

Міністерство освіти і науки України
Державний заклад „Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка”

На правах рукопису

ЄВТУШЕНКО ЮЛІЯ ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК 378.461:614.253

ФОРМУВАННЯ ДЕОНТОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ
МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ
ПРОЦЕСІ МЕДИЧНОГО ВНЗ

13.00.04 – теорія та методика професійної освіти

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата педагогічних наук

Науковий керівник:
Савченко С. В.,
член-кореспондент НАПН України,
доктор педагогічних наук, професор

Старобільськ – 2017

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕОНТОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ МЕДИЧНОГО ВНЗ	13
1.1. Проблема формування деонтологічної культури майбутніх фахівців медичної галузі у сучасних наукових дослідженнях	13
1.2. Сутнісно-структурні характеристики деонтологічної культури майбутніх лікарів	35
1.3. Критерії, показники та рівні сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів	58
Висновки до розділу 1	83
РОЗДІЛ 2. ОБГРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ДЕОНТОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ МЕДИЧНОГО ВНЗ	88
2.1. Обґрунтування педагогічних умов ефективного формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально- виховному процесі медичного ВНЗ	88
2.2. Реалізація педагогічних умов формування деонтологічної культури майбутніх лікарів	118
2.3. Аналіз результатів експериментальної роботи з формування деонтологічної культури майбутніх лікарів	147
Висновки до розділу 2	165
ВИСНОВКИ	171
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	175
ДОДАТКИ	205

ВСТУП

Актуальність дослідження. Головна особливість лікарської професії полягає в тому, що об'єктом професійної діяльності лікаря є людина, її життя та здоров'я. Саме це накладає величезну відповідальність на лікаря, тому що здоров'я й життя є найдорожчим скарбом, який має людина. Специфіка лікарської професії в сучасному світі зумовлена надзвичайною складністю й різноманіттям процесів життєдіяльності організму людини, варіабельністю перебігу захворювань у їхньому індивідуальному прояві в кожній окремій людині, а також значним потоком наукової медичної інформації, появою все нових діагностичних і лікувальних прийомів і засобів, розвитком сучасних біомедичних технологій. Це вимагає повсякденного самонавчання й самовдосконалення лікаря протягом усього часу його професійної діяльності.

Технократичні тенденції в сучасному глобалізованому світі, поширення ідеології споживання та комерціалізації взаємин людини та суспільства призводять до трансформації, а іноді й до спотворення традиційних етичних норм у міжособистісному спілкуванні та професійній діяльності. Недостатній рівень фінансування медичної сфери, психоемоційне навантаження лікарів, загострення соціальних проблем уможлиблює виникнення етичних порушень у діяльності лікарів, що засвідчує актуальність дослідження проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Загальні етичні вимоги до діяльності медичних працівників репрезентовано в Міжнародному кодексі медичної етики, прийнятому Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (Лондон, 1949), положеннях Женевської декларації (Міжнародна клятва лікарів) (1948), Гельсінської декларації (1964), Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенції про права людини та біомедицину (1997), Етичному кодексі лікаря України (2009).

Принципи поведінки лікаря й медичного персоналу в професійно-практичній і науково-дослідній діяльності розглядаються медичною

деонтологією (розділом загальної етики), яка вивчає специфічні критерії обов'язку й моральних вимог при виконанні медичними працівниками своїх професійних завдань. Моральні й духовні принципи особистості лікаря слугують одним із критеріїв готовності майбутніх лікарів до якісної професійної діяльності.

Історичні аспекти розгляду професійної етики пов'язано із працями Аристотеля, Р. Декарта, Ш. Монтеск'є та ін. Дисциплінарне оформлення деонтології (від гр. *δέον* – належний, *logos* – учення) як науки про професійну поведінку людей, сукупність етичних норм, необхідних для виконання ними своїх професійних обов'язків, закладено у філософських працях І. Бентама, юридичних студіях В. Горшенєва.

У сучасному науковому дискурсі представлено дослідження проблем педагогічної деонтології (М. Васильєва, Г. Караханова, К. Коробова, А. Кудеріна, К. Левітан, Л. Хоружа та ін.), юридичної деонтології (С. Гусарев, О. Скакун, С. Сливка, О. Осауленко та ін.).

Давньогрецький учений Гіппократ уперше сформулював основні етичні принципи медицини, які дійшли до нашого часу у вигляді „клятви Гіппократа”. Ціннісні аспекти медичної діяльності, питання етики лікаря, його морально-етичних якостей висвітлено в наукових працях видатних учених-медиків (М. Амосов, В. Бехтерев, С. Боткін, В. Войно-Ясинецький, Ф. Гааз, С. Корсаков, М. Мудров, М. Петров, М. Пирогов та ін.).

Теоретичні засади професійної медичної деонтології репрезентовано в студіях таких науковців, як О. Грандо, О. Білібін, Є. Вагнер, І. Завілянський, Й. Кассирський, З. Масний, К. Таджиєв, Г. Царегородцев та ін. Принципи медичної етики досліджують Т. Б'ючемп (Т. Beauchamp), Дж. Чайлдрес (J. Childress), М. Пандитрао (M. Panditrao), Р. Роудз (R. Rhodes), Д. Коен (D. Cohen), Дж. Р. Уїлл'ямс (J. R. Williams) та ін.

Етико-деонтологічні проблеми у медичній галузі розглядають Л. Александер (L. Alexander) (поінформована згода у взаєминах лікаря та пацієнта), Дж. Кулеен (J. Coulehan), П. С. Уїлл'ямс (P. C. Williams)

(суперечливість професійних цінностей медичних працівників), Г. Лей (H. Leigh), М. Ф. Райзер (M. F. Reiser) (психологічні та соціальні виміри медичної практики), А. Водяха (психологічні аспекти ціннісно-смыслових компонентів професійної ідентичності лікаря), Н. Калашников (взаємодія пацієнта та лікаря), О. Істоміна (деонтологічна поведінка лікарів). Комплекс питань з медичної етики та деонтології представлено в посібниках Г. Дана, Н. Касевич, А. Кемпбелла, Г. Джиллетта, Г. Джонса та ін.

Теоретико-методичні проблеми професійної підготовки медичних кадрів висвітлено в дослідженнях таких науковців, як І. Булах, В. Калібабчук, В. Казаков, О. Кобзар, В. Нетяженко, Н. Стучинська, М. Філоненко та ін. Предметом уваги вчених ставали проблеми формування та розвитку професійної культури медичних працівників (О. Крсек, М. Лісовий, О. Уваркіна, Я. Цехмістер та ін.), формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах (Ю. Колісник-Гуменюк).

Вивченню проблем формування деонтологічної культури фахівців різного профілю присвячено дослідження таких науковців, як Р. Вайнола, Г. Караханова, С. Хлєстова (педагогічні працівники), І. Камінська, Л. Переймибіда, Я. Цехмістер (медичні працівники).

У дисертаційних роботах останніх років висвітлено такі питання, як: залучення студентів медичного ВНЗ до професійної етико-деонтологічної культури (на матеріалі викладання гуманітарних дисциплін) (М. Кропачова), педагогічні умови розвитку моральної культури майбутніх лікарів у виховному процесі медичного ВНЗ (Т. Ігнат'єва), формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах (А. Агаркова), формування в майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології засобами кооперативного навчання (О. Голік), психологічні особливості формування деонтологічної культури майбутніх медиків засобами іноземної мови (І. Камінська), формування деонтологічної компетентності в професійній підготовці студентів медичного коледжу (І. Слюсарєва),

формування професійно-етичних якостей майбутніх лікарів у виховному просторі вищого медичного навчального закладу (К. Федорова), теоретичні та методичні засади формування особистісно-професійної культури майбутніх лікарів у процесі гуманітарної підготовки (О. Ісаєва).

