів і лікарської етики. Розроблення міжнародних кодексів медичної етики. Виступи лікарів проти виробництва, поширення і використання бактеріологічної, хімічної та ядерної зброї. А. Швейцер і його роль у визначенні філософсько-аналітичної бази біоетичного етапу медичної етики. Універсалізм та глобальність етики А. Швейцера. Етика моральної особистості лікаря. Біоетичний етап у розвитку медичної етики (з 1970 р.). В.Р. Поттер як основоположник біоетики. Формування етичного мислення. Прийняття міжнародних кодексів медичної етики.

#### **Тема 6. Професійно-етична компетентність майбутніх лікарів як предмет сучасних наукових досліджень (4 год.).**

Інтерес до проблеми професійної етики і культури фахівців сфери охорони здоров'я. Вітчизняні дослідники проблеми етики, культури і деонтології. Вивчення етичних аспектів проблеми конфіденційності, права людини, використання даних моніторингу в дослідженнях. Вивчення етичних проблем психіатрії, психічної допомоги та благополуччя, етичних, соціальних та правових питань, пов'язаних з медичними дослідженнями чутливих груп населення та окремих осіб. Дослідження етичних питань та ролі управління в мінімізації дослідницьких ризиків використання біологічних матеріалів людини. Етичні двозначності у практиці дитячої клінічної психології. Культурологічний та компетентнісний підхід до

питань професійної етики лікаря в країнах Європейського Союзу і США. «Етична компетентність у практиці медсестер: компетенції, навички, прийняття рішень». Етичні аспекти в навчальних планах вищих медичних шкіл Європи та США.

### **Тема 7. Сучасні тенденції підготовки до професійної діяльності лікарів у країнах з розвинуеною економікою в контексті формування професійно-етичної компетентності (4 год.).**

Консервативність системи підготовки лікарів у багатьох країнах світу. Порівняльний аналіз різних національних систем підготовки лікарських кадрів у країнах Європи та США. Вимоги до лікаря у Західній Європі та США. Реформування вищої медичної освіти у Західній Європі відповідно до вимог Болонської декларації. Структура системи медичної освіти в Європі. Зміст навчальних планів підготовки лікарів у європейських країнах на етапі базової медичної освіти відповідно до глобальних стандартів, розроблених Всесвітньою федерацією медичної освіти (ВФМО). Вивчення різноманітних аспектів медичної етики. Вивчення біоетики як основи формування професійно-етичної компетентності лікарів у медичних університетах за кордоном. Формування професійно-етичної компетентності в контексті системного методу викладання у переважній більшості медичних шкіл США. Особливості вищої медичної освіти Великої Британії та Австрії.

Гармонізація переддипломної медичної освіти з європейським простором вищої освіти відповідно до Докторської директиви ЄС.

### **Тема 8. Морально-етичний контекст професійної діяльності лікарів у зонах збройних конфліктів і громадських заворушень (6 год.).**

Права людини на здоров'я та отримання медичної відповідно до нормативних міжнародних документів. Рівень доступу до медичної допомоги у зонах конфлікту. Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання. Нейтралітет лікаря як важливий етичний принцип діяльності лікарів під час збройних конфліктів і громадських заворушень. «Медичний нейтралітет» як соціальна домовленість.

Концепція медичного нейтралітету та міжнародне гуманітарне право, права людини. Випадки порушення медичного нейтралітету. Імплементация положень концепції медичного нейтралітету в національне законодавство багатьох країн. Зміст професійно-етичної компетентності сучасного лікаря, який перебуває в зоні збройного конфлікту. Резолюція щодо захисту гуманітарних медичних місій, прийнята Парламентською асамблеєю Ради Європи в 1988 р. Права, обов'язки, дотримання вимог медичної етики медичного працівника, що виконує місію у зонах збройних конфліктів або громадських заворушень.

М. Пирогов і принципи сортування поранених у воєнно-польовій хірургії. Благо людини в умовах збройних конфліктів. Гуманне ставлення до військовополонених. Становлення принципів діяльності військово-медичної служби та створення концепції гуманної військової медицини (А. Дюнн та Ф. Найтінгейл). Міжнародний постійний комітет допомоги солдатам та Міжнародна конференція Червоного Хреста у Женеві 1863 р. Конвенція про допомогу пораненим і хворим воїнам сухопутних армій. Започаткування сучасного гуманітарного права (1864 р.). Суперечливість принципів біоетики та військово-медичної практики.

#### **Тема 9. Сутність, характеристика структури і змісту професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів (4 год.).**

Професійно-етична компетентність лікаря як складне, цілісне, індивідуально-психологічне, інтегративне, багаторівневе утворення, що є результатом здобуття неперервної освіти у галузі знань «Охорона здоров'я» і об'єднує теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості та практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибір ним свідомої етичної поведінки відповідно до професійно-етичних норм, а також здатність до самореалізації, потребу в професійно-етичному самовдосконаленні впродовж життя. Структура професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів (когнітивний, діяльнісно-операційний, професійно-особистісний, емоційно-мотиваційний і ціннісно-орієнтаційний компоненти).

#### **Тема 10. Критерії, показники та рівні сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів (4 год.).**

Цілі та завдання психолого-педагогічної діагностики, її основний зміст. Методика психолого-педагогічної діагностики сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Основні умови ефективного прогнозування сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Критерії оцінки сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Пізнавальний (служить для діагностики когнітивного компонента професійно-етичної компетентності), результативний (призначений для оцінювання діяльнісно-операційного компонента), поведінковий (відповідає професійно-особистісному компоненту), афективний (стосується емоційно-мотиваційному компоненту) і ціннісний (служить для діагностики ціннісно-орієнтаційного компонента) критерії сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Пороговий, середній, достатній та високий рівні сформованості професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів

### **Тема 11. Концептуальні основи формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти(10 год.).**

Особливості та зміст процесу формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Концептуальні основи та методологічний, теоретичний і методико-технологічний концепти формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти. Методологічний концепт та фундаментальні філософські та педагогічні ідеї, зокрема антропоцентризму, філософії освіти, принципи гуманізму, соціокультурного розвитку суспільства.

Урахування положень системного, особистісно орієнтованого, діяльнісного, компетентнісного, аксіологічного, цивілізаційно-середовищного, культурологічного, професіографічного, контекстного, історико-логічного, інтегративного і рефлексивного підходів при формуванні компетентності майбутніх лікарів.

Теоретичний концепт формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах та його базові поняття. Структура педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний компоненти) формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Цільовий компонент освітнього процесу формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах. Проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійній діяльності. Необхідність впровадження поетапного вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання.

Змістовий компонент освітнього процесу як поєднання загальнонаукових, і професійних знань, що становлять фахову основу світогляду майбутнього лікаря; система умінь і навичок майбутньої професійної діяльності. Коригування змістового компонента з урахуванням усталених методологічних підходів до конструювання змісту освіти, а також вимог, що спираються на розроблені педагогікою вихідні теоретичні засади.

Діяльнісний компонент освітнього процесу. Форми, методи, засоби навчальної взаємодії викладачів і студентів, їх співробітництво, організація й управління процесом. Педагогічна діяльність як один з основних засобів педагогічного процесу. Діяльність викладачів щодо активізації ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині. Застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами уміньми і навичками професійно-етичної поведінки.

Результативний компонент педагогічного процесу як завершальний етап професійної підготовки майбутніх лікарів. Оцінка рівня сформованості професійно-



етичної компетентності, досягнення мети навчання і виховання студентів, засвоєння ними знань, умінь, навичок і морально-етичної поведінки, їх впливу на ціннісне ставлення до пацієнтів та майбутньої лікарської практики. Визначення ефективності освітнього процесу, якості його перебігу, впливу навчально-пізнавальної діяльності студентів на формування професійно-етичної компетентності. Моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

Ресурсний компонент процесу формування професійно-етичної компетентності (соціально-економічні, морально-психологічні, гігієнічні умови його перебігу). Розгляд формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичному університеті як системи, що перебуває в інших системах: педагогічному процесі ВМНЗ, факультеті, навчальній групі, на окремому занятті тощо. Необхідність формування соціально-психологічного середовища, сприятливого для професійного самовдосконалення майбутніх лікарів у контексті професійно-етичної компетентності, яке забезпечується шляхом педагогічного керівництва цим процесом.

Методико-технологічний концепт та розроблення й експериментальна апробація технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів, що передбачає поетапне впровадження педагогічних умов інноваційного змісту, форм і методів формування і діагностики досліджуваної властивості та моніторингу ефективності цього процесу на різних етапах. Урахування особливостей розвитку студентів і формування їх як майбутніх фахівців на різних курсах. Урахування особливостей розвитку когнітивної сфери студентів, послідовних змін у мисленні студентів.

## **Тема 12. Технологія і педагогічні умови формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти(10 год.).**

Технологія формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти як тактика досягнення мети формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі за наявності певних умов. Відображення в технології моделі освітнього та управлінського процесів у медичному навчальному закладі, об'єднує їх зміст, форми і засоби. Структурні компоненти технології формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти(концептуальна основа; змістова частина, процесуальна та результативна частини).

Вплив на всі компоненти педагогічного процесу (цільовий, змістовий, діяльнісний, результативний та ресурсний) та етапи формування професійно-етичної компетентності.

Початковий (пропедевтичний) етап формування професійно-етичної компетентності (1-2 курси навчання майбутніх лікарів). Ознайомлення студентів під час аудиторної, позааудиторної та практичної діяльності з ключовими поняттями професійної етики, виховання позитивного ставлення до лікарської діяльності,

розвиток морально-етичних уявлень про лікарську діяльність в історичній ретроспективі, забезпечення функціонування сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища, Педагогічні умови, необхідні для досягнення цілей початкового етапу. Проектування мети і завдань формування професійно-етичної компетентності з урахуванням таксономії цілей і професійних функцій, що їх виконуватимуть майбутні лікарі під час професійної діяльності. Забезпечення ціннісно-мотиваційної орієнтації студентів на вивчення актуальних проблем професійної етики в сучасній медицині. Відбір та структурування змісту гуманітарних дисциплін відповідно до ціннісних орієнтацій соціально-комунікативної взаємодії майбутніх лікарів з пацієнтами. Активізація рефлексивної діяльності майбутніх лікарів через усвідомлення ними цінності професії та відповідальності щодо її вибору. Підготовка науково-педагогічного складу до формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Застосування сучасних діалогічних методів, прийомів, форм педагогічної взаємодії. Забезпечення функціонування сприятливого для формування професійно-етичної компетентності освітнього університетського середовища.

Пізнавально-пошуковий етап формування професійно-етичної компетентності (3-4 курси навчання майбутніх лікарів). Формування в майбутніх лікарів умінь і навичок використовувати набуті знання розв'язання професійно-етичних ситуацій у професійній діяльності, а також розвиток здатності дотримуватися морально-етичних принципів у медичній практиці. Педагогічні умови, необхідні для досягнення цілей пізнавально-пошукового етапу. Застосування інноваційних форм і методів навчання для оволодіння студентами умінь і навичками професійно-етичної поведінки. Моделювання занять, які імітують професійну діяльність на основі застосування інформаційно-комунікаційних технологій. Налагодження суб'єкт-суб'єктної взаємодії студентів і викладачів з метою наслідування професійно-етичної поведінки у майбутній професійній діяльності. Поетапне вирішення студентами завдань (задач) професійно-етичного характеру з ускладненням їх змісту на кожному курсі навчання. Управління самостійною навчально-пізнавальною роботою студентів. Формування соціально-психологічного середовища, сприятливого для професійного самовдосконалення майбутніх лікарів у контексті професійно-етичної компетентності, яке забезпечується шляхом педагогічного керівництва цим процесом. Уведення факультативних занять на основі спеціального курсу, що сприяють поглибленому оволодінню етичними нормами професійної діяльності;

Базовий (визначальний) етап формування професійно-етичної компетентності (5-6 курси навчання майбутніх лікарів). Закріплення професійно-етичних умінь і подальший розвиток мотивації до професійної діяльності з урахуванням професійно-етичних принципів надання медичної допомоги; стимулювання самостійної науково-дослідної роботи студентів; упровадження

тренінгової програми та професійних творчих завдань, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики. Педагогічні умови, необхідні для досягнення цілей базового етапу. Моделювання змісту занять на основі міждисциплінарного підходу, що імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики. Застосування в освітньому процесі технологій навчання, спрямованих на задоволення індивідуальних освітніх потреб студентів, їх саморозвиток і самовдосконалення. Управління самостійною науково-дослідною роботою студентів. Моніторинг якості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Уведення факультативних занять на основі спеціального курсу, що сприяють поглибленому оволодінню етичними нормами професійної діяльності. Впровадження тренінгової програми сприяння розвитку професійної етики майбутніх лікарів.

**Підсумкове опитування (2 год.).**

**Додаток И.6****Перелік тем для диспутів з навчальної дисципліни «Догляд за хворими.  
Практична педіатрія»**

1. Чи потрібна підтримка надії на одужання у хворих в онкології?
2. Використання благодійної допомоги в медичних закладах.
3. Хоспіс: жалість чи допомога?
4. Процес вмирання та смерті: етична складова.
5. Етична складова впровадження нових методів в терапії (на основі відомостей з історії медицини).
6. Сенс життя та феномен смерті.
7. Лікування як діяльний прояв справедливості.
8. Евтаназія – моральні, правові та соціальні проблеми.
9. Ідея справедливості та форми організації охорони здоров'я.
10. Справедливість як нерівність та приватна медицина.

**Додаток К**

**Навчально-методичні матеріали, використані під час пізнавально-пошукового етапу формування професійно-етичної компетентності**

**Додаток К.1****Проблемні питання та завдання, передбачені при вивченні  
навчальної дисципліни «Етичні проблеми в медицині»**

[218, с. 177–203]

**Проблемне завдання № 1.** У приймальне відділення стаціонару звернувся хворий з вулиці у важкому стані, неохайно одягнений, брудний, без документів. Лікар відмовив в огляді і наданні допомоги, посилаючись на асоціальний стан хворого і відсутність документів. Чи правильно вчинив лікар? Що він повинен був зробити? Чи кожна людина має право на медичну допомогу?