Проте ми не можемо вважати проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ достатньо розкритими на сьогодні.

По-перше, аналіз психолого-педагогічних, соціологічних, публіцистичних матеріалів останніх років, власний педагогічний досвід засвідчує наявність низького рівня загальної культури студентів вишів, прояви байдужості й жорстокості в молодіжних угрупованнях, відсутність милосердя та взаєморозуміння між студентами.

По-друге, система професійної підготовки майбутніх лікарів характеризується відсутністю комплексного підходу до вирішення проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Аналіз теорії та практики з досліджуваної проблеми дозволив виявити *протиріччя* між:

– сучасними вимогами до професійної підготовки майбутнього лікаря, які визначають наявність норм професійної поведінки, моральних імперативів, ідеалів, цінностей, того, що становить зміст його деонтологічної культури, і недостатньою зорієнтованістю традиційної моделі професійної медичної освіти на формування її належного рівня;

– системою професійної підготовки фахівців медичної сфери, що склалася, і необхідністю уточнення й доповнення її змісту з урахуванням потреб сучасного суспільства у сформованості деонтологічної культури лікаря;

– посиленням наукового інтересу до проблеми деонтологічного складника професійної медичної освіти й недостатньою розробленістю теоретико-методичних засад формування деонтологічної культури лікаря в системі його професійної підготовки;

– потребою педагогічної теорії й практики в розвитку процесу формування деонтологічної культури лікаря, з одного боку, і нерозробленістю педагогічних умов, які забезпечать ефективність цього процесу, – з іншого.

Актуальність проблеми, її недостатня теоретична й практична розробленість та виявлені протиріччя зумовили вибір теми дисертаційної роботи „**Формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ**”.

Зв'язок теми дослідження з науковими програмами, планами, темами. Дисертацію виконано згідно з пріоритетним напрямом наукових досліджень ДЗ „Луганський національний університет імені Тараса Шевченка” як складову частину комплексної теми „Освітні технології навчально-виховного процесу в сучасних закладах освіти” (державний реєстраційний номер 0110U000751). Тему затверджено на засіданні Вченої ради ДЗ „Луганський національний університет імені Тараса Шевченка” (протокол № 5 від 30.01.2015 р.).

Об'єкт дослідження – процес формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у системі їхньої професійної підготовки.

Предмет дослідження – педагогічні умови формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні, розробці та експериментальній перевірці ефективності впровадження в навчально-виховний процес медичного ВНЗ педагогічних умов формування деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Гіпотеза дослідження пов'язана із припущенням про те, що процес формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у рамках їхньої професійної підготовки буде ефективним у разі впровадження в навчально-виховний процес медичного ВНЗ таких педагогічних умов:

а) інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їхніх деонтологічних знань, умінь та навичок;

б) використання в процесі професійної підготовки студентів-медиків інноваційних інтерактивних форм та методів навчання, спрямованих на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності;

в) активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти з метою стимулювання мотиваційно-ціннісного складника деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Досягнення мети дослідження з урахуванням висунутої гіпотези видається можливим за умови вирішення таких **завдань**:

1. На основі аналізу психолого-педагогічної та науково-методичної літератури визначити ступінь розробленості проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у процесі їхньої професійної підготовки в медичному ВНЗ.

2. Розкрити сутність та структуру деонтологічної культури майбутніх лікарів.

3. Діагностувати рівень сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів на підставі визначених критеріїв та показників.

4. Обґрунтувати педагогічні умови, які сприятимуть формуванню деонтологічної культури майбутніх лікарів, та охарактеризувати особливості їх упровадження в навчально-виховний процес медичного ВНЗ.

5. Експериментально перевірити ефективність розроблених педагогічних умов формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ.

Методологічну основу дослідження становлять принципи діалектики та теорії пізнання; філософські ідеї про єдність теорії і практики, активну сутність людської діяльності; науково-історичний підхід до вивчення медичної етики та деонтології; єдність історичного і логічного в дослідженні суспільних явищ з урахуванням нових підходів до розробки проблеми деонтологічної освіти; концепції цілісного підходу до розгляду педагогічного процесу.

Теоретичну основу дослідження складають наукові положення діяльнісного (Г. Атанов, П. Гальперін, С. Рубінштейн, В. Семиченко, Н. Тализіна), особистісно зорієнтованого (Г. Балл, І. Бех, О. Пехота), культурологічного (А. Валицька, І. Ісаєв), компетентнісного (А. Андреев, Н. Бібік, О. Заблоцька, Е. Зеєр, О. Овчарук, В. Сластьонін) підходів; класичні та сучасні надбання світової і вітчизняної філософії, педагогіки, психології, соціології та етики в таких напрямках: філософські основи розвитку сучасної освіти (В. Андрущенко, А. Валицька, С. Гончаренко, І. Зязюн, В. Лутай); наукові положення медичної деонтології (М. Амосов, О. Білібін, С. Боткін, Є. Вагнер, О. Волосовець, Ф. Гааз, О. Грандо, І. Кассирський, В. Котельников, О. Лесько, М. Мудров, О. Мусій, М. Петров), формування деонтологічної культури медичних працівників (І. Камінська, Л. Переймибіда, Я. Цехмістер); науково-теоретичні основи професійної підготовки майбутніх медичних працівників (І. Булах, О. Волосовець, Є. Гончарук, В. Казаков, В. Москаленко, М. Мруга, В. Передерій, Ю. Поляченко); теоретико-методичні засади інтегративного підходу в освіті (В. Безрукова, О. Данилюк, О. Галицьких, М. Чапаєв); теорія та практика використання сучасних інтерактивних технологій у професійній підготовці фахівців (А. Вербицький, А. Панфілова, О. Пометун, Г. Селевко, С. Сисоєва).

Для вирішення поставлених завдань, досягнення мети, перевірки гіпотези використано комплекс **методів дослідження**: *теоретичні* – аналіз філософської, педагогічної, психологічної й навчально-методичної літератури з метою визначення сутності та структури деонтологічної культури майбутніх лікарів; теоретичний аналіз і синтез наявного педагогічного досвіду медичної освіти з метою з'ясування сучасного стану теорії і практики, підходів і напрямів щодо процесу формування деонтологічної культури студентів-медиків у вищих медичних навчальних закладах, визначення методологічних та теоретичних засад дослідження; метод структурно-системного аналізу з метою розробки педагогічних умов формування деонтологічної культури майбутніх лікарів та їх упровадження в навчально-виховний процес медичних ВНЗ; *емпіричні* –

спостереження, опитування, анкетування, тестування, бесіди, оцінювання, методи моніторингу з метою визначення рівнів сформованості досліджуваного явища в майбутніх лікарів; педагогічний експеримент з метою перевірки ефективності розроблених педагогічних умов формування деонтологічної культури студентів-медиків у медичному ВНЗ; *методи математичної статистики* встановлення статистичної значущості отриманих у ході експерименту результатів.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальну роботу проведено на базі ДЗ „Луганський державний медичний університет” (м. Рубіжне), Івано-Франківський національний медичний університет (м. Івано-Франківськ), Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці) упродовж 2014 – 2017 рр. зі студентами спеціальностей 7.12010001 „Лікувальна справа”, 7.12010002 „Педіатрія” та 7.12010005 „Стоматологія”. В експериментальному дослідженні взяли участь 384 майбутніх лікарів із зазначених вище медичних ВНЗ.

Наукова новизна дисертаційної роботи полягає в тому, що в ній: *уперше* теоретично розроблено та експериментально перевірено педагогічні умови формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ (інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їхніх деонтологічних знань, умінь та навичок; використання в процесі професійної підготовки студентів-медиків інноваційних інтерактивних форм та методів навчання, спрямованих на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності; активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти з метою стимулювання мотиваційно-ціннісного складника деонтологічної культури майбутніх лікарів); *удосконалено* форми, методи й засоби професійної підготовки студентів-медиків, які зорієнтовані на досягнення високого рівня сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів; *дістали подальшого розвитку* наукові уявлення про сутність та структуру деонтологічної культури

майбутніх лікарів, підходи щодо розробки критеріїв, визначення показників та діагностики рівнів сформованості досліджуваного явища в навчально-виховному процесі медичного ВНЗ.

Практичне значення результатів роботи полягає в їхній достатній готовності до впровадження в процес фахової підготовки майбутніх лікарів у вищих медичних закладах освіти: розроблено додаткові модулі в змісті таких навчальних дисциплін, як „Історія медицини”, „Етичні проблеми в медицині”, „Історія України та української культури”, „Латинська мова та медична термінологія”, „Іноземна мова за професійним спрямуванням”, програму та навчально-методичне забезпечення спецкурсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”, який, виконуючи навчальну, виховально-формувальну та контрольну-корегувальну функції, становить єдиний навчально-методичний комплекс, що включає зміст теоретичних аспектів медичної деонтології та практичні навчально-методичні матеріали, спрямовані на засвоєння студентами теоретичних знань у галузі медичної деонтології, стимулювання їхніх мотиваційно-ціннісних орієнтацій для здійснення подальшої професійної діяльності, набуття ними відповідних деонтологічних умінь і навичок, закріплення етико-деонтологічної поведінки в майбутній професії лікаря.

Матеріали та висновки дослідження можуть бути використані в навчальному процесі на етапі фахової підготовки професійних кадрів у медичній сфері у вищій школі та в закладах післядипломної освіти з метою підвищення рівня їхньої деонтологічної культури, у самоосвітній та самовиховній діяльності студентів вищих медичних закладів.

Результати дослідження **впроваджено** в навчально-виховний процес ДЗ „Луганський державний медичний університет” (м. Рубіжне) (довідка № 131 від 08.02.2017 р.), Івано-Франківський національний медичний університет (м. Івано-Франківськ) (довідка № 01-1954 від 19.04.2017 р.), Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці) (довідка № 01.12/3-64 від 19.04.2017 р.).

Апробація результатів дисертаційної роботи. Основні результати дисертаційної роботи обговорено на засіданнях кафедри педагогіки ДЗ „Луганський національний університет імені Тараса Шевченка”, звітних науково-практичних конференціях професорсько-викладацького складу ДЗ „Луганський державний медичний університет”. Основні положення роботи викладено на науково-практичних конференціях різного рівня: *Міжнародних* – „Проблеми й перспективи сучасної науки” (Москва, 2016), „Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору” (Київ, 2016), „Розвиток науки у XXI столітті” (Харків, 2017), „Наука у сучасному світі” (Київ, 2017), „Гуманітарні науки: нові вирішення” (Краматорськ, 2017); *Всеукраїнських* – II Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції „Професійна підготовка фахівця в контексті потреб сучасного ринку праці” (Вінниця, 2017).

Публікації. Основний зміст дисертаційної роботи висвітлено у 8 одноосібних публікаціях, з них 4 – у наукових фахових виданнях України, 1 публікація в зарубіжному періодичному виданні.

Структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу та загальних висновків, списку використаних джерел (305 найменувань, з них 19 – іноземними мовами) та 8 додатків на 37 сторінках. Робота містить 19 таблиць та 5 рисунків. Загальний обсяг дисертації становить 242 сторінки, обсяг основного тексту складає 174 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ДЕОНТОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ МЕДИЧНОГО ВНЗ

1.1. Проблема формування деонтологічної культури майбутніх фахівців медичної галузі у сучасних наукових дослідженнях

Становлення незалежності України, формування нової соціально-економічної системи торкається всіх без винятку галузей людської діяльності. Суттєві зміни відбуваються сьогодні й у сфері вітчизняної охорони здоров'я, включаючи як її правові аспекти, так і теоретичні галузі медико-біологічних наук й практичну медицину.

Не можна не помітити, що останнім часом набувають особливої актуальності питання правового забезпечення медичної діяльності в Україні. Це передусім пов'язано з активним розвитком приватної медичної практики, запровадженням добровільного медичного страхування та розробкою нормативно-правової бази щодо введення загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, використанням новітніх досягнень медичної науки (трансплантологія, репродуктивні технології, клонування), удосконаленням управлінської діяльності в галузі охорони здоров'я тощо.

Як свідчить аналіз основних законодавчих актів – Конституції України (1996), Основ законодавства України про охорону здоров'я (1993) та Закону про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я (2011), які регулюють вирішення медичних справ в Україні, а також вивчення низки наукових праць українських авторів (З. Гладун [57; 58; 59], О. Любінець, І. Сенюта [154], В. Москаленко [174; 175; 176], Т. Педченко [202], О. Рогова [220], В. Рудий [222], С. Стеценко [244], Г. Терешкевич [250], В. Третьяков, Е. Махмудов [255]) зацікавленість вітчизняних дослідників регулюванням медичних правовідносин можна пояснити низкою

ключових факторів, які й обумовлюють потребу українського суспільства у знаннях у сфері юридичного забезпечення медичної діяльності, серед яких виокремимо такі:

- збільшення кількості нормативно-правових актів системи охорони здоров'я України;
- потреби практичної діяльності лікувально-профілактичних закладів, де найчастіше й виникають проблеми медико-правового характеру;
- підвищення рівня правової грамотності населення у сфері отримання медичних послуг, що проявляється й збільшенням кількості скарг та позовних вимог у випадку надання медичної допомоги незадовільної якості.

Наявність великої кількості розпорядчих урядових, галузевих та відомчих документів у сфері охорони здоров'я України призводить до того, що дані документи нерідко дублюють чи суперечать один одному, ускладнюють їх застосування і, як результат, не сприяють поступальному розвитку системи охорони здоров'я, а ще й спричиняють негативні наслідки, гальмуючи й стримуючи його [255, с. 70].

Це підтверджується й дослідженнями О. Любінця та І. Сенюти [154, с. 5], які вважають, що на шляху створення якісної нормативно-правової бази в галузі охорони здоров'я України виникає чимало перешкод і труднощів, серед яких основними є такі:

- недостатньо виражена державна політика у сфері охорони здоров'я громадян, у тому числі її законодавчого забезпечення;
- відсутність науково обґрунтованої стратегії законодавчої діяльності у сфері охорони здоров'я;
- правова база охорони здоров'я є дуже нечіткою, нерідко зустрічаються законодавчі колізії і ситуації, коли норми різних актів, що регламентують тією чи іншою мірою охорону здоров'я, суперечать один одному;
- надмірна розпорошеність норм, що стосується охорони здоров'я, по всьому українському законодавству.