**Проблемне завдання № 2.** Під час відпустки лікар приховав своє відношення до медицини і не надав допомогу хворому з серцевим нападом, аргументуючи тим, що він перебуває у відпустці. Чи правильно вчинив лікар? Чи кожна людина має право на відпочинок? Чи несе лікар кримінальну відповідальність за ненадання медичної допомоги?

**Проблемне завдання № 3.** Хворий відмовляється від проведення необхідного обстеження і лікування, пояснюючи це своїм віросповіданням. Лікар намагається роз'яснити хворому необхідність в обстеженні і виконати свій професійний обов'язок. Чи правильно повів себе лікар? Чи має право хворий відмовитися від меддопомоги? Чи повинен лікар переконати родичів хворого в необхідності його лікування? Чи може лікар призначити лікування хворому без обстеження?

**Проблемне завдання № 4.** Лікар-інтерн хірургічного відділення постійно конкурує з колегами, намагається за будь-яку ціну довести, що він кращий, прагне бути присутнім на всіх операціях, обов'язково отримати дозвіл асистувати, чергувати разом з куратором, ставить багато питань на засіданнях. Який тип поведінки він вибрав? Чи правильний це шлях до професіоналізму? Які тут є «підводні камені»?

**Проблемне завдання № 5.** На прийомі в поліклініці хворому не сподобався зовнішній вигляд лікаря: брудний зім'ятий халат, немає шапочки, неакуратно підстрижені нігті. Хворий відмовився від консультації лікаря. Чи має рацію хворий? Чи можна стверджувати, що якщо лікар гарний фахівець, то зовнішній вигляд немає значення? Якщо хворий потребує допомоги лікаря, то його зовнішній вигляд не має значення? Причина в тому, що хворий – нетактовна людина?

**Проблемне завдання № 6.** Лікар терапевт, втомившись від конкурентних відносин в колективі, запропонував рівний розподіл навантажень з урахуванням інтересів і можливостей усіх співробітників, чіткий і рівнозначний для всіх графік

відгулів і нічних чергувань. Який тип регулювання конфлікту він вибрав? Які є альтернативні шляхи? Чи потрібні конкурентні відносини в колективі медиків?

**Проблемне завдання № 7.** Хворий із сильним стискаючим болем за грудиною звернувся за допомогою в стаціонар. Черговий лікар відмовив в госпіталізації і наданні допомоги, аргументуючи відмову непрофільністю лікувальної установи. Чи правильно повівся черговий лікар? Чи можна госпіталізувати лікувальної установи, незалежно від її профілю? Чи потрібно надати невідкладну допомогу? Якими мають бути «ідеальні» дії чергового лікаря?

**Проблемне завдання № 8.** До офтальмолога звернулися за допомогою сусіди: їх дитина впала з велосипеда, ударила або вивихнула, або зламала руку. Чи повинен лікар надати першу допомогу і викликати швидку допомогу? Чи має право лікар послатися на свою некомпетентність у цій ситуації? Якими мають бути «ідеальні» дії лікаря?

**Проблемне завдання № 9.** До травматологічного пункту звернувся робітник, який отримав травму на роботі в стані алкогольного сп'яніння. Лікар, як родич потерпілого, оформив довідку про непрацездатність хворого, не вказав факту отримання травми в стані алкогольного сп'яніння. Чи скоїв лікар посадове порушення? Це благородний вчинок лікаря? Чи порушив лікар правила поведінки? Чи можна назвати цей вчинок проявом гуманізму і милосердя?

**Проблемне завдання № 10.** Після огляду пацієнта завідувач відділення починає обговорювати діагноз і план лікування з лікарем у присутності пацієнта. Оцініть дії медперсоналу. Чи має право хворий все знати про свою хворобу? Чи є вірогідність розвитку у хворого ятрогенного захворювання? Чи має право хворий бути присутнім під час обговорення його діагнозу. Оцініть вірогідність зростання недовіри до медперсоналу.

## Додаток К.2

**Фрагмент ділової ігри, використаної для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів при вивченні навчальної дисципліни «Етичні проблеми в медицині» (тема № 1)****Ситуація 1. Конфліктна ситуація в лікарні.**

**Контактна схема:** лікар (1 особа), медсестри (2 особи), хворі (учасники конфлікту – 3 особи, свідки (5 осіб)).

**Опис ситуації.** Серед хворих у палаті виникла конфліктна ситуація. Троє пацієнтів були в нетверезому стані.

**Дії потерпілих, свідків, підозрюваних.** До палати № 14 близько 21 години зайшли 3 пацієнти, які були в нетверезому стані. На прохання інших людей, які перебували у палаті, поводити себе тихіше, вони не реагували, а навпаки, почали висловлюватися нецензурною лайкою. Після цього чергова медсестра викликала чергового лікаря. На вимогу лікаря забіяки не відреагували, почали штовхати лікаря, розбили декілька вазонів з квітами. Після приходу лікаря вони продовжують викрикувати нецензурні слова, голосно викрикують. На вимогу заспокоїтись не реагують.

**Нормативні дії лікаря, що обумовлені ситуацією.** Лікар намагається заспокоїти пацієнтів, пояснити неприпустимість такої поведінки. Визначення комунікативної стратегії та засобів впливу.

**Рекомендації лікарю.** Лікар вживає заходів щодо переконання забіяк та для заспокоєння. Після цього опитує всіх свідків та приймає відповідне рішення.

Варіанти прийнятих рішень лікаря:

А. Переконати пацієнтів помиритися.

В. Заборонити з'ясовувати відносини.

Д. Виписати конфліктних пацієнтів для подальшого амбулаторного лікування.

Е. Залучити адміністрацію лікувальної установи для вирішення проблеми.

**Завдання:** оцініть дії лікаря в контексті вимог професійно-етичної поведінки. Як повинен діяти лікар? Чи треба переводити пацієнтів у різні палати? Яку комунікативну стратегію повинен обрати лікар?



**Додаток К.3****Приклади ділових ігор, використаних для формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів при вивченні навчальної дисципліни «Етичні проблеми в медицині»**

1. Неохайно одягнений хворий з вулиці у приймальному відділенні.
2. Лікар у відпустці.
3. Хворий відмовляється від проведення необхідного обстеження.
4. Конфлікт лікаря-інтерна.
5. Прийом у поліклініці.
6. Конфлікт в колективі.
7. Відмова хворому у госпіталізації.
8. Офтальмолог і сусіди.
9. Робітник у травматологічному пункті.
10. Огляд пацієнта.

## Додаток К.4

Зразки слайдів для мультимедійної презентації при проведенні занять з навчальної дисципліни «Основи етики та біобезпеки»

## Тема №1. Біомедична етика (біоетика) як сфера медицини

Навчальні питання

1. Предмет і основи біоетики і ноетики.
2. Біоетичні основи професійної діяльності лікаря.
3. Якість життя і здоров'я людини.
4. Національні та міжнародні документи з питань біоетики та прав людини.

Мета заняття:

- Оволодіти знаннями про біоетику, як галузі і предмет медицини.
- Засвоїти теоретичні питання біоетичних основ практичної діяльності лікаря, національних і міжнародних документів з біоетики та прав людини.

1



Основні питання теоретичної підготовки:

1. Біомедичний союз – біоетика як галузь медицини.
2. Визначення предмета, завдання, принципи та історія розвитку.
3. Біомедична основа практичної діяльності лікаря.
4. Ціна життя і здоров'я людини.
5. Гідність і недоторканість людського життя.
6. Принципи правдивості, інформованої згоди, конфіденційності лікарської таємниці.

Біоетика – нормативне знання, що охоплює моральну проблематику, пов'язану з розвитком біомедичних наук, які стосуються питань генетики, медичних досліджень, терапії, турботи про здоров'я людини.

**Додаток К.5****Типи завдань професійно-етичного характеру, використані при викладанні навчальної дисципліни «Внутрішня медицина (Лікувальна справа)»**

[400, с. 53–55]

**Завдання № 1.** Пацієнт лікарні відмовляється приймати частину ліків, бо він вважає, що їх призначено забагато. Ваші дії. Обґрунтуйте їх.

**Завдання № 2.** Родич повернувся з аптеки і заявив, що не всі ліки вдалось купити, оскільки їх немає в найближчій аптеці. Ваші дії. Обґрунтуйте їх.

**Завдання № 3.** Хворий плаче в аптеці й каже, що в нього не вистачить грошей купити всі ліки, вказані в рецепті. Ваші дії. Обґрунтуйте їх.

**Завдання № 4.** Хворого в лікарні прийшов провідати п'яний родич і намагається запропонувати випивку всім сусідам по палаті. Ваші дії. Обґрунтуйте їх.

**Завдання № 5.** Пацієнтом лікарні є 5-річна дівчинка, яка капризує і відмовляється вживати ліки. Ваші дії. Обґрунтуйте їх.

**Завдання № 6.** Дитина (6 років) боїться сісти в стоматологічне крісло. Медсестра почала кричати на дитину і лякати бормашиною. Дитина почала плакати. Яка повинна бути реакція лікаря щодо дитини і медсестри? Як би Ви вчинили на її місці?

**Завдання № 7.** Ви працюєте медсестрою у відділенні гінекології. Подруга, сусідка хворої, розпитує у Вас про стан і хворобу. Стан важкий після кримінального аборту. Що Ви їй скажете?

**Завдання № 8.** Жінка 70 років прийшла провідати сина в хірургічне відділення. Тим часом син був на перев'язці. Жінка звернулась до медсестри із запитанням: «Де мій син?». Медсестра відповіла: «А, це той, що хворий раком?». Яку помилку допустила медсестра? Як би Ви вчинили на її місці?

**Завдання № 9.** У відділенні реанімації біля важкохворого сиділа родичка. Лікар запитує медсестру, чи вона зробила хворому призначену процедуру? У відповідь медсестра сказала: «А вона йому не допоможе». Яка повинна бути реакція лікаря? Як би Ви вчинили на її місці?

**Завдання № 10.** Хвора А. прийшла на консультацію до лікаря щодо кардіофобії. Після огляду, не знайшовши нічого, медсестра незадоволено, різко прокоментувала: «Кардіофобія – це страх смерті від захворювання серця. А серце у Вас здорове! Зверніться до психіатра!». Які психологічні та деонтологічні помилки допустила медсестра? Як Ви б вчинили на її місці.

**Завдання № 11.** В поліклініку прийшли батьки з дитиною 14 років. Після обстеження лікар почав розповідати батькам, що у дитини «новоутворення» і потрібно готуватись до операції. Медична сестра, яка була в кабінеті, вийшла в коридор і розповіла про це дитині. Яку помилку допустила медсестра? Як би Ви вчинили на її місці?

**Завдання № 13.** Хворий Р., знаходячись на лікуванні в хірургічному відділенні, відмовився, щоб ін'єкції у вихідний день робила палатна сестра, а не маніпуляційна. На запитання чому, хворий відповів: «Маніпуляційна медсестра сказала, що лише Вона тут професійно робить ін'єкції». Ви палатна медсестра відділення, Ваша реакція?

**Завдання № 14.** До важкохворої прийшла родичка. Біля палати її зустріла хвора, яка лежить у цій же палаті. На питання родички, як наша В.? Хвора відповіла, що їй залишилося не довго. Цю розмову почула медсестра. Як вона повинна прореагувати?

**Завдання № 15.** Молода медсестра, знаходячись у відпустці з сім'єю, їхала своєю машиною на дачу. При виїзді з міста вона зупинилася, так як дорога була перекрита через аварію. Вийшовши з машини, вона побачила травмованого, який лежав на обочині дороги у важкому стані. Почула, як інспектор викликав швидку допомогу. Тут відкрили дорогу, медсестра вирішила, що на цей момент вона не зможе нічим допомогти і поїхала на дачу. Як би вчинили Ви?

**Завдання № 16.** В поліклініку прийшли батьки з дитиною 7 років. Попередній діагноз «новоутворення» підтвердили рентгенологічні обстеження. Після розмови з лікарем, який переконав батьків, що це ще не завершення обстеження і надія ще є. Вийшовши з кабінету лікаря, батьків наздогнала медсестра і сказала, що все погано, лікар Вам не хотів казати правду. Яку помилку допустила медсестра? Як би Ви вчинили на її місці?

**Завдання № 17.** Хворий (52р.), який знаходився на лікуванні щодо скарг болю в шлунку, раптово стає дуже тривожним, коли в його палату положили хворого, який страждав цирозом печінки. При розмові з медсестрою, щоб перевели його в іншу палату, медсестра відповіла: «І Вам не далеко до такого діагнозу». У хворого

батько страждав цирозом печінки і помер в 53 роки. Хворий поскаржився лікарю. Яка, на Вашу думку, має бути тактика лікаря щодо хворого і медсестри? Як би Ви вчинили на її місці?

**Завдання № 18.** Хвора звернулася в гінекологічну клініку для підтвердження попереднього діагнозу. Під час обстеження молодий лікар голосно покликав медсестру, щоб вони подивились, як він виразився, на аномалію статевих органів.

– «Я такого ще не бачив. Це цікавий випадок», – сказала медсестра.

Хвора відповіла:

– «Я не на сцені, я піду до другого спеціаліста, а на Вас буду скаржитись».

На скільки етичні дії лікаря і медсестри? Як на місці медсестри вчинили б Ви?

**Завдання № 19.** У лікаря на прийомі важкий хворий. На запитання, скільки часу займе його лікування, прозвучала відповідь: «Для чого Вам знати? Це лікарська таємниця, навіть від Вас».

Лікар на хвилинку вийшов із кабінету. Медсестра, яка чула цей діалог, сказала хворому: «Цей лікар молодий і сам нічого не знає».

Які помилки допустили лікар і медсестра? Ваша відповідь?

**Завдання № 20.** У міській лікарні прооперовано хворого (60 років) з аденомою передміхурової залози, 2 стадії. Після операції знаходився в реанімації. Через 2 дні його стан різко погіршився, його дружина звернулася до лікаря, пізніше до завідувача відділення з проханням відмінити сильнодіючі препарати, так як хворий їх погано переносить. Попросила дати інформацію про стан здоров'я чоловіка, методи лікування до медичної сестри. Що має відповісти медсестра і як вчинили б Ви?

**Завдання № 21.** В зв'язку з ювілеєм однієї з лікарень районного центру готувався сюжет успіхів цієї лікарні. Через певний час в газеті було надруковано інформацію про досягнення, проблеми і перспективи лікарні, в тому числі інформацію про здоров'я підлітка 15 років, який страждав тяжкою хворобою. Дії однолітків, яким стала відома інформація, призвели до того, що підліток зробив спробу самогубства. Хто повинен нести юридичну відповідальність?

**Завдання № 22.** В стаціонар поступив хворий з підозрою на туберкульоз. Після обстеження діагноз підтвердився. Лікар пояснив хворому, що необхідно провести повне обстеження близьких родичів хворого. Однак пацієнт наполягав на нерозголошенні діагнозу його родичам. Медсестра підтримала хворого. Як би Ви вчинили на місці медсестри?

**Завдання № 23.** Хворий К., 56-ти років обстежувався з приводу раку правої легені. Лікар проінформував хворого про його діагноз і в категоричній формі заявив, що його стан безнадійний і лікування не принесе жодних результатів. Хворий відмовився приймати ліки і настоював на виписці з стаціонару. Але медсестра його переконала у зворотному. Оцініть дії лікаря та медсестри. Як би Ви вчинили на її місці?

**Завдання № 24.** У міську дитячу лікарню поступив хлопчик 12 років з пошкодженнями і крововтратою після падіння з балкона третього поверху. Хлопчика привезла швидка допомога. На термінове переливання крові батьки не дали згоди. Боялись заразити дитину ВІЛ-інфекцією. Лікарі попросили письмово зафіксувати відмову від медичного втручання. Зупинити кровотечу медикаментами не вдалося, дитина померла від великої крововтрати. Яким чином потрібно було вчинити медперсоналу?

**Завдання № 25.** Хвора Я., 67 років, звернулась з заявою до головного лікаря поліклініки з вимогою змінити медсестру. Вона пояснила свої вимоги тим, що медсестра не уважна і не добросовісно ставиться до своїх обов'язків. Головний лікар у грубій формі категорично відмовив хворій і запропонував звернутися у приватну клініку, так як у нього всі лікарі та медсестри перевантажені і не можуть бути уважні до кожного хворого. Як Ви оцінюєте дії головного лікаря? Чи є перенавантаження поясненням дій медсестри?

**Завдання № 26.** Під час профілактичного огляду лікар повідомляє хворому попередній діагноз «пухлина кишечника» і пропонує терміново провести обстеження в умовах спеціалізованого стаціонару. Охарактеризуйте дії лікаря. Дії лікаря були правильні чи помилкові?

**Завдання № 27.** Ви працюєте адміністратором стоматологічної лікарні. О 14.00 три пацієнти наполягають на прийомі в одного стоматолога. Перший – тому, що він був записаний на цей час два дні тому. Другий – учасник бойових дій. Третій – з гострим болем. Обґрунтуйте ваші дії.

**Завдання № 28.** В одну палату госпіталізовано 5 пацієнтів у віці 72–79 років. У всіх пацієнтів виявлена виражена енцефалопатія. Кожен скаржиться на шум у голові, запаморочення, поганий сон і пам'ять. Періодично, кілька разів на день, від них надходять усні скарги щодо поганого обслуговування медичного персоналу. З приводу і без приводу вони викликають в палату лікаря. До Вас підійшла медсестра і сказала, що зараз пацієнти зібралися в палаті і пишуть скаргу в місцеву газету. Що ви будете робити?

**Додаток К.6****Завдання для самостійної роботи з навчальної дисципліни  
«Основи етики та біобезпеки»**

1. Історія професійної медичної етики та передумови розвитку біоетики.
2. Етичний, моральний, деонтологічний і правовий виміри в різних сферах їх застосування.
3. Біоетика в системі охорони здоров'я.
4. Права людини як джерело біоетичних принципів і критеріїв поведінки.
5. Напрямки та методи біоетики
6. Біомедична етика як форма професійного захисту лікаря. Основи медичної деонтології.
7. «Пацієнт-лікар» – основне питання професійної етики лікаря.
8. Біоетичні аспекти виховання поваги до здорового способу життя
9. Біоетичні основи професійної діяльності лікаря
10. Відносини між медичними співробітниками, пацієнтом та його родиною в контексті транскультурної біоетики
11. Біоетичний принцип справедливості в розподілі ресурсів охорони здоров'я.
12. Лікар-педіатр: особливості професійної етики. Ставлення лікаря до дитини-пацієнтова.
13. Етичні проблеми і права людини в психіатрії. Етико-правові основи психіатрії та психотерапії.
14. Етичні та моральні аспекти пластичної хірургії. Кодекс етики пластичних хірургів.
15. Лікарська помилка: неосвіченість чи халатність? Етичний і правовий аспекти.
16. Біоетичні та правові проблеми співіснування «традиційної» і «нетрадиційної» медицини.
17. Методи нетрадиційної медицини: гомеопатія, фітотерапія, ароматерапія, літотерапія, фунготерапія, апітерапія і апіфітотерапія, таласотерапія, гірудотерапія, голодування.
18. Методи нетрадиційної медицини: акупунктура, акупресура, біорезонансна терапія, гіпнотерапія, мануальна терапія.
19. Спільність і відмінності в ставленні до хвороби пацієнтів, які сповідують іслам, іудаїзм, християнство.
20. Донорство крові. Права, обов'язки і відповідальність донорів крові. Безпека донорства. Служба крові.
21. Використання стовбурових клітин в медицині. Проблеми і перспективи.
22. Донорство органів. Моральні, соціальні і правові сторони питання торгівлі органами. Перспективи і проблеми.

23. Генетика людини та спадкові хвороби в контексті біоетики. Значення медико-генетичного консультування в профілактиці спадкових хвороб.

24. Біоетичні, правові та соціальні проблеми і біобезпека медичної генетики, генної інженерії та генної терапії, генетичних технологій модифікацій природи людини і тварин.

25. Генетично модифіковані організми в продуктах харчування. Негативна дія генетично модифікованих продуктів на здоров'я і життя людини.

26. Харчові добавки та біологічно активні добавки до їжі: що потрібно знати? Вплив харчових добавок, продуктів харчування на організм людини.

27. Медико-етичні проблеми клонування людини і тварин.

28. Паліативне лікування: медико-соціальні, організаційні та етичні принципи. Хоспіси.

29. Етичні та соціальні аспекти демографічної політики і планування сім'ї.

30. Етичні, правові та соціальні аспекти і біобезпека пренатальної діагностики та популяційних скринінгових досліджень.

31. Медико-етична та правова оцінка штучного абортів.

32. Етичний погляд на нові репродуктивні технології. Методи штучного запліднення. Технологія екстракорпорального запліднення.

33. Етичні проблеми сурогатного материнства. Законодавче регулювання. Сурогатне материнство в різних країнах світу.

34. Етичні проблеми початку людського життя: проблема статусу ембріона.

35. Біомедична етика і біобезпека проведення клінічних випробувань лікарських препаратів і нових медичних технологій.

36. Етичний погляд на використання тварин у наукових дослідженнях і навчальному процесі.

37. Транссексуалізм і корекція статевої орієнтації. Юридичні, медичні та моральні проблеми зміни статі.

38. Пацієнт-бомж і проблема справедливості в медицині.

39. Види відносини пацієнтів до хвороби.

40. Милосердя: проблема кордонів обов'язковості милосердя в медицині.

41. Біоетичні та правові проблеми евтаназії та суїциду за сприянням лікаря.

42. Ставлення до мертвого тіла, історія і логіка моральних традицій. Критерії смерті.

43. Біоетичні та правові проблеми репродукції людини.

44. Біоетичний контроль генетичних технологій.

45. Біоетика завершальної фази життя.

46. Смерть як «стадія життя». Досвід паліативного лікування.

47. Проблема смертної кари в контексті біоетики.

48. Право на правду про останній діагноз.

49. СНІД: морально-етичні проблеми.



50. Медико-етичні та правові проблеми і біобезпека профілактики, діагностики та лікування осіб з туберкульозом, венеричними та інфекційними хворобами.

51. Етичні проблеми надання медичної допомоги наркозалежним.

52. Тероризм як явище сучасного світу. Біотероризм, як найбільш небезпечний вид тероризму.

53. Етична оцінка біобезпеки та ризиків біомедичних технологій.

## Додаток К.7

**Програма професійно-орієнтованого навчального курсу «Професійно-етична компетентність і її значення для професійного життя лікаря»**

**I. Цільова установка та організаційно-методичні вказівки.**

Викладання і вивчення курсу «Професійно-етична компетентність і її значення для професійного життя лікаря» здійснюється з метою:

надання студентам теоретичних і практичних знань щодо етичного аспекту професійної діяльності;

формування у майбутніх лікарів професійно-етичних навиків та умінь; виховання і розвиток у студентів професійно-етичних якостей, що дозволили б успішно вирішувати складні завдання етичного характеру у професійній діяльності.

У результаті вивчення спеціального курсу студенти повинні:

знати:

основні цілі та завдання професійної етики, її значення в діяльності лікаря; актуальні теоретичні та практичні проблеми професійної етики; природу, суть, зміст професійно-етичної діяльності; зміст, структуру, функції, специфіку та основні суперечності процесу формування професійно-етичної компетентності; закономірності та тенденції професійно-етичної діяльності, основні напрями роботи з формування професійно-етичної компетентності; основні методи, прийоми, засоби і форми роботи з розвитку професійно-етичної компетентності.

уміти:

здійснювати діагностику професійно-етичної компетентності персоналу медичного закладу; творчо застосовувати основні методи, прийоми, засоби і форми роботи з формування професійно-етичної компетентності; враховувати етичні вимоги до поведінки при спілкуванні з колегами та пацієнтами.

ознайомитись з:

теоретичними і практичними проблемами професійної етики; напрями формування професійно-етичної компетентності лікаря; основними чинниками формування професійно-етичної компетентності; видами та особливостями моральних відносин у колективах медичних установ.

Вивчення цього матеріалу є основою підготовки студентів до професійної діяльності відповідно до вимог професійної етики. Викладання і вивчення студентами матеріалу потрібно будувати на основі принципів науковості, системності, цілісності та ін. Усі заняття потрібно проводити за допомогою

активних методів навчання з використанням розроблених навчальних педагогічних завдань і ситуацій. Всі види навчальних занять і їх зміст повинні бути спрямовані на те, щоб підготувати лікаря, який би умів організувати свою діяльність відповідно до норм професійної етики, приймати правильні рішення в ситуаціях морального вибору.

Після вивчення студентами курсу «Професійно-етична компетентність і її значення для професійного життя лікаря» передбачено контрольне заняття з виставленням підсумкової оцінки.

## **II. Розподіл навчального часу за темами і видами навчальних занять.**

На вивчення курсу «Професійно-етична компетентність і її значення для професійного життя лікаря» відводиться 120 годин (4 кредити) навчального часу. Курс складається з чотирьох модулів (по 30 годин): «Історія етичних вчень у сфері медицини», «Медична етика у професійній діяльності лікаря», «Складні питання медичної етики у сучасному світі» й «Комунікації в медицині та етичні аспекти спілкування лікаря і пацієнта». Структурними елементами кожного заняття є міні-лекції, вирішення проблемних питань та інших видів завдань, перевірка рівня розуміння студентами професійно-етичної проблематики і засвоєння моральних вимог до професійної діяльності лікаря. На підсумковому контрольному занятті (2 години) передбачено визначити рівень засвоєння студентами знань з професійно-етичної проблематики та сформованість професійно-етичних умінь.

## **III. Зміст модулів і тем.**

### **Модуль № 1. Історія етичних вчень у сфері медицини**

#### **Тема 1. Теоретичні та практичні проблеми професійної етики (6 год.).**

Визначення потіння «етика» і «медична етика». Поняття «деонтологія». Професійна специфічність медичної етики. Сфери регуляції медичної етики. Основні вимоги медичної деонтології до сучасного лікаря. Першочергова роль обов'язку в професії лікаря. Гуманізм у діяльності лікаря. Основні міжнародні офіційні документи, що регламентують роботу лікаря. Правове забезпечення професійної діяльності лікаря в сучасному світі. Женевська конвенція (1948 р.). Міжнародний кодекс медичної етики (1949 р.). Гельсінська декларація (1964 р.). Міжнародні конвенція Генеральної асамблеї ООН з цивільних і політичних прав людини (1966 р.). Токійська декларація (1975 р.).

Правове забезпечення професійної діяльності лікаря в Україні. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Кримінальна відповідальність медичних працівників за скоєння професійних злочинів.

Основні принципи медичної етики. Принципи «Головне – не нашкодити» та «Роби добро». Принцип поваги до автономії пацієнта. Принцип справедливості. Найважливіші правила медичної етики: правдивості, конфіденційності та поінформованої добровільної згоди. Порушення медичної етики під час діагностики та лікування.

## **Тема 2. Історія становлення медичної деонтології (8 год.).**

Історичний аналіз поглядів на роль етики у професії лікаря. Догіппократівський період розвитку медичної етики. Медицина стародавнього світу. Вимоги до лікаря у законах Хаммурапі. Моральні вимоги до лікаря у Стародавній Індії. Етичний кодекс лікарів Стародавньої Індії. Питання медичної деонтології у найдавніших пам'ятках індійської літератури (законах Ману та Аюрведі). Етичний кодекс лікарів Стародавнього Тибету. Середньовічний кодекс китайських лікарів. Книга «тисяча золотих ліків». Вимоги до лікаря у Персії.

Практики зцілення у храмах та Елій Арістід. Лікарська етика періоду Гіппократа. Філософія Гіппократової медицини. Гіппократові етичні концепції. «Корпус Гіппократа» як деонтологічні нотатки. Основні принципи поведінки лікаря за Гіппократом. «Золота середина» як правило поведінки лікаря. Систематизація медичного досвіду Гіппократом. Внесок Гіппократа у розвиток медичної деонтології. Позиція Гіппократа щодо ставлення лікаря до родичів хворого. Клятва Гіппократа. Сучасні редакції Клятви Гіппократа та її модифікації.

Роль лікарів Сходу в розвитку медичної деонтології. Ібн-Сіна (Авіценна) і його «Канон лікарської науки». Авіценна про етичний бік лікування, благо для хворого. М. Маймонід про медичну етику. «Молитва лікаря» і його найважливіші чесноти.

Розвиток медичної етики у Західній Європі. Уявлення про моральні засади лікування в епоху Середньовіччя. Осмислення понять «лікар» і «лікарська допомога» в світлі християнських цінностей. Любов до ближнього, співчуття до страждених (в тому числі до хворих і немічних), милосердя як християнські чесноти. Етичні знання в медичній школі в м. Салерно (Італія). Праці Везалія, Гарвея, Мальпігія. Етичні уявлення Парацельса та моральний принцип «роби добро». Паральцес про духовно-моральний сенс справи лікування.