Звертаємо увагу на те, що особливо скупі в законодавстві й актах, що регламентують його виконання, висвітлено етичні й морально-правові аспекти деяких сучасних напрямків медицини, таких як: трансплантація органів і інших анатомічних матеріалів, відтворення людини, медико-біологічні експерименти на людині; а проблеми евтаназії, генної інженерії й клонування взагалі обійдені мовчанням.

Даний недогляд не можна розцінити як незначний. В умовах монополізації медицини державою й недостатнього її фінансування, хиткість моральних норм чревата порушеннями одного з найдавніших і основних принципів лікування – „не нашкодь” (школа Гіппократа).

Крім того, недавнє минуле медицини рясніє випадками зловживань психіатрією у політичних цілях, причетності лікарів до практики катувань і здійснення смертних кар. Це зайвий раз змушує акцентувати увагу на етиці як критерії гуманного й безпечного застосування наукових знань в галузі медицини.

Проте, наука, керуючись об'єктивним підходом до своїх результатів і принципами альтруїзму, незмінно буде сприяти зростанню самосвідомості, духовності в суспільстві, зміцненню норм моральності. Однак відмінності у сучасних соціально-економічних, культурних, релігійних і моральних рівнях розвитку багатьох держав визначають і різноманітність критеріїв і понять, що в них склалися, таких як справедливість, милосердя, добро й зло. Тому, з позиції етики, об'єктивна оцінка практичного застосування знань, отриманих завдяки досягненням медико-біологічних наук, повинна ґрунтуватися на загальнолюдських нормах моралі, які склалися століттями й які віддають пріоритет гідності людської особистості у суспільстві.

Непорушні людські чесноти – любов, милосердя, справедливість – споконвіків супутні лікуванню, гуманізують наукові знання й рятують медицину від усічених підходів до проблеми зцілення людської плоті.

У цьому зв'язку важко переоцінити роль етичної поведінки та наявність деонтологічної культури у професійній діяльності лікаря. Не

викликає здивування й той факт, що проблеми формування деонтологічної культури майбутніх працівників медичної сфери знаходяться останнім часом у центрі уваги багатьох вітчизняних й зарубіжних дослідників [9; 19; 27; 28; 33; 38; 39; 47; 53; 67; 73; 81; 109; 113; 142; 154; 165; 168; 191; 241; 263; 291; 297; 301; 305].

Зрозуміло, що питання формування деонтологічної культури майбутніх лікарів не можна розглядати окремо від проблеми формування загальної культури студентів у навчально-виховному процесі ВНЗ, формування деонтологічної культури особистості в цілому. Проте, перш ніж перейти до вивчення сутнісно-структурних характеристик деонтологічної культури майбутніх фахівців медичної сфери, вважаємо доцільним зробити аналіз теоретичних та науково-практичних робіт сучасних вітчизняних й зарубіжних дослідників, у центрі уваги яких перебувають проблеми формування деонтологічної культури студентів медичних ВНЗ з метою визначення основних підходів до вирішення цієї проблеми у сучасній теорії та практиці професійної підготовки майбутніх лікарів.

Так, О. Голік, розглядаючи проблеми формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології засобами корпоративного навчання, наголошує на тому, що посилення уваги світової медичної спільноти до якості деонтологічної підготовки випускників медичних університетів зумовлено як об'єктивними чинниками (комерціалізація медичної галузі та розвиток технологічної медицини), так і великою потребою пацієнтів у довірчих стосунках з лікарями [67, с. 4-5].

Сутність медичної освіти, на думку вченої, полягає у моральній адаптації до культурних норм, які притаманні саме цій сфері діяльності, тому кожний студент із першого року навчання повинен проходити процес професійної соціалізації. Медична культура, як вказує автор, відрізняється від інших професійних культур морально-етичними переконаннями й правилами поведінки, які знаходяться у тісному взаємозв'язку з належним виконанням лікарем свого професійного обов'язку [67, с. 5].

Виходячи із власного досвіду роботи у медичному ВНЗ, ми не можемо не погодитися із висновком О. Голік про те, що у контексті професійної підготовки майбутніх лікарів деонтологічні проблеми не посідають належного місця у навчальній програмі і доволі часто знаходяться на другорядному плані студентської психології. Водночас вимоги сучасного суспільства до якості медичних послуг можуть бути задоволені лише за умови неперервного формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології, оскільки це значною мірою сприяє перетворенню студентів-медиків на справжніх представників цієї благородної професії. Формальний підхід і дидактично неефективні методи навчання не можуть дати бажаних результатів. Отже, наразі існує необхідність пошуку шляхів підвищення якості деонтологічної підготовки майбутніх лікарів, зумовлена особливою актуальністю та соціальною значущістю етико-деонтологічних проблем, пов'язаних зі встановленням довірчих стосунків із пацієнтами, партнерством і командною роботою, культурою спілкування, знанням і виконанням обов'язків лікаря [67, с. 5].

У контексті теми нашого дисертаційного дослідження інтерес викликає розроблена О. Голік методика корпоративного навчання у процесі формування предметних компетентностей з медичної деонтології у студентів медичних ВНЗ, в основі якої лежить співпраця, що сприяє активному соціальному вихованню учасників навчального процесу та дозволяє скеровувати в належне русло формування моральності особистості, розвиток комунікативних умінь та навичок, лідерських та організаторських якостей, критичного та творчого мислення, необхідного для прийняття рішень. До новітніх інтерактивних методів навчання автор відносить, зокрема, наступні: дискусія, диспут, круглий стіл, рольові ігри, ситуаційне навчання, метод проектів та ін.

За основу розробленої О. Голік методики формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології на рівні міжособистісної взаємодії було взято **структурний підхід**, що реалізується за

допомогою структур кооперативного навчання, розуміючи під структурою спосіб організації викладачем навчальної діяльності та її здійснення учасниками навчального процесу під час використання методу кооперативного навчання. Дійсно, структурі властива сталість з точки зору послідовності дій викладача та студентів, однак її змістове наповнення може змінюватися залежно від дисципліни та цілей, які визначає викладач.

Ми також звертаємо увагу на розроблені О. Голік з метою ефективного використання пропонованої методики рекомендації щодо реалізації основних принципів кооперативного навчання під час проведення аудиторних занять, у яких визначено роль і функції викладача та студентів, сформульовано умови, яких викладач повинен дотримуватися для досягнення високої результативності в налагодженні плідної партнерської та командної роботи.

Великий внесок у вивчення лікарської етики й деонтології зробила праця професора О. Ельяшевич, в якій на основі анкетування провізорів і пацієнтів визначено етичне підґрунтя професійної діяльності фармацевтів [282].

Авторка переконливо доводить, що лікарська етика є теоретичною основою лікарської деонтології. Лікарська етика, згідно О. Ельяшевич, розглядає два аспекти: аксіологічний (ціннісний) і деонтологічний (належний) у діалектичній єдності. Вона вивчає й обґрунтовує як соціальну значимість професії лікаря, його відношення до своїх професійних обов'язків, вимоги до особистості лікаря, провізора й фармацевта (деонтологія), так і визначає з позиції добра й зла (аксіологія) характер вчинків і відносин лікарів і фармацевтів до пацієнтів (відвідувачів лікарень, поліклінік і аптек), колег по роботі, своїх співробітників. Лікарська етика, на думку О. Ельяшевич, як і будь-яка професійна етика (юридична, педагогічна та ін.), розробляє принципи й закономірності функціонування професійної моралі [281; 282].

Предметом лікарської й фармацевтичної етики є сукупність **функціональних** обов'язків і норм моралі й права, яка формує відношення

лікаря, провізора (фармацевта) до їхнього виконання. Зміст предмета лікарської етики визначають її категорії. Основними категоріями лікарської деонтології є обов'язок, відповідальність і пов'язані з ними сумлінність, співчуття, співпереживання, чуйність, доброзичливість, сердечність [281, с. 30].

Звертаємо увагу на виділені вченою різні рівні обов'язків і відносин до їхнього виконання, які регулюються різними рівнями обов'язку:

- обов'язки перед своєю професією, розуміння соціальної значимості праці фармацевта й провізора;
 - обов'язки, що визначають взаємини в системі провізор (фармацевт) – пацієнт (відвідувач аптеки);
 - обов'язки в системі провізор (фармацевт) – провізор (фармацевт) і в підсистемах (керівник – підлеглий, провізор – стажист і його керівник і т.д.);
 - обов'язки в системі провізор – лікар;
 - обов'язки в системі провізор – працівник фармацевтичної компанії
- [281, с. 31].

Для нашого дослідження важливими є виділені О. Ельяшевич методи дослідження фармацевтичної етики й деонтології – спостереження, анкетування, інтерв'ювання, опитування, метод контент-аналізу, експертних оцінок і ін.

Натомість, І. Слюсарева у своєму науковому дослідженні вирішує проблему, сутність якої полягає у виявленні науково-педагогічних і методичних підходів до продуктивного формування деонтологічної **компетентності** майбутніх фахівців медичного профілю середньої ланки, які забезпечують якість їх професійної підготовки й діяльності, за допомогою конструювання адекватної моделі формування деонтологічної компетентності й механізму її реалізації [238].

Автор розробляє теоретичну модель формування деонтологічної компетентності майбутніх медичних працівників, яка сконструйована з урахуванням вимог, пропонованих до професійної функціональності і якості

деонтологічної підготовки медичних працівників (гуманізм, професіоналізм, наукова обґрунтованість, самокритичність, повага права, свобод і гідності пацієнтів, родичів пацієнтів і інших осіб, яким можуть бути нанесені душевні травми, заподіяний збиток їх фізичному й психічному здоров'ю), і яка включає функціонально-цільовий, змістовно-діяльнісний, управлінсько-технологічний, оціночно-результативний компоненти. Дана модель, на думку І. Слюсарєвої, виступає теоретичним і морально-практичним орієнтиром організації деонтологічної підготовки майбутніх фахівців медичного профілю середньої ланки й спрямована на суб'єктно-деонтологічний розвиток особистості майбутнього медичного працівника [238].

У контексті нашого дослідження особливий інтерес викликає розроблений І. Слюсарєвою механізм реалізації моделі формування деонтологічної компетентності, який передбачає послідовне проходження таких етапів: аналітико-діагностичного, організаційно-мотиваційного, функціонально-реалізуючого, результативно-корегуючого, та який охоплює досліджуваний процес від постановки цілей до аналізу його результатів, що забезпечує збалансоване та науково обґрунтоване управління формуванням деонтологічної компетентності студентів медичного коледжу [238].

Також звертаємо увагу на комплекс психолого-педагогічних умов, які, на думку вченої, забезпечують реалізацію моделі формування деонтологічної компетентності в освітньо-професійному просторі медичного коледжу, а саме:

- 1) наявність у медичному коледжі збалансованої виховної системи;
- 2) орієнтація освітнього процесу в медичному коледжі на суб'єктність особистості студента, здатної до самоактуалізації;
- 3) використання різноманітних прийомів деонтологічної підготовки студентів, які формують систему знань про деонтологію, професійно-комунікативну культуру, володіння етико-деонтологічною технікою [238, с. 6].

Вирішуючи питання формування деонтологічної культури у майбутніх медичних працівників, Л. Переймибіда виокремлює як найактуальнішу проблему обґрунтування принципів діяльності педагогічного колективу з розвитку деонтологічної культури, яка пов'язана із врахуванням сутності **особистісно орієнтованої** моделі дидактичного процесу, зокрема творчого поєднання педагогічного управління навчально-пізнавальною діяльністю майбутнього медика з боку викладача із його власною ініціативою, самостійністю та активністю; співробітництвом, партнерством між ними; постійним самовдосконаленням; формуванням особистості з активною життєвою позицією [203].

Як вважає дослідниця, принципи діяльності педагогічного колективу з розвитку деонтологічної культури взаємопов'язані з відповідними принципами у вихованні й розглядаються як вихідні положення, визначають загальне спрямування становлення майбутнього медичного працівника, основні вимоги до його змісту, методики та організації. Ці принципи формують систему вимог, які охоплюють всі сторони навчально-виховного процесу та відображають результати його узагальнення. На основі теоретичного аналізу й результатів власних досліджень авторка формулює принципи діяльності педагогічного колективу з розвитку деонтологічної культури учнів медичного ліцею: гуманність, нормативність, диспозитивність, конфіденційність, імперативність [203, с. 27].

Ми повністю погоджуємося із українською вченою у тому, що специфіка деонтологічної культури майбутнього медичного працівника визначається своєрідністю діяльності медика, широким спектром його професійних функцій. Деонтологічна культура медичного працівника відрізняється складністю й багатомірністю, виступає як предмет, засіб і результат діяльності, у процесі якої засвоюються й розширюються певні категорії цінностей. Одночасно деонтологічна культура сама виступає як система норм і вимог суспільства до всіх напрямків діяльності медичного працівника [203, с. 177-178].

Для нашого дослідження важливими є визначені Л. Переймибідой основні організаційні форми навчально-виховного процесу, до яких вона відносить: практикуми, семінари, факультативи, навчальні екскурсії, консультації, диспути, колоквиуми, практичні заняття, лекції, анкетування, тестування, навчально-виробнича медична практика. Вони, на думку автора, регламентують спільну діяльність педагога й студентського колективу, міру активності студентів у пізнавальній діяльності та керівництво нею з боку педагога [203, с. 179].

М. Кропачова розв'язує проблему долучення майбутніх лікарів до професійної етико-деонтологічної культури, наполягаючи при цьому, що деонтологічне виховання повинне здійснюватися в рамках кожної навчальної дисципліни з першого курсу й до повного формування у свідомості майбутніх лікарів деонтологічних моральних стереотипів. На думку дослідника, найбільший вплив на формування етичних цінностей можуть зробити гуманітарні предмети [138].

Автор доводить необхідність і можливість використання потенціалу дисципліни „Латинська мова й основи термінології” для долучення майбутніх лікарів до професійної етико-деонтологічної культури, в основі якої лежить ідея про виховні можливості крилатих виразів, прислів'їв і приказок. Використання професійно зорієнтованих текстів, які ілюструють латинські вислови, дозволяє, на думку М. Кропачової, організувати діалогічну взаємодію, яка сприяє засвоєнню деонтологічних норм та інтеріоризації етичних цінностей [138, с. 117].