Етичні знання в епоху Нового часу (з XVII ст.) Ф. Бекон і бачення майбутнього медицини в творі «Про гідність та примноження наук» («De Dignitate et Augmentis Scientiarum»). Філософ Д. Юм і його теорія морального почуття. Філософський базис лікарської етики за Дж. Грегорі. «Лекції про обов'язки і кваліфікації лікаря» Дж. Грегорі, дослідження проблеми взаємин лікаря і пацієнта. «Медична етика» англійського терапевта Т. Персівалля. Розгляд Т. Персівалем найважливіших питань медичної етики: ставлення лікаря до пацієнта, взаємини між лікарями, обов'язки фармацевтів і персоналу. Формування етики сестринської справи (сестринської етики) XIX ст.

Поняття «деонтології» у вченні англійського філософа І. Бентама. «Деонтологія, або наука про мораль» І. Бентама (1834 р.). Протиставлення І. Бентамом деонтології як вчення про особисте належне в поведінці індивіда етиці, науці про мораль як суспільно належному в поведінці та відносинах людей. Розвиток І. Бентамом відомої з часів Арістотеля концепції деонтології як науки про

обов'язок і належну поведінку з позицій філософського напрямку «утилітаризму». Ідеї гуманізму англійського економіста Т. Мальтуса («Нарис про закон народонаселення», 1798). Концепція деонтології англійського філософа-утилітариста Д. Мілля.

Класична теорія деонтології німецького філософа-мораліста І. Канта. Філософські принципи та концепція етичного раціоналізму І. Канта. «Категоричний імператив» І. Канта. Деонтологія І. Канта як етика поваги до інших і до себе. Внесок у розвиток деонтологічних теорій англійського філософа В. Росе. Теорія В. Росе щодо прийняття деонтологічних рішень у ситуації «конфлікту зобов'язань».

Деонтологічний етап розвитку медичної етики. Деонтологія як учення про моральний обов'язок та наука практичного застосування принципів і норм лікарської етики в різних галузях медицини. Школа медичного гуманізму та морального професіоналізму. Деонтологія і комерціалізація медицини.

### **Тема 3. Становлення і розвиток медичної етики в Україні (4 год.).**

Етика у медицині Давньокиївської держави. Етичні аспекти діяльності лікарів (знахарів, «льщів», травників). Етичні аспекти діяльності монастирів. Способи й техніка лічення, лічби. Етика найвідомішого лікаря Давньокиївської держави Агапіта. Етичні аспекти психотерапії, фітотерапії, фізіотерапії у Давньокиївській державі.

Медична рукописна література XVII–XVIII ст. про етичну діяльність лікаря. «Шістоднев» Іоанна Болгарського, перекладні астрологічні твори («Астрологія», «Колядник», «Громі вник»), світські енциклопедичні азбуковники, збірки, складені у формі запитань та відповідей (луцидаруси). Етика представників практичної медицини – різних категорій знавців народної медицини – хірургів-костоправів, знахарів акушерок («баб-повитух», «бражків», «пупорізок»).

Братства та їх роль у розвитку практичної медицини. Релігійно-благодійницька та освітня діяльність братств. Етика діяльності братських шпиталів і шпиталів на території Запорозької Січі: християнські цінності та допомога хворим ворогам.

Етичні знання у першому вищому навчальному закладі в Україні, в якому готували лікарів (XV ст. Замостя). Викладання медичних знань на основі глибокого вивчення філософії. Авторитет у сфері етики Києво-Могилянської академії.

Вивчення питань етичного характеру у перших державних медичних закладах, створених у кінці XVIII ст. (Києві, Херсоні, Севастополі).

### **Тема 4. Внесок вітчизняних клініцистів у розвиток учення про медичну деонтологію (4 год.).**

Українські вчені-медики XVIII–XIX ст. С. Зибелін, Д. Самойлович, І. Дядьківський, С. Боткін, В. Манассеїн та їх внесок у пропагування гуманної спрямованості лікарської діяльності.

Етичні погляди П. Шароя – керівника (з 1788 р.) Єлисаветградського

госпіталю і медико-хірургічної школи. Д. Самойлович як основоположник вітчизняної епідеміології. Праця Д. Самойловича «Засіб, найзручніший щодо відновлення в арміях медико-хірургічної науки» щодо етичної підготовки медиків. Погляди Н. Максимовича-Амбодика, основоположника вітчизняного акушерства і педіатрії, автора першого в Росії підручника з акушерства про необхідність етичної підготовки лікаря.

М. Петров про основне завдання медичної деонтології. М. Мудров як зразок високої моральності. М. Мудров про портрет лікаря-гуманіста і мислителя. Книга М. Мудрова «Слово про спосіб учти і вчитися медицині практичною». Актова промова М. Мудрова «Слово про благочестя та етичні якості Гіпократового лікаря». М. Пирогов про мистецтво бути лікарем. Роздуми М. Пирогова про медичну діяльність в роботі «Питання життя. Щоденник старого лікаря». Ф. Яновський про відповідальність лікаря.

Видатні вчені-медики України Н. Максимович-Амбодик, М. Пирогов, М. Стражеско, Д. Заболотний, О. Богомолець, В. Фролькис, М. Амосов, їх внесок у формування і розвиток деонтологічної теорії і практики. Безкорисливе служіння людям і самопожертва під час виконання свого професійного обов'язку як найважливіша вимога медичної етики.

Розроблення, популяція та поширення принципів медичної деонтології та діяльність професійних медичних асоціацій, урядових і неурядових організацій, законодавчих органів, а також церкви, діячів науки, мистецтва і широкій громадськості.

### **Тема 5. Розвиток медичної етики в ХХ – поч. ХХІ ст. (8 год.).**

Становлення медичної деонтології у ХХ ст. Підсумки Нюрнберзького процесу як додатковий імпульс до розвитку лікарської деонтології. Перший сумнів у сумлінності лікарів і лікарської етики. Розроблення міжнародних кодексів медичної етики. Прийняття Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації Міжнародної клятви лікарів – Женевської декларації (1948 р.) і Міжнародного кодексу медичної етики (1949 р.). Виступи лікарів проти виробництва, поширення і використання бактеріологічної, хімічної та ядерної зброї.

А. Швейцер і його роль у визначенні філософсько-аналітичної бази біоетичного етапу медичної етики. Етика «благочестя перед життям». Внесок А. Швейцера у розвиток медичної етики та створенні нового мислення, що включає концепцію захисту навколишнього середовища та відповідальність жителів планети за збереження і продовження життя на Землі. А. Швейцер як основоположник екологічної науки. Універсалізм та глобальність етики А. Швейцера. Етика моральної особистості лікаря.

Біоетичний етап у розвитку медичної етики (з 1970 р.). В. Р. Поттер як основоположник біоетики. Біоетика та вивчення шляхів гуманізації медицини і медико-біологічної науки з урахуванням прав людини. Захист фізичної, психічної і

духовної цілісності людини та її геному, захист тваринного та рослинного світу, захист навколишнього середовища як мета біоетики.

Дискусії про етичну основу і моральне право дій людини щодо втручання у природні процеси. Етичні проблеми клінічних досліджень за участю людей та експериментів на тваринах, генної інженерії, трансплантації органів і тканини, нових репродуктивних технологій, евтаназії. Ідеологічна і духовна криза сучасного світу, девальвація моральних цінностей, споживчий характер цивілізації, недолік глобальних ідей, технократизм мислення, прагматизм і цинізм.

В. Р. Поттер про побудову «моста», «сполучної ланки», в органічному поєднанні таких принципово різних феноменів, як біологія й етика. Етика щодо сфери живого (А. Швейцер) та природи (В. Р. Поттер). Формування етичного мислення. Рекомендації з організації, функції, прав і обов'язків Комітетів з біоетики Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я. Діяльність Комісії з питань біоетики при Кабінеті Міністрів України, Комітетів з біоетики при Міністерстві охорони здоров'я, Президіях Національної академії наук України. Прийняття міжнародних кодексів медичної етики. Женевська декларація (1948 р.) як новий варіант клятви лікаря. Міжнародний кодекс медичної етики (1949 р.). Міжнародний етичний кодекс медичної сестри (1953 р.).

## **Модуль №2. Медична етика у професійній діяльності лікаря**

### **Тема 6. Основні моделі взаємовідносин у системі лікар-хворий (10 год.).**

Патерналістська модель взаємовідносин лікаря з хворими. Переваги і недоліки моделі. Технічна (інженерна) модель та її принципи. Роз'яснення і посередництво лікаря в рамках технічної моделі. Колегіальна модель, її принципи. Роль довіри у взаємовідносинах лікаря з хворими. Вплив психіки пацієнта на лікування. Контрактна, інформативна і дорадча моделі відносин лікаря з хворими. Інтерпретаційна (тлумачна) модуль та активне втручання в оповідання хворого. Дистрибутивна справедливості як найважливіший принцип відносин між медичним працівником і пацієнтом. Основні міжнародні документи, які регламентують права пацієнта.

### **Тема 7. Ятрогенія як предмет уваги медичної деонтології (8 год.).**

Сутність поняття «ятрогенія» і «ятрогенні захворювання». Ятрогенія як наслідок профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань. Основні причини ятрогенії. Види ятрогенії та їх характеристика. Медикаментозна, маніпуляційна, наркозно-реанімаційна, аліментарна, променева та віддалена ятрогенія. Основні шляхи уникнення ятрогенії. Проблема взаємовідносин у системі лікар-хворий як одна з причин ятрогенії.

### **Тема 8. Моральні аспекти лікарської таємниці (8 год.).**

Визначення і суть лікарської таємниці. Історія поняття «лікарська таємниця». С. Боткін, М. Амосов, О. Богомолець про «святу брехню». Принципи збереження лікарської таємниці. Права пацієнта на конфіденційність інформації про стан його здоров'я. Імператив нерозголошення лікарської таємниці як морально-етична відповідь медика на довіру і відвертість хворого. Можливі обмеження права пацієнта на конфіденційність. Перелік випадків законного розголошення лікарської таємниці без згоди пацієнта. Основні правові документи, що гарантують дотримання лікарської таємниці в Україні та світі.

### **Тема 9. Лікарські помилки та правова відповідальність лікаря (4 год.).**

Природа лікарської помилки. Право на помилку і відповідальність за неї. Поняття «лікарська помилка». Класифікація лікарських помилок. Діагностичні, тактичні та технічні помилки. Основні причини виникнення лікарської помилки. Дефіцит підготовки і досвіду лікаря як важлива причина лікарської помилки. Недбалість у діяльності лікаря. І. Давидовський про лікарську помилку. Профілактика лікарських помилок. Консиліум як форма профілактики лікарських помилок.

## **Модуль № 3. Складні питання медичної етики у сучасному світі**

### **Тема 10. Біомедична етика у сучасному суспільстві (6 год.).**

Науково-технічна революція і проблема «дегуманізації» медицини. Основні теоретичні та прикладні аспекти біомедичної етики у сучасному суспільстві. Біоетика, її статус, особливості та умови виникнення. Співвідношення понять «біоетика», «біомедична етика» та «медична етика». Біоетика як нормативне знання. Основні особливості біоетики. Причини та умови виникнення біоетики. Складники змісту концептуальної моделі біомедичної етики.

Нормативно-етичне та ситуативне коло проблем біомедичної етики. Відкриті питання сучасної біомедичної етики. Деонтологічне коло біомедичної етики. Основні принципи біомедичної етики. Принцип концептуальної моделі біомедичної етики. «Суб'єкт-суб'єктний ряд» та «суб'єкт-об'єктний ряд» у медичній біоетиці. Гуманістична біотична парадигма. Принципи поваги до гідності особи, цілісності, рівноправ'я, уразливості та справедливості. Міжнародні правові документи, що регулюють біомедичні дослідження. Правові документи, які регламентують дотримання принципів біоетики в Україні.

### **Тема 11. Проблеми життя у медичній етиці та деонтології (6 год.).**

Основні етичні проблеми трансплантології. «Заборонні тенденції» і трансплантологія. Сутність «заохочувального добровільного підходу». Оптимальний і високоморальний вибір донора і реципієнта. Добровільна і свідома



згода людини на взяття в неї органів. Проблема комерціалізації трансплантології. Етико-правові проблеми в галузі трансплантації мозку. Пересадка органів від живого донора. Використання тіла померлої людини як джерела органів для пересадки. Правило поінформованої згоди. Особливості ксенотрансплантації. Міжнародні та вітчизняні законодавчі акти з проблем трансплантології. Проблеми клітинної і тканинної терапії.

Етичні проблеми використання ембріональних (плодових) стовбурових клітин. Правомірність роботи з плодовими тканинами як основна етична проблема. Клонування в медицині. Моральні аспекти використання екстракорпорального (штучного) запліднення (ЕКЗ) Моральні проблеми при здійсненні пренатальної діагностики. Етичні та соціальні проблеми щодо біологічних прав ембріона.

Етичні проблеми штучного переривання вагітності. Право на життя в початковій стадії людського існування. Право на життя ембріона з вадами розвитку та новонародженого з тяжкими дефектами розвитку. Моральні аспекти сурогатного материнства. Ставлення до легалізації сурогатного материнства у різних країнах.

Етичні проблеми технологій, що штучно підтримують життя. Моральний аспект генетики та генної інженерії. Проблема збереження лікарської таємниці при генетичному тестуванні. Моральна проблема клонування. Медико-біологічна мотивація заборони клонування. Правові документи, що регулюють допуск генетично модифікованих (ГМ) продуктів в Україні.

#### **Тема 12. Проблеми смерті у медичній етиці та деонтології (4 год.).**

Визначення статусу смерті як важлива сучасна етико-філософська проблема. Етичні проблеми реанімації. Право людини на смерть. Поняття «вмирання з гідністю». Визначення поняття «евтаназія». Основні види евтаназії. Проблема евтаназії і право людини на смерть. Добровільна евтаназія з біотичної точки зору. Боротьба зі смертю і боротьба за підтримання хвороби. Сучасний стан проблеми евтаназії.

Основні функції, медичне і соціальне значення хоспісів. Принципи хоспісного руху і заперечення тактики «святої брехні». Етичні аспекти паліативної допомоги.