Процес долучення до професійної етико-деонтологічної культури лікаря в дослідженні М. Кропачової полягає в організації навчально-виховної діяльності з освоєння й набуття студентами етичних цінностей і деонтологічних норм, що сприяє розвитку емпатії, формуванню гуманістичної спрямованості ціннісних орієнтацій студента й деонтологічно значущих якостей особистості майбутнього фахівця. Долучення відбувається на трьох рівнях:

– когнітивному – оволодіння знаннями етичних принципів і деонтологічних норм, розвиток рефлексивних, розумових здібностей, рівня інтелекту, уміння прийняти рішення у моральній ситуації, що склалася;

– емоційно-ціннісному – усвідомлення значимості моральних норм і цінностей, розвиток здатності до емпатії й взаєморозуміння, формування гуманістичної спрямованості, орієнтації на самовдосконалення;

– діяльнісному – освоєння моделей моральної поведінки, реалізація етичних цінностей і принципів, деонтологічних норм і правил у житті й професійної діяльності [138, с. 87].

Для нашого дослідження інтерес становлять розроблені автором компетентнісно зорієнтовані дидактичні матеріали, які сприяють долученню майбутніх лікарів до професійної етико-деонтологічної культури, і запропоновані М. Кропачовою діагностичні засоби, які забезпечують перевірку ступеня долучення студентів-медиків до етико-деонтологічної культури, яка є значущим аспектом сучасної професійної підготовки майбутнього лікаря [138, с. 169].

О. Водяха, розглядаючи ціннісно-сміслові компоненти професійної ідентифікації лікаря, підкреслює, що традиційно деонтологічний підхід можна позначити як нормативно-регулюючий, тому що він містить основні вимоги до особистості лікаря, вироблені в рамках певного суспільного устрою, і ті, які в даному суспільстві поширюються на всі професії, що мають деонтологічний статус [47]. На думку вченої, примітним у цьому контексті є те, наскільки маловивченим залишається фактор моральності людини, як фахівця в тієї або іншій галузі. Цілком очевидно, що професійна етика або етико-деонтологічна компетентність як сукупність моральних вимог, принципів і норм діяльності фахівця безпосередньо пов'язана з його професійною самосвідомістю, професійною ідентичністю [47, с. 26].

Не можна не погодитися з дослідницею в тому, що знаходження професійної ідентичності є вкрай важливим фактором професійного становлення лікаря, оскільки в умовах стрімкого розвитку сучасної науки й

техніки його діяльність не може здійснюватися згідно з назавжди засвоєними знаннями, уміннями й навичкам. Сумлінно виконуючи свої професійні обов'язки, він не може діяти за попереднім завданням, виробленим інструкціям [47, с. 155].

Ми підтримуємо ідею О. Водяхи про те, що професійна діяльність лікаря спрямована на особистість іншої людини, її життєву ситуацію як на мету й відбиває в собі взаємозумовленість загальнолюдських цінностей, особистісних особливостей людини й професійно значущих якостей фахівця. Із цього випливає, що в діяльності лікаря професійні знання, уміння, навички повинні опосередковуватися деонтологічними нормами професійної діяльності й бути генералізованими на особистісному рівні індивідуальної значеннєвої системи самим суб'єктом діяльності. При цьому професійно значущі якості лікаря, які розкриваються через його осмислене відношення до об'єкта праці, будуть проявлятися на особистісному рівні у формі етично обумовлених інтенцій, тобто мати ціннісну спрямованість [47, с. 158].

Для нашого дослідження важливим є висновок О. Водяхи про те, що яскраво виражений гуманістичний і етико-деонтологічний характер діяльності лікаря висуває високі вимоги до його особистісних якостей і рівня сформованості професійних цінностей. Основні професійні якості лікаря проявляються в певному комплексі особистісних якостей, які виражаються в його професійному баченні світу й відношенні до себе як суб'єкту професійної лікарської діяльності. Особистісні характеристики генералізують загальні й спеціальні здібності людини, необхідні в її професійній лікарській діяльності. Отже, цінності в структурі професійної ідентичності лікаря виконують категорію „належного”, і, відповідно, їхнє осмислення й прийняття як особистісних буде визначати досягнутий рівень професійної ідентичності. Таким чином, ціннісно-значеннєві орієнтації особистості виконують інтегруючу функцію і є центральноформульованим компонентом особистісно-деонтологічного комплексу лікаря, який містить у собі

гуманістично зорієнтовану систему цінностей і осмислене, інтерналізоване відношення до себе як до суб'єкта професійної діяльності [47, с. 160].

Визначаючи основні напрямки формування деонтологічної готовності студентів університетів, К. Коробова розробляє модель процесу її формування, яка характеризується наступним:

- модернізацією змісту, форм і методів деонтологічної підготовки майбутніх фахівців до здійснення професійної поведінки;
- необхідністю адаптації наявного змісту професійної поведінки й підготовки до її здійснення в умовах університетської освіти [132].

Модель процесу формування деонтологічної готовності студентів, на думку вченої, повинна бути побудована й чітко орієнтована на теоретичну й практичну підготовку до здійснення професійної поведінки. Запропонований К. Коробовою варіант моделі функціонує при дотриманні певних умов, які вона підрозділяє на соціальні, психолого-педагогічні й організаційні [132, с. 55].

У контексті нашого дослідження ми звертаємо увагу на висновок, зроблений К. Коробовою про те, що результатом деонтологічної підготовки майбутніх фахівців у сучасних умовах є їхня готовність до здійснення професійної поведінки й діяльності. Основним критерієм визначення сформованості деонтологічної готовності майбутніх фахівців є просування від низького до середнього, а від нього до високого рівня. Критеріями, які характеризують дані рівні сформованості деонтологічної готовності студентів є: особистісний, професійний і рефлексивний, реалізація яких у процесі дослідно-експериментальної роботи дозволила зробити висновок про їхню ефективність [132, с. 111].

Розглядаючи проблеми формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах, А. Агаркова у своєму дослідженні обґрунтовує необхідність дії цілісного процесу виховання (при поєднанні навчання та виховання), психологічним механізмом якого є цілеспрямований вплив на інтелектуальну, мотиваційно-ціннісну, емоційно-

вольову сфери особистості та на її поведінкові прояви. При цьому, зважаючи на специфічний характер сучасної медичної етики та деонтології, авторкою пропонується вести мову про оволодіння та особистісне переосмислення професійної системи цінностей майбутнього лікаря задля створення та практичного застосування власного підходу на основі загальнолюдських та професійних цінностей [4].

Особливу значущість для нас має те, що виходячи з розуміння сутності, компонентів, функцій професійно-етичної культури, аналізу реального стану сформованості професійно-етичної культури у студентів вищих навчальних закладів, А. Агаркова визначає низку причин недостатнього рівня сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів, до яких вчена відносить наступні: відсутність установки на формування системи моральних цінностей у викладачів та студентів, домінування знаннево-орієнтованого та репродуктивного підходів до формування професійно-етичної культури, недостатність цілеспрямованих форм позанавчальної роботи, недостатня увага, яку надають формуванню навичок етичного судження та забезпечення умов для прояву етичного вчинку та невідповідна сформованість компонентів деонтологічної культури [4, с. 12].

Теоретичне розуміння характеру та структури професійно-етичної культури обумовило можливість розробки процесу формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах, який представлений автором у вигляді моделі, яка включає конкретні етапи дії:

- *мотиваційно-цільовий*, який обґрунтовує стратегічну мету, завдання та функції процесу формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів;

- *концептуально-змістовий*, який представляє зміст процесу формування професійно-етичної культури;

- *діяльно-технологічний* забезпечує поетапне, у відповідності до державних програм і у співпраці з профільними кафедрами, набуття професійно-етичної культури;

- *критеріально-оцінювальний етап* містить критерії, за якими визначається рівень сформованості професійно-етичної культури;
- *результативний*, який відображає сформованість професійно-етичної культури майбутніх лікарів [4, с. 15].