#### **Тема 13. Проблеми деонтології та лікарської етики в медичних колективах (6 год.).**

Деонтологічні аспекти відносин медичних працівників. Лікар і суспільство. Лікар та інші лікарі. Моральні вимоги до лікаря у колективі. Лікар і колектив медичного закладу. Відносини медичних працівників. Поняття про особисту та колективну відповідальність. Деонтологічна компетентність керівника медичного закладу. Лікар і його «Я». Оптимізм і бадьорість лікаря. Сутність «медичного характеру» лікаря: любов до хворих та почуття обов'язку. Визначення меж між гуманізмом та прагматизмом (практицизмом). Лікарське самолюбство та апломб, амбіційність. Деонтологічна підготовка до професійної діяльності. Самооцінка

знань та дій. Самовиховання необхідних лікарських якостей. «Лікарська ерологія» та аналіз своїх помилок. Ставлення лікаря до своїх помилок. Підвищення рівня своїх знань – професійний і моральний обов'язок кожного лікаря. Лікар і його спосіб життя (Медицина для лікаря – не тільки професія, але й спосіб життя). Вільний час і хобі лікаря. Лікар і місцеві жителі.

Деонтологічні аспекти ставлення лікаря до суспільства. Вимоги до лікаря, який хоче присвятити себе науковій діяльності. Найважливіші принципи вченого-медика: об'єктивність, доказовість та повага до опонента. Вимоги до претендента на вчений ступінь при залученні людини як об'єкта дослідження. Правові документи, що регламентують науково-дослідну діяльність лікаря.

#### **Тема 14. Проблеми деонтології та лікарської етики в різних царинах професійної діяльності лікаря (6 год.).**

Особливості етико-деонтологічної роботи з пацієнтами терапевтичного профілю. Специфіка етико-деонтологічної роботи з пацієнтами хірургічного профілю. Особливості етико-деонтологічної роботи з пацієнтами неврологічних відділень. Правила етико-деонтологічної роботи з пацієнтами акушерських і гінекологічних відділень. Особливості етико-деонтологічної роботи з пацієнтами дермато-венерологічних диспансерів.

Небезпеки етичного характеру втручання в психіку людини. Етичні проблеми в онкології. Принципи взаємовідносин з онкологічними хворими. Етичні проблеми психіатрії. Особливості захисту психічнохворих. Основні деонтологічні підходи в психіатрії. «Етичні перекося» («гіпердіагностика» або «презумпція хвороби») у спілкуванні з психічнохворими. Етичні проблеми у сучасній психотерапії. Основні етичні принципи і правила психотерапії. Етичні проблеми в наркології. Бар'єри у роботі з наркологічними пацієнтами. Етичні проблеми в геронтології. Етичні проблеми в педіатрії. Основні завдання біомедичної етики в педіатрії.

#### **Тема 15. Деонтологічні аспекти взаємовідносин лікаря з ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД пацієнтом (2 год.).**

Етичні проблеми взаємовідносин лікаря з ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД пацієнтом. Етичний аспект медичного огляду та ВІЛ/СНІДу. Основні етичні проблеми ВІЛ/СНІДу.

#### **Модуль № 4. Комунікації в медицині та етичні аспекти спілкування лікаря і пацієнта**

##### **Тема 16. Спілкування у професійній діяльності лікаря (4 год.).**

Етика в медичному колективі. Етика взаємовідносин в колективах медичних працівників: особливості комунікацій у системах «лікар-лікар», «лікар-середній та молодший медичний персонал». Особиста та колективна відповідальність. Проблеми та вимоги до культури поведінки і комунікації в системі взаємовідносин

медичного колективу: «лікар-лікар», «лікар – середній та молодший медичний персонал».

Особливості фахового спілкування лікарів. Етапи та умови фахового спілкування. Закони, принципи та постулати фахового спілкування лікарів. Умови ефективного спілкування у колективі медичних працівників. Бар'єри у спілкуванні. Стратегії і тактики професійного спілкування лікаря. Мовленнєва ситуація та її гармонізація. Умови гармонізації мовленнєвої ситуації. Стилі комунікативної поведінки. Терапевтичне співробітництво з пацієнтами: значення авторитету лікаря, першої зустрічі з лікарем і довіри до лікаря. Врахування у спілкуванні психології хворого.

### **Тема 17. Спілкування лікаря з пацієнтом (4 год.).**

Загальні правила медичної деонтології: право пацієнта на отримання правдивої інформації, право конфіденційності, право «інформованої згоди» пацієнта – світовий та вітчизняний рівень. Моделі взаємовідносин між лікарем та пацієнтом. Сучасні моделі взаємовідносин між лікарем та пацієнтом: патерналістська, інженерна, контрактна, колегіальна («інформованої згоди»). Особливості психологічних типів пацієнта. Деонтологічні норми під час інформування пацієнта щодо діагнозу та прогнозу лікування. Особливості психологічних типів пацієнта. Фактори впливу на психічний та емоційний стан пацієнта. Принципи професійного спілкування лікаря та пацієнта на різних етапах діагностування та лікування. Деонтологічні норми під час інформування пацієнта щодо діагнозу та прогнозу лікування.

Діалог з пацієнтом і його організація. Ситуативний контекст спілкування. Принцип Кооперації і принцип Ввічливості та максими їх вираження Слухання і його роль у професійній діяльності лікаря. Культура слухання. Комунікативні стратегії. Проблеми, пов'язані з процесом сприйняття мовлення. Правила ефективного мовної комунікації. Механізми мовленнєвого впливу лікаря. Організація полілогу під час консиліуму.

### **Тема 18. Етикет мовленнєвого спілкування лікаря (4 год.).**

Культура міжособистісних стосунків у діловій сфері. Етичні вимоги до спілкування лікаря. Справедливе та однакове ставлення лікаря до інших людей. Ввічливість, такт, делікатність, уважність як основні вимоги до особистості лікаря. Сутність та складові мовного етикету. Такт лікаря у бесіді з хворим. Регістр і тональність як категорія комунікації. Мовленнєвий етикет лікаря. Комунікативний кодекс і його складники. Стиль спілкування лікаря. Гендерні аспекти спілкування лікаря. Етика бесіди з пацієнтом. Принципи поведінки та можливості взаєморозуміння у бесіді. Поведінка у першій бесіді з хворим. Етика розмови по телефону. Особливості спілкування лікаря з рідними та близькими пацієнта.

### **Тема 19. Культура мовлення лікаря (6 год.).**

Мовні норми і правильність мовлення. Комунікативні якості мовлення: точність, ясність, доречність, логічність, виразність. Акустичні параметри мовлення. Етикетні мовні формули. Увізнення мовлення лікаря у розмові з пацієнтом. Спілкування з пацієнтами, що мають порушення слуху. Спілкування з пацієнтами, що мають порушення зору. Відстань між співрозмовниками та особистий простір. Культура немовного спілкування. Впевнена манера спілкування. Підтримання невпевненого пацієнта. Культура спілкування з дітьми. Етика спілкування з членами сім'ї пацієнта.

### **Тема 20. Мовленнєве спілкування лікаря у складних умовах (8 год.).**

Непродуктивні моделі бесіди хворим. Відхилення від ідеального словесного контакту лікаря із хворим. Типологія комунікативних девіацій у спілкуванні з пацієнтом. Помилки в комунікативних контактах лікаря. Типологія комунікативних невдач у діяльності лікаря. Реагування на скарги щодо роботи колег та медичної установи. Принципова заборона образи на хворого. Розмова лікаря з хворим колегою. Слово лікаря та мовленнєві контакти з хворим: ятрогенія, сестрогенія, ергогенія. Комунікативні табу та антикультура спілкування. Мовна агресія, її особливості. Основні типи мовної агресії.

Допомога медичній сестрі в ефективному вербальному спілкуванні. Допомога сестрі, що зіткнулася з агресивною поведінкою пацієнта. Тактика медичного персоналу у випадку неадекватної поведінки пацієнта. Особливості етико-деонтологічної роботи з пацієнтами психіатричного профілю. Словесна асептика при неврозгах. Надання допомоги злочинцю чи ворогу.

### **Підсумкове контрольне заняття (4 год.).**

## **IV. Література**

### **Базова:**

1. Алексеєнко А. П., Лісовий В. М. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини. Харків, Колегіум. 2010. 340 с.
2. Бильченко О.С. Врачебная этика и медицинская деонтология. Харків, 2005. 197 с.
3. Ковальова О. М., Сафаргаліна-Корнілова Н. А., Герасимчук Н. М. Деонтологія в медицині: підручник. Харків, 2014. 258 с.
4. Кривонос М. В., Алексеєнко А. П. Філософські соціально-екологічні проблеми медицини, Харків, 2002. 215 с.
5. Турак Й. А. Етичні і правові основи медичного втручання з погляду лікаря-практика. Ужгород: Закарпаття, 2002. 192 с.

**Допоміжна:**

1. Биомедицинская этика: учебное пособие / Т. В. Мишаткина, Э. А. Фонотова, С. Д. Денисов, Я. С. Яскевич. Минск : ТетраСистемс, 2003. 320 с.
2. Брайчевський М. Ю. Наукові знання / Київська Русь // Історія української культури у п'яти томах. Т. 1. Історія культури давнього населення України. К. : Наукова думка, 2001. С. 813–814.
3. Вернадский В. И. Философские мысли натуралиста. М.: Мысль, 1988. 150 с.
4. Гиппократ. Этика и общая медицина. СПб: Азбука, 2001. 352 с.
5. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. К.: Выща шк. Головное изд-во, 1988. 192 с.
6. Деонтологія в медицині: підручник. О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук. К.: ВСВ «Медицина», 2015. 240 с.
7. Деонтология в медицине: В 2 т. т. 2. Частная деонтология. Вихляева Е. М., Гамов В. П., Горшков С. З.; Под ред. Б. В. Петровського; АМН СССР. М. : Медицина, 1988. 416 с.
8. Запорожан В. М., Аряев М. Л. Біоетика та біобезпека: Підручник. К.: Здоров'я, 2013. 456 с.
9. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія підручник. 3-те вид. випр. К.: ВСВ «Медицина», 2013. 200 с.
10. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта. М.: Медицина, 1989. 208 с. (Б-ка практ. врача. Важнейшие вопросы внутренней медицины).
11. Лихтенштейн Е. И. Помни о больном. К.: Вища школа, 1978. 176 с.
12. Михаловска-Карлова Е. П., Горелова Л. Е. Биоэтический практикум: учебное пособие; ред. Д. А. Балалыкин. М. : Литтерра, 2012. 208 с.
13. Назар П. С., Віденський Ю. Г., Грандо О. А. Основи медичної етики. К.: Здоров'я, 2002. 344 с.
14. Орлова Е. В. Культура профессионального общения врача: коммуникативно-компетентный подход. М.: Форум, 2012. 288 с.
15. Орбан-Лембрик Л. Е. Психологія професійної комунікації: навчальний посібник. Чернівці: Книги – ХХІ, 2010. 528 с.
16. Поттер В. Р. Биоэтика: мост в будущее / Пер. с англ., под ред. С. В. Вековшиной и В. Л. Кулиниченко. К.: Издатель Карпенко В. М., 2002. 215 с.
17. Руда С. П. Медицина / Природничі і технічні знання // Історія української культури у п'яти томах. Т. 1. Українська культура другої половини XVII–XVIII століть. К. : Наукова думка, 2003. С. 726–740.
18. Саперов В. Н. Медицинская этика: Учебное пособие для студентов. М.: Издательство БИНОМ, 2014. 232 с.
19. Смольняков А. И., Федоренко Е. Г. Врачебная этика. 2-е изд., переб. і доп. Киев: Здоров'я, 1982. 96 с.

20. Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности: учебное пособие. М. : Академический Проект, 2003. 304 с.
21. Харді І. Лікар, сестра, хворий: психологія роботи з хворими. Будапешт: Вид-во академії наук Угорщини, 1988. 338 с.
22. Хрусталеv, Ю.М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья : учебник. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 400 с.
23. Хрусталеv Ю. М. Введение в биомедицинскую этику : учебное пособие для студ. мед. и фарм. вузов. М. : Академия, 2010. 224 с.
24. Шамоv И. А. Биомедицинская этика: Учебник. М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. 344с.
25. Шарден Т. Феномен человека. М.: Наука, 1987. 240 с.
26. Швейцер А. Благоговение перед жизнью. М.: Прогресс, 1992. 200 с.

#### **Нормативна база:**

1. Етичний Кодекс лікаря України
2. Етичний кодекс професійної поведінки психіатрів
3. Кримінальний кодекс України.
4. Міжнародний кодекс медичної етики (Міжнародний кодекс з деонтології) (1949)
5. Нюрнберзький кодекс (1947)
6. Сімейний кодекс України
7. Цивільний кодекс України
8. Гельсінська декларація (1964)
9. «Декларація про права пацієнта»
10. «Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі»
11. «Декларація про права пацієнтів в Європі» (1994)
12. «Декларація про трансплантацію ембріональних тканин» ВМА (1989)
13. «Декларація про трансплантацію людських органів» ВМА (1987)
14. «Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі» (1994)
15. Декларація Міжнародного альянсу організацій пацієнтів з надання медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта (2006)
16. Декларація ООН про клонування людини (2005)
17. Женевська декларація ВМА (1948,1994)
18. «Загальна Декларація про біоетику і права людини» (2005)
19. «Загальна Декларація про геном людини і права людини», (1997)
20. Лісабонська декларація ВМА про права пацієнтів (1981, 1995)
21. Лондонська декларація пацієнтів з безпеки пацієнтів (2006)
22. Люксембурзька декларація з безпеки пацієнтів (2005)
23. «Міжнародна декларація про права людини»

### Конвенції

1. «Про захист осіб у зв'язку з автоматизованою обробкою персональних даних»
2. «Про захист прав людини та людської гідності у зв'язку із застосуванням біології та медицини» (1998)
3. «Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку з використанням досягнень біології і медицини» (1996, 2002)
4. «Про захист прав і достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини» (1997)
5. «Про права людини в біомедицині» (1996, 1997)
6. Міжнародна Конвенція Генеральної Асамблеї ООН з цивільних і політичних прав (1966)

### Міжнародні документи

#### ВООЗ

1. Резолюція Асамблеї ВООЗ з безпеки пацієнтів (2002)
2. Програма ВООЗ з безпеки пацієнтів (2004)

#### ЮНЕСКО

3. Керівництво №1-2 «Про створення і діяльність комітетів з біоетики» ЮНЕСКО, 2005

4. «Рекомендація про статус науковців» (1974)

#### ВМА

5. Резолюція з питань поведінки лікарів при здійсненні трансплантації людських органів» (1994)

6. «Заява про торгівлю живими органами» (1985)

#### ЄВРОПЕЙСЬКИЙ СОЮЗ

7. Хартія основних прав ЄС 2000
8. Європейська хартія з прав пацієнтів (2002)

#### ЗАКОНИ України

9. Конституція України

10. «Закон про трансплантацію»

11. «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992)

12. «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» (2001)

13. «Про державну систему біобезпеки при створенні, випробуванні, транспортуванні та використанні генетично модифікованих організмів» (2007)

14. «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» (1994)

15. «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» (1991) (1992) (2001)

16. «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих СНІДом на 2009-2013 роки»

17. «Про захист населення від інфекційних хвороб» (2000)
18. «Про захист персональних даних»
19. «Про захист прав споживачів» (1991)
20. «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними» (1995)..
21. «Про лікарські засоби» (1996)
22. «Про наукову і науково-технічну діяльність»
23. «Про попередження насильства в сім'ї» (2001)
24. «Про психіатричну допомогу» (2000)
25. «Про трансплантацію органів й інших анатомічних матеріалів людини» (1999)

### **Накази МОЗ України**

1. «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію /СНІД» (2000)
2. «Про проведення клінічних випробувань ствольних клітин» (2007)
3. «Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини» (2000)
4. «Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації» (2000)
5. «Про затвердження інструкції про проведення клінічних випробувань лікарських засобів і експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типове положення про комісію з питань етики», (2000)
6. «Про подальший розвиток медичної генетики і біоетики в Україні». (2000)

### **Інформаційні ресурси**

1. <http://biomed.nas.gov.ua/> (офіційний сайт НАН України. Національний науковий центр з медико-біотехнічних проблем)
2. <http://biomed.nas.gov.ua/links-ua> (Корисні посилання на українські та зарубіжні ресурси щодо питань біоетики)
3. <http://biomed.nas.gov.ua/index/bioethics-comitee> (Комітет з питань біоетики при Президії НАН України)
4. [http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/intemal/deontologi/classes\\_stud\\_ru/stomat/ptn/Этические%20проблемы%20в%20медицине/3/Этика%20професионального%20взаимодействия%20в%20медицинских%20учреждениях.htm](http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/intemal/deontologi/classes_stud_ru/stomat/ptn/Этические%20проблемы%20в%20медицине/3/Этика%20професионального%20взаимодействия%20в%20медицинских%20учреждениях.htm) (етика професійної взаємодії в медичних закладах. Важливі професійні якості лікаря та медичної сестри)
5. <http://materinstwo.com/main/prava-patsienta-i-vracha-v-ukraine.html> (дещо про права лікаря та пацієнта в Україні)
6. <http://www.medgarantclinic.dn.ua/mnetcodvrukr> (Етичний кодекс лікаря України 2009р.)
7. <https://www.youtube.com/watch?v=tBzm17yfhHo> (документальний фільм «Амосов: Століття»)



**Додаток Л**

**Навчально-методичні матеріали, використані під час базового  
(визначального) етапу формування професійно-етичної компетентності**

## Додаток Л.1

**Приклад моделювання змісту занять, які імітують ситуації застосування лікарської та медичної етики на основі міждисциплінарного підходу (при вивченні навчальної дисципліни «Загальна практика (сімейна медицина)»**

**Тема 5. Організація позалікарняної терапевтичної допомоги при найпоширеніших захворюваннях терапевтичного профілю.**

**Мета:** сформувати у студентів систему знань про основні принципи лікувально-профілактичної допомоги населенню України та умінь щодо організації позалікарняної терапевтичної допомоги при найпоширеніших захворюваннях терапевтичного профілю.

З урахуванням знань студентів, здобутих під час вивчення навчальних дисциплін «**Внутрішня медицина (Лікувальна справа)**», «**Соціальна медицина та організація охорони здоров'я**» навчити майбутніх лікарів оцінювати стан здоров'я населення, аналізувати значимість факторів ризику і знати їх класифікацію; виявляти ранні ознаки основних клінічних синдромів під час профілактичних оглядів і проведення диспансеризації; етично правильно будувати розмову з пацієнтами під час профілактичних оглядів і проведення диспансеризації.

З урахуванням знань студентів, здобутих під час вивчення навчальних дисциплін «**Внутрішня медицина (Лікувальна справа)**», «**Терапія**» забезпечити освоєння студентами методики складання програм ведення хворих в амбулаторних умовах при найбільш поширених терапевтичних захворюваннях (серцево-судинних, бронхо-легеневих, органів черевної порожнини, сечо-видільної системи, опорно-рухового апарату та захворювань крові) та проведення експертизи непрацездатності; етично правильно будувати розмову з пацієнтами під час експертизи непрацездатності.

На основі знань студентів, здобутих під час вивчення навчальних дисциплін «**Етичні проблеми в медицині**», «**Медична психологія**», «**Педіатрія**», «**Фізична реабілітація, спортивна медицина**» навчити майбутніх лікарів оцінювати етичний аспект впливу сім'ї на процес одужання та зниження ризику розвитку патологічних станів, проводити доліковування пацієнтів після їх госпіталізації та реабілітації в амбулаторних умовах; застосовувати розроблену програму ведення проблем сім'ї з урахуванням факторів ризику, оцінки психологічного стану і здоров'я сім'ї; відповідно до етичних вимог проводити бесіду з пацієнтами під час проведення профілактики, ранньої діагностики, лікування та реабілітації при виявленні функціональної та органічної патології терапевтичного профілю

## Додаток Л.2

## Теми для проєктів при вивченні з навчальної дисципліни «Психіатрія з основами психотерапії» теми «Види групової психотерапії»

1. Психотерапія в народній медицині: етичний аспект.
2. Індивідуальна психологія та психотерапія А. Адлера: етичний аспект.
3. Психотерапія орієнтована на тіло В. Райха: етичний аспект.
4. У. Джеймс та психологія свідомості: етичний аспект.
5. Баррхус Ф. Скінер і радикальний біхевіоризм: етичний аспект.
6. Аналітична психологія К. Юнга і психотерапія: етичний аспект.
7. Фракційний гіпноз: етичний аспект.
8. Колективний метод гіпносугестії Бехтерєва: етичний аспект.
9. Шоковий метод гіпнотизації Шарко: етичний аспект.
10. Директивний груповий вплив наяву Дубровського при лікуванні заїкання: етичний аспект.
11. Метод умовно-рефлекторного лікування алкоголізму: етичний аспект.
12. Наркогіпноз: етичний аспект.
13. Модифікація АТ-1 Лобзіна-Решетнікова: етичний аспект.
14. Модифікація АТ -1 Клейнзорге-Клюмбієса: етичний аспект.
15. Психом'язове тренування за Алексєєвим: етичний аспект.
16. Активне самонавіювання за Роменом: етичний аспект.
17. Методи самонавіювання, аутотренінги: етичний аспект.
18. Етичний аспект йоги та медитації.
19. Трансцендентальна медитація: етичний аспект.
20. Емоційно-вольове тренування А.Т. Філатова: етичний аспект.
21. Етичний аспект катарсичної психотерапії та гіпноаналізу.
22. Імаготерапія: етичний аспект.
23. Трансперсональна психотерапія: етичний аспект.
24. Вербальні та невербальні методи групової психотерапії: етичний аспект.
25. Бібліопсихотерапія: етичний аспект.
26. Поведінкові тренінги: етичний аспект.
27. Психотерапія і парапсихологія: етичний аспект.
28. Натурпсихотерапія: етичний аспект.
29. Телевізійна психотерапія: етичний аспект.
30. Психокібернетика та комп'ютерна психотерапія: етичний аспект.
31. Сугестопедія: етичний аспект.
32. Музикотерапія і танцювальна терапія: етичний аспект.
33. Казкотерапія і лялькотерапія: етичний аспект.
34. Психотерапія та психокорекція в гастроентерології: етичний аспект.
35. Психотерапія та психокорекція в кардіології: етичний аспект.
36. Психотерапія у другій половині життя: етичний аспект.

37. Психотерапія та психокорекція в ендокринології: етичний аспект.
38. Психічне здоров'я: етичний аспект.
39. Етика захисту здоров'я медпрацівників
40. Вчення про гіпноз Ф. Месмера: етичний аспект.

**Додаток Л.3****Теми самостійної науково-дослідницької роботи студентів з навчальної дисципліни «Психіатрія з основами психотерапії»**

1. Етапи розвитку етичних норм в історії психіатрії.
2. Співвіднесення права людини та лікування психічно хворих.
3. Специфіка етичних проблем в психіатрії.
4. Етичні принципи побудови відносини між лікарем та родичами проблемних хворих.
5. Нові етичні концепції ставлення до психічних захворювань.
6. Перспективи соціальної реабілітації осіб, які потребують психологічну допомогу.
7. Особливі психологічні стани людини та етична складова їх визначення.
8. Життя видатних лікарів-психіатрів.
9. «Психодрама Я. Морено» в етичному аспекті.
10. «Психокорекційні групи: (Т-групи)» в етичному аспекті.
11. «Аналітична групова психотерапія» в етичному аспекті.
12. «Гештальт-терапія» в етичному аспекті.
13. «Клієнт-центрована психотерапія К. Роджерса» в етичному аспекті.
14. «Адлерівський аналіз: етичний аспект»

## Додаток Л.4

**Приклад тесту для визначення рівня знань з професійно-етичної проблематики [218, с. 47–48, 177–203]**

1. Під час обходу лікар сказав, що молодша медсестра несвоєчасно переслала ліжку хворому і зробив їй зауваження у присутності хворого. Що порушив лікар?
  - A. Субординацію.
  - B. Правила деонтології.
  - C. Лікувально-охоронний режим.
  - D. Санітарно-гігієнічний режим.
  - E. Правила внутрішнього розпорядку.
  
2. При спілкуванні з хворим лікар пропонує йому вибрати з лікувальних засобів ті, що влаштовують його за ціною і способом застосування. Визначити модель взаємин лікаря хворим:
  - A. Технологічна;
  - B. Ліберальна;
  - C. Патерналістська;
  - D. Інтерпретаційна;
  - E. Декілька моделей одночасно
  
3. Лікар призначає обстеження і лікування хворому, не враховуючи його індивідуальних особливостей, можливостей і побажань. Визначити модель взаємин лікаря і хворого:
  - A. Технологічна;
  - B. Ліберальна;
  - C. Патерналістська
  - D. Інтерпретаційна;
  - E. Декілька моделей одночасно
  
4. Під час профілактичного огляду лікар повідомляє хворому попередній діагноз «пухлина кишечника» і пропонує терміново провести обстеження в умовах спеціалізованого стаціонару. Які дії лікаря були помилкові?
  - A. Розкрита лікарська таємниця.
  - B. Повідомлення хворому про можливий і необґрунтований діагноз
  - C. Пропонування термінової госпіталізації для обстеження.
  - D. Лікар прав, оскільки хворий має право знати всю інформацію про свою хворобу.
  - E. Всі дії лікаря були помилкові.
  
5. Хворому потрібний дорогий препарат, якого немає в лікарняній аптеці. Хворий – людина малозабезпечена. Як повинен вчинити лікар?

А. Пояснити хворому, що препарат йому потрібний, і разом вирішити проблему оплати препарату.

В. Повідомити родичам хворого про необхідність даного препарату.

С. Знайти спонсора в особі добродійного фонду або іншої організації, або приватної особи.

Д. Продовжувати лікувати доступними за ціною або наявними в лікарні препаратами.

Е. Назначити замість дорогого препарату інші препарати, які замінюють його дію.

6. Після проведення оперативного втручання з приводу апендициту у хворого наприкінці другої доби підвищилася температура до 38,5 °С, виник біль в області післяопераційної рани. При повторній ревізії в черевній порожнині було виявлено забуту серветку, яка стала причиною розвитку ускладнення післяопераційного періоду. Оцінити дії хірурга:

А. Лікувальна помилка.

В. Нещасний випадок.

С. Професійний злочин.

Д. Хірург не винен, серветку міг забути його асистент.

Е. Дії хірурга може оцінити тільки лікарсько-експертна комісія.

7. Небезпечному рецидивістові, який перебуває у в'язниці за здійснення статевого злочину, пропонується повна кастрація в обмін на скорочення терміну ув'язнення. Чи правомірна стерилізація злочинця (1) і за яких умов можливий виняток (2)?

1. А. Так В. Ні.

2. А. Усна угода ув'язненого.

В. Оформлення інформаційної угоди.

С. Дотримуватися конфіденційності.

Д. Дозвіл комітету з етики.

Е. Виняток неможливий.

8. Новонароджена дитина страждає атрезією заднього проходу і хворобою Дауна. негайне хірургічне втручання, можливо, вирішило б продовження життя немовляти, але його інтелект в майбутньому залишився б на рівні 4-річної дитини, а тривалість життя становила близько 20 років. Батьки відмовляються від операції, вважаючи кращим, якщо дитина помре природною смертю. Кому, на вашу думку, належить право вирішувати долю немовляти?

А. Батькам.

В. Лікувальному педіатрові.

С. Дитячим хірургам.

- Д. Комісії з біоетики.
- Е. Лікувальному консиліуму.

9. На санпропускник міської лікарні привезли небезпечного злочинця у важкому стані з ножовим пораненням грудної клітини. Черговий лікар, не повідомивши в міліцію, негайно почав надавати невідкладну допомогу, викликав бригаду хірургів. Оцініть дії лікаря. Як повинен був діяти черговий лікар?

А. Надати невідкладну допомогу і повідомити в міліцію, інформувати адміністрацію лікарні.

В. Відмовити в наданні медичної допомоги злочинцеві.

С. Передати злочинця органам влади.

Д. Інформувати міліцію і викликати «швидку допомогу» для перевезення хворого в спеціалізоване відділення.

Е. Інформувати адміністрацію і викликати «швидку допомогу» для перевезення хворого в спеціалізоване відділення.

10. 17-річна дівчина звертається до сімейного лікаря і повідомляє, що вагітна, просить не говорити про це батькам і зробити аборт. Як повинен поступити сімейний лікар?

А. Переконати дівчину поінформувати батьків і разом вирішити проблему.