Низка наукових праць вітчизняних й зарубіжних дослідників присвячена вирішенню проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у конкретних медичних спеціалізаціях.

Наприклад, М. Орешкіна вивчає роль деонтології у професійній діяльності логопеда [191]. На думку вченої, деонтологічні критерії професійної діяльності логопеда засновані на філолофсько-моральному її осмисленні й відбивають етико-деонтологічні уявлення, якості, а також можливості їх реалізації в практиці корекційної роботи. Не можна не погодитися з автором, що шляхи формування деонтологічної позиції логопеда передбачають спеціальну підготовку в галузі деонтології й пов'язані з вихованням його професійно значущих якостей і вмінь, які сприяють установленню адекватних взаємостосунків з іншими суб'єктами корекційного процесу [191, с. 18].

М. Орешкіною були розроблені й апробовані наступні основні напрямки деонтологічної підготовки студентів відділення логопедії й практичних логопедів:

- оволодіння знаннями про сутність й аспекти деонтології в професійній діяльності логопеда;
- розвиток умінь аналізувати професійну поведінку логопеда з деонтологічних позицій;
- навчання прийомам деонтологічно адекватної взаємодії з усіма учасниками корекційного процесу [191].

На особливу увагу заслуговує доведена автором ефективність використання психолого-педагогічних умов при вирішенні відповідних проблем деонтологічного характеру в професійній діяльності майбутніх логопедів. Так, наприклад, розв'язуючи проблему встановлення контакту при

проведенні первинного прийому, М. Орешкіна наполягає на необхідності впровадження в професійну діяльність лікаря таких умов:

- повага до особистості пацієнта,
- урахування його вікових й індивідуальних особливостей,
- ступеню фіксованості на дефекті,
- створення позитивної мотивації,
- мова логопеда (доброзичливий тон; чіткі, точні, короткі інструкції та ін.) [191, с. 144].

При розв'язку проблеми взаємодії логопеда й пацієнта в процесі корекційних занять необхідно реалізовувати наступні психолого-педагогічні умови: підтримка позитивного психологічного клімату під час занять, виховання впевненості у власних силах, заохочення прагнення до самостійності, стимулювання позитивної мотивації до занять у цілому й до виконання кожного конкретного завдання; дотримання тривалості занять, відповідно до віку й психофізіологічного стану пацієнта; методично правильна організація занять [191, с. 158].

Наукові розвідки М. Орешкіної перегукуються з дослідженням І. Філатової, яка розглядає проблеми деонтологічної підготовки дефектологів у медичному ВНЗ [265].

Соціокультурне обґрунтування необхідності розробки концепції деонтологічної підготовки дефектологів у ВНЗ проводилося дослідницею в контексті аналізу нормативно-правових і теоретичних аспектів розвитку освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я й вищої педагогічної (спеціальної дефектологічної) освіти за наступною схемою:

- визначення соціального замовлення й вимог до якості підготовки майбутніх дефектологів, зафіксованих у законодавчій базі освіти;
- аналіз основних тенденцій розвитку освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я;

– аналіз тенденцій розвитку системи вищої педагогічної освіти [265, с. 42].

На підставі принципів соціокультурної обумовленості й організації деонтологічної підготовки автором були визначені наступні умови цілеспрямованої реалізації моделі деонтологічної підготовки дефектологів у ВНЗ:

– ціннісно-значеннєві умови, які визначають спрямованість освітнього процесу у ВНЗ на формування в майбутніх дефектологів ціннісних професійних орієнтації й світоглядних значеннєвих установок, що відповідають принципам наукової спрямованості спеціальної (дефектологічної) освіти, гуманізації й інтеграції соціокультурного середовища й освіти осіб з обмеженими можливостями здоров'я;

– структурно-організаційні умови, які передбачають створення інтегративного освітнього середовища, яке поєднує всі напрямки діяльності з підготовки майбутніх дефектологів, що й забезпечує послідовне формування деонтологічної компетентності майбутніх дефектологів у процесі початкової професіоналізації особистості на основі взаємодії із професійним і соціокультурним середовищем, що забезпечується реалізацією принципів послідовності, мережевої відкритості й розвитку [265, с. 153].

Для нашого дослідження важливим представляється теза про те, що деонтологічна підготовка майбутніх дефектологів у роботі І. Філатової передбачала застосування не тільки традиційних форм навчання (проблемна лекція, моделювання деонтологічно зорієнтованих педагогічних ситуацій, діалог), але й специфічних: навчання з опорою на досвід, „кваліпрофесійну” педагогічну діяльність, під якою автор розуміє навмисне моделювання різнопланових ситуацій педагогічної діяльності на заняттях, організацію самостійної смислоформуючої роботи студентів, участь у волонтерському русі й у діяльності громадських організацій [265, с. 333].

У своєму дослідженні І. Філатова спирається на аксіологічний, компетентнісний та акмеологічний наукові підходи як конкретно-наукові засади концепції деонтологічної підготовки майбутніх дефектологів у ВНЗ.

Для нашого дослідження інтерес представляє також і розроблена автором програма діагностичного вивчення деонтологічної компетентності майбутніх дефектологів, у якій виділені формальний і неформальний критерії оцінки сформованості деонтологічної компетентності, функціональні й ціннісно-значеннєві параметри критеріїв оцінки й дана якісна характеристика їх показників [265, с. 377].

Деонтологічна поведінка стоматолога-ортопеда залежно від характерологічних особливостей пацієнта є предметом дослідження О. Істоміної [107].

У своїй роботі вчена визначає психологічні основи взаємодії між стоматологом-ортопедом і пацієнтом на основі вивчення характерологічних особливостей не тільки пацієнта, але й лікаря; вивчає залежність процесу психологічної адаптації до знімних ортопедичних конструкцій від характерологічних особливостей пацієнтів; визначає суб'єктивне клінічне відношення лікарів-стоматологів до пацієнтів залежно від характерологічних особливостей лікарів і пацієнтів; розробляє й формулює варіанти диференційованої деонтологічної тактики стоматолога-ортопеда залежно від шести груп пацієнтів з різними характерологічними радикалами [107].

Автор доводить, що розроблені нею варіанти деонтологічної поведінки стоматолога-ортопеда залежно від характерологічних особливостей пацієнтів зменшують імовірність розвитку ситуації психологічної напруги при проведенні ортопедичного лікування, сприяють профілактиці конфліктних ситуацій у системі „лікар-пацієнт”, суттєво поліпшують динаміку психологічної адаптації пацієнтів у процесі лікування [107, с. 139].

У монографії Ю. Колісник-Гуменюк [126] всебічно охарактеризовано формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в закладах медичної освіти, представлено авторську

методику формування професійно-етичної культури майбутніх медиків із застосуванням інтерактивних технологій під час вивчення історії та культурології. На основі комплексного аналізу визначено структурні компоненти професійно-етичної культури медичних працівників, з'ясовано критерії, рівні та методи оцінювання її стану у студентів медичних коледжів. Авторка актуалізує проблему підвищення якості підготовки медичних фахівців середньої ланки (медичних сестер, лаборантів) шляхом упровадження інтерактивних методик у професійну освіту.

Монографія містить обґрунтовані теоретичні аспекти та практичні рекомендації, які апробовані в медичних закладах освіти і сприяють підвищенню якості професійної підготовки медичного персоналу.