В. Доповісти батькам.

С. Доповісти батькам, але не говорити про це пацієнтці.

Д. Виконати прохання пацієнтки.

Е. Послатися на неповноліття пацієнтки і відмовитися обговорювати проблему без батьків.



### Додаток Л.5

## Фрагмент тренінгової програми розвитку професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів

За матеріалами досліджень О. Конуп [229], Л. Мороз та С. Яковенко [297], В. Пахальяна [321], Н. Петренко [324], Л. Петровської [327], К. Соцького [400] та ін.

### Кількість тренінгових годин – 40.

**Мета тренінгу:** формування когнітивного, діяльнісно-операційного, професійно-особистісного, емоційно-мотиваційного і ціннісно-орієнтаційного компонентів професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів.

### За результатами тренінгу учасники повинні

#### знати:

види та особливості професійного спілкування лікаря;  
специфіку комунікацій у медицині;  
етикетні вимоги до спілкування з колегами, пацієнтами, їх родичами;  
особливості своєї комунікативної поведінки.

#### ознайомитися:

з етичними нормами у сфері комунікації;  
з типовими комунікативними ситуаціями, що виникають в діяльності лікаря;  
з прийомами та засобами підтримання психологічного контакту;  
з правилами активного слухання.

#### уміти:

швидко та невимушено встановлювати контакт з колегами, пацієнтами, їх родичами, вільно підтримувати бесіду;  
заохочувати надання співрозмовником необхідної інформації, емпатійно вислуховуючи та фіксуючи в пам'яті всі важливі деталі;  
проводити цілеспрямоване опитування пацієнта;  
розпізнавати ознаки нещирості та обману за паралінгвістичними проявами співрозмовника.

### Завдання тренінгу:

формувати у майбутніх лікарів мотиви професійно-етичного самовдосконалення;  
розвивати уміння ефективної комунікації з колегами, пацієнтами, їх родичами;  
розвивати адекватне розуміння студентами себе та інших людей;

підвищувати здатність майбутніх лікарів до самоконтролю, самоорганізації; навчати прийомів професійно-етичного самовдосконалення;

**Форми роботи:** є міні-лекції, робота в малих групах, дискусії, ділові ігри, психотехнічні вправи.

### **Тренінг № 1. Етика ділового спілкування лікаря**

**Мета:** створити умови для кращого знайомства; визначити особливості кожного учасника; підтримати клімат психологічної безпеки; формувати уявлення учасників тренінгу про морально-етичні вимоги до медичних працівників.

Час проведення тренінгу: 6 год.

#### **Вступне слово.**

Лікарське мистецтво формується не відразу, поступово виробляється вміння правильно говорити про хворобу, викладати факти так, щоб вони сприяли не погіршенню, а поліпшенню стану хворого. Уміння розмовляти з хворими, відповідно поводитися біля ліжка стражденної людини рідко буває природженою рисою. Таке вміння необхідно розвивати в собі, виробляти в процесі щоденної роботи. У цьому полягає самовдосконалення лікаря. Лікар, як старший колега повинен вчити цьому мистецтву середній і молодший медичний персонал. За такого підходу до роботи в лікувально-профілактичному закладі буде зведено до мінімуму шкідливий вплив на хвору людину необережно сказаних слів або інших дій медичних працівників.

На жаль у клінічній практиці трапляються непоодинокі випадки прикрого нехтування цим професійним принципом з боку як лікарів, так і середнього медичного персоналу. Частіше колегіальність порушують деякі молоді лікарі – кар'єристи які в гонитві за «авторитетом» чи зиском поступаються принципами добропорядності щодо товаришів по роботі. Не може бути ніякого виправдання таким лікарським висловлюванням, як, наприклад: «Вам постановили помилковий діагноз», «Вважайте за щастя, що потрапили на лікування до мене» тощо. Свідоме чи навіть легковажне випадкове паплюження професіоналізму колеги шкодить й пацієнтові, адже чи буде відвідувач такого лікаря й надалі вірити в медицину? Напевно, ні. Отже, штучні методи самореклами й ствердження свого «авторитету» згубні хоча б тому, що будуються на аморальній основі.

#### **Вправа 1. «Коло».**

Учасники тренінгу сідають у коло обличчям один до одного й розповідають про свої сподівання щодо тренінгу.

Ведучий задає запитання: «Що означає коло? Чому група сидить у колі? Чому під час спілкування ми дивимось в очі один одному? Що взагалі може сказати обличчя людини?»

**Вправа 2. «Знайомство – «Хто-Я».**

Кожен із учасників у вільній формі робить десять повідомлень про себе, кожне з яких відрізняється від попереднього, а починається однаково: Я... (далі що завгодно аби воно було правдивим). Це можуть бути риси характеру, особливості, інтереси, біографічні дані, різноманітні порівняння. Після цього відбувається обговорення почутого та того, що кожен з членів групи відчув.

**Вправа 3. «Уміння знайомитися»**

Група ділиться на пари і впродовж 5-7 хвилин учасники розповідають один одному про себе. З'ясовуються найпростіші речі: біографічні дані, захоплення, інтереси. Після розповіді учасники по черзі представляють один одного групі – пара виходить в центр кола, той, кого представляють, сідає на стілець. Інший стає за ним, кладе руки першому на плечі і починає розповідь від його імені. Потім вони міняються ролями. Ця вправа допомагає створити невимушену атмосферу серед учасників, дати відчутти труднощі самопрезентації, безпомилкової фіксації отриманої інформації.

**Вправа 4. «Гра в асоціації».** Кожний з учасників висловлює свої уявлення, які у нього створюються щодо тих, хто сидить у колі (по черзі): «Хто, кого чи що мені нагадує?», «Яку тварину, рослину, дерево або квітку, птаха, колір, пору року нагадує мені той, хто представляється?».

**Вправа 5. «Моє ім'я і особиста риса».**

Учасник називає своє ім'я та рису характеру, що починається на першу літеру імені. Можна продемонструвати рису за допомогою пантоміми. Учасник називає своє ім'я та пояснює, чому пишається певною особистою рисою.

**Вправа 6. «Моя індивідуальність».**

Учасники по колу передають квітку, при цьому кожен по черзі вимовляє своє ім'я, називаючи риси, що починаються з літер, які є в імені (наприклад, Ольга – обережна, охайна; Вадим – ввічливий, великодушний). Після закінчення вправи ведучий просить учасників зробити висновки.

**Вправа 7. «Ось я такий»**

Кожен з учасників по черзі називає своє ім'я, а також одне зі своїх реальних хобі, захоплення і одне бажане хобі, те, що хотілося б мати.

**Вправа 8. «Моя улюблена іграшка».** Учасник називає своє ім'я та розповідає, яка іграшка чи гра була його улюбленою в дитинстві, далі пояснює чому.

**Вправа 9. «Перетворення».** Учасники сідають колом. Ведучий пропонує закінчити речення: «Якби я був книжкою, то я був би... (словником, детективом, віршами...)», «Якби я був явищем природи, то був би... (вітром, сонцем, бурею...)», «Якби я був музикою, то я був би... (романсом, класикою, джазом...)», «Якби я був дитиною, то я був би...».

**Вправа 10. «Асоціативний ряд».**

На дошці записують слово «спілкування». Учасники тренінгу повинні придумати не менше 2 визначень або понять, що стосуються цього процесу. Групове обговорення і зворотній зв'язок.

**Вправа 11. «Очікування»**

Присутні по колу відповідають на питання, що б вони хотіли дізнатися з проблеми взаємодії з пацієнтами та колегами», що потрібно для того, щоб тренінгове заняття було корисним і допомогло і подальшій роботі. Ця вправа допомагає учасникам усвідомити свої цілі та очікування.

**Вправа 12. Мозковий штурм «Для чого ми спілкуємося?».**

Учасники вільно висловлюють свої думки, які записують на окремих аркушах паперу. Висловлювання не обговорюються, а приймаються беззастережно. Важливо за короткий час зібрати якомога більше думок. Групове обговорення і зворотній зв'язок.

**Вправа 13. «Вас не чути».**

Члени групи діляться на пари, і їм повинні одночасно впродовж трьох хвилин розказати будь-яку історію. Після цього тренер просить учасників по черзі відтворити один для одного почуті історії. Така вправа дозволяє продемонструвати на практиці негативний вплив комунікативних шумів.

**Вправа 14. «Прес-конференція».**

У групі вибираються два учасники, один з яких виконує роль іноземця, а інший – перекладача. Учасникам повинні уявити себе журналістами, які знаходяться на прес-конференції іноземного гостя. «Іноземець» сам вибирає образ свого героя і представляє його публіці. «Журналісти» ставлять запитання, на які відповідає «іноземною» (російською). Завдання учасника, який виконує роль «перекладача», коротко, стисло, але точно передати те, що сказав «іноземець», але українською мовою. Така вправа допомагає звернути увагу на особливості викривлення інформації.

**Підведення підсумків. Рефлексія учасників тренінгу.**

**Тренінг № 2. Морально-етичні вимоги до медичного працівника**

**Мета:** сформувати уявлення учасників тренінгу про морально-етичні вимоги до медичних працівників, продемонструвати учасникам важливість урахування конкретної ситуації спілкування, відмінностей позиції усіх учасників комунікації; формувати уміння розуміти мотиви й причини поведінки людей, тактовно впливати на партнера по спілкуванню.

Час проведення тренінгу: 6 год.

### **Вступне слово.**

Мораль – це сукупність історично зумовлених правил, норм, звичаїв, принципів співжиття і поведінки людей, їхніх відносин у процесі виробництва матеріальних і духовних цінностей, що визначають їхні обов’язки один до одного, до соціальних груп, верств класів, до суспільства і виконання яких базується на громадській думці.

Етичні закони і позиції у медицині – це погляди і знання, які наочно інтегрують моральні основи особистості лікаря й загалом лікування, теорію й практику відносин з хворими, суспільством та колегами. Медична етика визначає постулати про лікарський обов’язок, слово лікаря, лікарську таємницю, добро й зло, інші моральні та філософські категорії і пріоритети в охороні здоров’я.

Вивчення проблем професійної етики, її специфіки дозволяє пізнати мораль ширше і пов’язати її з практичною діяльністю лікаря. Лікарська мораль регулює ставлення лікаря до хворого, до здорової людини, до колег лікаря, до суспільства і держави. Честь і гідність, авторитет і обов’язок лікаря мають риси всебічності та специфічності водночас. Медична етика пов’язана з компетентністю, класифікацією лікарів за їх діловими якостями. Медична мораль регулює трудову діяльність лікарів, сприяє виробленню у лікаря здатності до моральної орієнтації у складних клінічних ситуаціях, які вимагають морально-ділових і соціальних якостей.

### **Вправа 1. «Моє розуміння».**

Як я розумію поняття моральні та етичні вимоги у моїй професійній діяльності? Кожен учасник запису на аркуші паперу своє тлумачення термінів і представляє його на групу. Ця вправа дає змогу зрозуміти загальну обізнаність у темі тренінгу. Сформувані подальше направлення роботи групи.

### **Вправа 2. «Вдосконалюй себе».**

Як Ви розумієте вислів М. І. Пирогова «Необхідно мати мужність обнародувати свої помилки, щоб застерегти від них інших працівників».

Ця вправа спрямована на осмислення та визнання своїх помилок під час проф. діяльності. Та проговорення подальших шляхів їх уникнення та корегування.

### **Вправа 3. «Вірогідність»**

Чи порушували Ви принципи моральні медичних працівників і чому?

Учасники розповідають чи було у їх практиці порушення вимог медичних працівників і чи шкодило це пацієнту.

Ця вправа спрямована на майбутню корекцію порушень принципів медичних працівників. Обговорення одного з найголовніших принципів «Не зашкодь», який вимагає необхідні відповідні знання, компетентність, професіоналізм та моральні якості медпрацівника.

#### **Вправа 4. «Думки»**

Ведучий просить одного учасника вийти з кімнати. Всім, хто залишився, пропонується дати три характеристики того, хто вийшов. Ведучий фіксує характеристику і її автора. Потім запрошується той, хто виходив, і йому задається питання: «Як ви думаєте, хто із присутніх дав вам цю характеристику?» Учасник може зробити три спроби вгадати авторів. У протоколі важливо фіксувати його відповіді, вказувати кількість правильних відповідей у кожній із трьох спроб. Ця вправа допомагає коригувати самооцінку, розвивати вміння почувати партнера по спілкуванню, розвивати інтуїції, вміння точно й тактовно охарактеризувати людину.

#### **Вправа 5. «Дзеркало»**

Вправа виконується в парах. Почергово партнери виконують роль дзеркала й відображення. Необхідно враховувати особливість зворотного відображення в дзеркалі. «Той, хто дивиться» в «Дзеркало», рухаючись перед ним, може використовувати свої відмінності від партнера, для ускладнення завдання. Наприклад, він може поправити окуляри або краватку, тоді як у його партнера ні окулярів, ні краватки немає. Другий варіант цієї вправи полягає в завданні повторювати рух свого партнера в точності до навпаки. Ця вправа допомагає розвивати здатність почувати й розуміти свого партнера, розвивати інтуїцію, швидкість реакції у спілкуванні.

#### **Вправа 6. «Пластилін-1»**

П'ять учасників стають у шеренгу. Усім, крім того, хто стоїть ліворуч крайнім, зав'язують очі. Ведучий дає інструкцію: «Зараз я напишу на дошці слово, що позначає емоцію або почуття. Перший учасник, прочитавши написане, повинен допомогти надати своєму сусідові положення тіла, що відповідає заданому слову. Отриману інформацію потрібно передати таким же способом далі до кінця ланцюжка. Остання людина в ланцюжку повинна назвати задане слово. До цього часу розмовляти забороняється. Після закінченні слід проаналізувати всі етапи переключування інформації. Ця вправа необхідна для відпрацювання передачі невербальної інформації з мінімальними спотвореннями.

**Вправа 7. «Пластилін-2»**

Двоє учасників із зав'язаними очима виконують роль «пластиліну». «Скульптор» діє так само із зав'язаними очима, «ліплячи» з «пластиліну» казкових персонажів, що щось роблять. Завдання «скульптор» одержує від ведучого. Після закінчення роботи «скульптор» може зняти пов'язку з очей. Його персонажі повинні розповісти один одному про те, як вони стоять, у яких позах і повинні припустити, кого або що вони зображують. Тільки після цього вони можуть зняти пов'язки. Ця вправа допомагає відпрацьовувати передавання невербальної інформації з мінімальними спотвореннями.

**Вправа 8. «Олівець»**

Групі пропонується по ланцюжку називати 50 різних компліментів олівцю або ручці. Повторень не має бути. Ця вправа допомагає розвивати уміння робити компліменти, уникати стереотипів і мислити оригінально.

**Підведення підсумків тренінгу. Рефлексія учасників тренінгу.**

### **Тренінг № 3. Професійні цінності медичного працівника**

**Мета:** сформувати в учасників тренінгу уявлення про професійні цінності медичного працівника, розкрити зміст основних професійних цінностей.

Час проведення тренінгу: 6 год.

#### **Вступне слово.**

Лікарі, як і представники інших важливих професій, повинні володіти цілим комплексом професійних рис, без яких просто немислиме пряме виконання своїх професійних обов'язків. Лікарська мораль регулює ставлення лікаря до хворого, до здорової людини, до колег, до суспільства і держави. Честь і гідність, авторитет і обов'язок лікаря мають риси всебічності та специфічності водночас. Медична етика пов'язана з компетентністю, класифікацією лікарів за їх діловими якостями.

#### **Вправа 1. «Дискусія».**

Озвучуються основні професійні цінності у роботі медичного працівника і кожен учасник висловлює свою точку зору. Те, як він розуміє ту чи іншу цінність. Після обговорення тренер представляє групі всесвітньо визнану концепцію, яка базується на чотирьох основних принципах. Ця вправа спрямована на розкриття та обговорення змісту основних професійних цінностей та з'ясування того, як розуміють зміст цінностей учасники тренінгу.

#### **Вправа 2. «Я у кольорі».**

Ця вправа спрямована на зняття напруги після активної комунікації. Треба намалювати себе у кольорах, які відповідають емоційному і фізичному стану. Після завершення тренер інтерпретує малюнки по кольорах. Цим же допомагає учасникам зрозуміти свій психоемоційний стан.

#### **Вправа 3. «Моделювання ситуацій спілкування»**

Тренер ділить учасників на 4 малих групи відповідно до пори року, коли народилася людина (весна, літо, осінь, зима). Кожна група отримує картку з назвою ситуації, наприклад: «Розмова з пацієнтом», «Огляд хворого», «В ординаторській», «Розмова з головним лікарем», «Розмова в палаті про життя» тощо. Завдання групи – якомога детальніше опрацювати ситуацію, розібрати особливості поведінки її учасників, подумати над тим, як можна застосувати отримані уміння у цій ситуації. (Час на підготовку – 10 хв.). Потім вибрані і проінструктовані кожною групою «актори» демонструють



всім ту чи іншу ситуацію. Групове обговорення і зворотній зв'язок. Ця вправа допомагає занурити учасників в умови спілкування, наближені до реальних.

#### **Вправа 4. «Типологія»**

Учасники повинні розробити і написати типологію моральної особистості. Можна використовувати запропоновану типологію: «споживацький», «конформістський», «аристократичний», «героїчний», «релігійний» типи особистості. Якими є провідні цінності й мотиви різних моральних типів особистості? Кожен учасник тренінгу повинен змодельовати проблемну ситуацію, пов'язану з моральним конфліктом, що може виникнути в професійній діяльності лікаря. Важливо розглянути, яким чином будуть вирішувати цю проблемну ситуацію люди з різним моральним типом особистості. Ця вправа допомагає розвивати здатність до об'єктивної моральної оцінки людей, уміння класифікувати їх за моральними критеріями, визначати мотиви їхніх учинків.

#### **Вправа 5. «В аеропорту»**

Два учасники беруть участь у такій ситуації: «Ви перебуваєте в аеропорту, проводжаєте свого друга (подругу, родича, колегу по роботі). Ваш друг уже перетнув паспортний контроль і перебуває по іншу сторону товстого скла, і ось ви згадуєте, що забули сказати йому щось дуже важливе. Ви повинні передати цю інформацію всіма доступними вам способами, за винятком мови. Ваш партнер може «перепитувати» вас подібним чином і кивнути вам, коли він вирішить, що зрозумів. Після цього ваш партнер повідомить своє розуміння переданої інформації. Ця вправа допомагає розвивати мистецтво невербального спілкування, опрацювання різних рольових видів поведінки.

#### **Вправа 6. «Розмова з хворим»**

Група моделює конфліктні ситуації спілкування з хворим: «Спілкування з хворим, якому треба повідомити про онкологію», «Спілкування з хворим, який не довіряє лікарю», «Спілкування з хворим, який не хоче лікуватися», «Спілкування з родичами хворого, яким треба повідомити страшний діагноз». Потім ці ситуації програватимуться. Після чого відбувається обговорення й аналіз поведінки учасників ігрової ситуації. Ця вправа допомагає формувати моделі поведінки в ситуаціях професійної діяльності, уміння тактовно впливати на партнера по спілкуванню, розуміти мотиви й причини його поведінки, розвивати здатність до самоконтролю й саморегуляції.

#### **Підведення підсумків тренінгу. Рефлексія учасників тренінгу.**

#### **Тренінг № 4. Культура спілкування медичних працівників з хворими**

**Мета:** сформувати культуру спілкування медичних працівників і пацієнтів; визначити головні засади ефективного спілкування; виявити бар'єри спілкування, їх відкоригувати; розвивати комунікативні уміння, комунікабельність майбутніх лікарів.

Час проведення тренінгу: 6 год.

##### **Вступне слово.**

Спілкування – складний процес взаємодії між людьми, що полягає в обміні інформацією, а також у сприйнятті та розумінні партнерами один одного.

Протягом останнього десятиліття помітно змінився контингент пацієнтів медичних закладів, піднявся їх загальноосвітній та культурний рівень, що підвищило вимогливість людей до якості медичного обслуговування, стилю роботи, культури взаємовідносин. Спеціалізація та інтеграція медичної допомоги, оснащення медичних комплексів сучасною технікою, висока кваліфікація й виховання медичного персоналу – все це приносить хороші результати в лікуванні, забезпечує його високу ефективність. Але цього не достатньо для допомоги хворим. Характер поведінки будь-якого медичного працівника середньої ланки, а особливо медичної сестри, чинить вплив на перебіг хвороби і стан пацієнта. Незнання, невміння професійно спілкуватись робить лікаря професійно малоприсадибним. Це пов'язано з тим, що спілкування як найважливіший професійний інструмент має велике значення на всіх етапах лікувального процесу. Взаємовідносини лікаря і хворого – це не просто обмін інформацією, це частина лікування.

Отже, спілкування медичного працівника і пацієнта – це один із найважливіших моментів професійної діяльності медиків, який забезпечує успіх лікування та одужання хворих. Потрібно постійно вдосконалювати свої знання, вивчати психологію та особистісні характеристики пацієнтів (поєднання з психологічним аспектом), щоб сприяти швидкому відновленню здоров'я пацієнтів.

##### **Вправа 1. «Знання себе»**

Учасники сідають в коло. Ведучий пропонує їм поміркувати про те, що в них, у їх характері є найважливішим, найсуттєвішим. Далі учасники намагаються знайти цьому коротку форму вираження, можна у віршованій формі. Наприклад: «Лід і полум'я», «То, як звір, вона завис, то заплаче, як дитя», «Тиха, сумна, мовчазна ...» і т.д. Потім по колу, по черзі, починаючи з учасника, що сидить праворуч від

ведучого, інші учасники представляються групі. Спочатку вони називають своє ім'я, а потім говорять про себе. Краще, якщо це буде сказано однією фразою, можна у віршах або з використанням метафори. Після цього група обговорює, чиї уявлення справили найбільше враження.

### **Вправа 2. «Дар переконання»**

Ведучий викликає двох учасників. Кожному з них ведучий дає сірникову коробку, в одному з яких лежить кольоровий папір. Після того, як обидва учасники з'ясували у кого з них в коробці лежить папірець – кожен починає доводити «публіці» те, що саме у нього в коробці лежить папірець. Завдання публіки вирішити шляхом консенсусу, у кого ж саме лежить в коробці папірець. У випадку якщо «публіка» помилилася – ведучий придумує їй покарання (наприклад, протягом однієї хвилини пострибати). Під час обговорення важливо проаналізувати ті випадки, коли «публіка» помилилася – які вербальні та невербальні компоненти змусили її повірити в брехню. Метою вправи є надання допомоги учасникам в розумінні того, що таке переконлива мова, розвиток навичок переконливої мови.

### **Вправа 3. «Я тебе розумію»**

Кожен член групи вибирає собі партнера і потім протягом 2-3 хвилин в усній формі описує його стан, настрій, почуття, бажання на певний момент. Той, кого описує партнер, повинен підтвердити правильність і достовірність припущень або спростувати їх. Обидва партнери після вправи коментують висловлювання один одного. Ця вправа допомагає знімати комунікативні бар'єри, розвивати емпатичні здібності учасників групи, розуміння міміки, жестів, мови рухів.

### **Вправа 4. «Вихід із контакту»**

Уявіть ситуацію: «Ви зустріли не надто близького знайомого, який має в своєму розпорядженні час і має бажання поспілкуватися з Вами, а Вам ніколи». Учасники групи розігрують ситуацію, пропонуючи кілька варіантів виходу з контакту. Після цього слід обговорити дії учасників. Ця вправа допомагає розвивати якості, що характеризують комунікабельну особистість.

### **Вправа 5. «Диспут»**

Вправа проводиться у формі диспуту. Учасники поділяються на дві приблизно рівні за чисельністю команди. За допомогою жереба вирішується, яка з команд буде займати одну з альтернативних позицій з певного питання, наприклад, прихильники і противники «народної медицини», «екстракорпорального запліднення», «сурогатного материнства» і т. д. Аргументи на користь тієї чи іншої

точки зору члени команд висловлюють по черзі. Обов'язковою вимогою для учасників є підтримка висловлювань суперників і з'ясування суті аргументації. У процесі слухання той з членів команди, чия черга висловлюватися наступним, повинен реагувати, ставити уточнювальні питання, якщо зміст аргументації не до кінця зрозумілий, або ж зробити уточнення, якщо склалося враження повної ясності. Аргументи на користь позиції своєї команди дозволяється висловлювати лише після того, як учасник тим або іншим способом просигналізує, що його зрозуміли правильно (кивок головою: «Так, саме це я і мав на увазі»). Ведучий стежить за черговістю виступів, за тим, щоб слухач здійснював підтримку висловлювання, не пропускаючи уточнень. Можна давати роз'яснення: «Так, ви мене зрозуміли правильно». Слід застерегти учасників від спроб продовжувати і розвивати думки співрозмовника, приписуючи йому не його слова. Ця вправа допомагає закріпити уміння і навички, вдосконалити комунікативну культуру.

#### **Підведення підсумків тренінгу. Рефлексія учасників тренінгу.**

## Додаток М

**Перелік вищих закладів освіти державної форми власності, що здійснюють підготовку лікарів за галузю знань «22 Охорона здоров'я»**

<b>Назва</b>	<b>Адреса</b>	<b>E-mail</b>	<b>Посилання</b>
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця	01601, м. Київ, бульвар Шевченка, 13	nmu@nmu.edu.ua	www.nmu.edu.ua
Харківська медична академія післядипломної освіти	61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58	med.edu.ua@gmail.com	med.edu.ua
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова	21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56	admission@vsmu.vinnica.ua	www.vnmu.edu.ua
Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»	69096, м. Запоріжжя, бульвар Вінера, 20	adminzmapo@gmail.com	zmapo.edu.ua
Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика	04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9	office@nmapo.edu.ua	nmapo.edu.ua
Харківський національний медичний університет	61022, м. Харків, пр. Науки, 4	meduniver@khnmu.kharkov.ua	www.knmu.kharkov.ua
Державний заклад «Луганський державний медичний університет»	93012, м. Рубіжне, вул. Будівельників, 32	canclsmu@ukr.net	lsmu.edu.ua

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»	49044, м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського, 9		www.dsma.dp.ua
Донецький національний медичний університет	84404, Донецька обл., м. Красний Лиман, вул. Кірова, 27	contact@dsmu.edu.ua	www.dsmu.edu.ua
Запорізький державний медичний університет	69035, м. Запоріжжя, пр. Маяковського, 26	zsmu@zsmu.zp.ua	zsmu.edu.ua
Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет»	76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2	ifnmu@ifnmu.edu.ua; rector@ifnmu.edu.ua	www.ifnmu.edu.ua
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького	79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69		www.meduniv.lviv.ua
Одеський національний медичний університет	65026, м. Одеса, Валіховський пров., 2	osmu@odmail.com	www.odmu.edu.ua
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»	36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23	mail@umsa.edu.ua	www.umsa.edu.ua
Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України»	46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1	university@tdmu.edu.te.ua	www.tdmu.edu.te.ua

<p>Національний фармацевтичний університет</p>	<p>61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53</p>	<p>rector@nuph.edu.ua</p>	<p>nuph.edu.ua</p>
<p>Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»</p>	<p>58000, м. Чернівці, Театральна площа, 2</p>	<p>office@bsmu.edu.ua</p>	<p>www.bsmu.edu.ua</p>
<p>Державна установа «Центральний методичний кабінет підготовки молодших спеціалістів» МОЗ України</p>	<p>03126, м. Київ, вул. Академіка Білецького, 16-а</p>		
<p>Державна організація «Центр тестування професійної компетентності фахівців з вищою освітою напрямів підготовки «Медицина» і «Фармація» при Міністерстві охорони здоров'я України»</p>	<p>01601, м. Київ, вул. Пушкінська, 22</p>		<p>testcentr.org.ua</p>

Підписано до друку 11.06.2018.  
Формат 60x84/16. Папір офсетний.  
Друк цифровий.  
Умов. друк. арк. 30,5. Обл.-видавн. арк. 28,37.  
Наклад 300 прим. Зам. № 5193.

Віддруковано з оригіналів замовника.  
ФОП Корзун Д.Ю.

Видавець та виготовлювач ТОВ «ТВОРИ».  
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до  
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів  
видавничої продукції серія ДК № 6188 від 18.05.2018 р.  
21027, а/с 8825, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 21.  
Тел.: (0432) 603-000,  
(096) 97-30-934, (093) 89-13-852.  
e-mail: [tvoru@tvoru.com.ua](mailto:tvoru@tvoru.com.ua)  
<http://www.tvoru.com.ua>