У контексті теми нашого дисертаційного дослідження особливий інтерес викликають концептуальні основи формування професійно-етичної культури медичних працівників, до яких Ю. Колісник-Гуменюк відносить такі:

- створення системи професійної підготовки, яка сприятиме формуванню загальнолюдських моральних і професійно-етичних якостей майбутніх фахівців, враховує вимоги етичних кодексів професійної діяльності;

- скерування виховної аудиторної та позааудиторної роботи на національне та патріотичне виховання, формування демократичного світогляду і громадянської позиції, комунікативної культури, етичних та естетичних поглядів;

- цілеспрямоване формування в студентів усталеного комплексу якостей, властивостей, моральних переконань і моральної свідомості, які безпосередньо впливають на моральну поведінку і моральні відносини майбутнього медика, відповідають конкретним професійним вимогам і притаманні певній медичній спільноті;

- врахування взаємозв'язку між характером навчально-професійної діяльності та розвитком професійно-етичних поглядів і переконань;

- забезпечення наступності у формуванні професійно-етичних знань та інтегрування в процесі професійної підготовки всіх взаємопов'язаних складових професійно-етичної культури медичного працівника;

- забезпечення спрямованості професійної культури медиків на реалізацію морально-етичних вимог суспільства;

- спрямування суспільно-гуманітарної підготовки в медичних коледжах на успішне входження особистості у медичну діяльність та професійну адаптацію [126, с. 191].

У колективній монографії Т. Бажан, М. Паранька та М. Карнауха в історичному аспекті висвітлені питання медичної етики й деонтології в діяльності санітарного лікаря, проаналізовані особливості формування особистості лікаря медико-профілактичного профілю, а також діяльності лікарів санітарно-епідеміологічної служби. На основі узагальнення історичного матеріалу автори розглядають етапи розвитку етики й деонтології, визначають внесок видатних лікарів-епідеміологів і гігієністів у боротьбу з епідемічними хворобами в Україні й за кордоном [283].

Зрозуміло, що перелік проаналізованих у даному розділі нашої дисертації наукових праць, в яких у тій чи іншій спосіб вирішуються проблеми формування деонтологічної культури майбутніх працівників у медичній галузі, аж ніяк не є вичерпним. У контексті теми нашого дослідження ми також спираємося на наукові розвідки А. Довганя [83], Л. Рискельдієвої [219] (вивчення генезису світової деонтологічної думки в історії філософії), Р. Вайноли, С. Хлестової [39] (теоретичні й концептуальні засади формування деонтологічної культури у студентів вищих навчальних закладів), М. Васильєвої [42], Л. Хоружи [272] (теоретичні й практичні питання педагогічної деонтології), О. Грандо [73; 74], І. Завилянського [96] (теоретичні основи лікарської етики та медичної деонтології), В. Климчука, А. Ковтун [121], Ю. Никоненко [184], О. Теленгатора [249] (теоретичні аспекти психологічної деонтології), Л. Белінкіної [19], Н. Касевич [114] (морально-етичні та деонтологічні проблеми у професійній діяльності

медичних сестер, фельдшерів та акушерів), Д. Порох [217] (проблеми формування професійно-етичних якостей та комунікативних вмінь майбутніх лікарів), І. Камінської [112] (психологічні особливості формування деонтологічної культури майбутніх медиків засобами іноземної мови), Г. Литвиненка та Р. Литвиненко [167], Г. Золотухіна [103] (проблеми медичної деонтології у художній літературі), М. Пірен [210] (деонтологія конфліктів та управління) та ін.

Отже, аналіз наукових праць сучасних вітчизняних й зарубіжних дослідників, у яких вирішуються проблеми формування деонтологічної культури майбутніх фахівців, дозволяє зробити наступні узагальнення та висновки:

1. Проблеми формування деонтологічної культури у студентів вищих навчальних закладів у цілому та майбутніх фахівців медичної галузі, зокрема, є предметом аналізу багатьох сучасних досліджень з теорії та практики фахового навчання як в Україні, так й за кордоном. З початку нового тисячоліття лише в Україні та країнах СНД було захищено понад 20 дисертаційних досліджень, в яких розглядаються питання професійної етики лікарів й медичної деонтології, та які у той чи інший спосіб стосуються проблеми формування деонтологічної культури у студентів медичних спеціальностей.

2. У своїх дослідженнях вчені наголошують на необхідності пошуку шляхів підвищення якості професійно-етичної та деонтологічної підготовки майбутніх лікарів у сучасних умовах, що обумовлено особливою актуальністю та соціальною значущістю етико-деонтологічних проблем, пов'язаних зі встановленням довірчих стосунків із пацієнтами, доброзичливих професійних відносин з колегами, партнерством і командною роботою, культурою спілкування, знанням своїх професійних обов'язків та їх належним виконанням у професійній медичній діяльності.

3. Сучасні науково-теоретичні й практичні пошуки, пов'язані з питаннями медичної деонтології, здебільшого ведуться у напрямку розробок

теоретичних моделей та педагогічних технологій формування деонтологічної компетентності майбутніх медичних працівників, характерними ознаками яких виступають модернізація змісту, форм і методів деонтологічної готовності майбутніх лікарів до здійснення професійної діяльності, необхідність адаптації наявного змісту професійної поведінки й підготовки до її здійснення в умовах університетської медичної освіти; форм та методів організації навчально-виховної роботи медичних ВНЗ, спрямованих на засвоєння й присвоєння студентами етичних цінностей і деонтологічних норм, що сприяє розвитку емпатії, формуванню гуманістичної спрямованості ціннісних орієнтацій студента й деонтологічно значущих якостей особистості майбутнього фахівця у сфері медицини; програм діагностичного вивчення деонтологічної компетентності майбутніх фахівців медичної галузі.

4. Основними науковими підходами у розв'язку проблем формування деонтологічної культури майбутніх лікарів та працівників медичної сфери виступають такі: компетентнісний, особистісно зорієнтований, структурний, функціональний, аксіологічний, акмеологічний тощо. Не заперечуючи важливу роль вище зазначених наукових підходів у процесі формування деонтологічної культури майбутніх лікарів, необхідно зауважити, що, на наш погляд, з поля зору дослідників, як правило, зникає ще один важливий науковий підхід – культурологічний, необхідність застосування якого у процесі формування досліджуваного явища буде нами обґрунтовано у наступному підрозділі цього дисертаційного дослідження.

5. Незважаючи на достатньо велику кількість наукових розвідок, у той чи інший спосіб пов'язаних із вирішенням проблеми формування деонтологічної культури майбутніх медиків, ми констатуємо, що в них відсутній комплексний підхід, який, на наш погляд, має бути пов'язаний із врахуванням необхідності інтеграції змісту дисциплін фахового навчання задля забезпечення міцних знань, навичок та умінь студентів у деонтологічній сфері, розробкою новітніх методів навчання у процесі професійного становлення майбутніх лікарів з метою стимулювання

мотиваційно-ціннісної складової їх деонтологічної культури, звертанням особливої уваги до організації та активізації позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів-медиків з формування їх деонтологічної культури.

1.2. Сутнісно-структурні характеристики деонтологічної культури майбутніх лікарів

Протягом останніх десятиліть на різноманітних медичних з'їздах і конференціях науковцями та лікарями-практиками неодноразово робилися, у співзвуччі з вимогами сучасності, спроби обґрунтування етичних норм у медицині, пошуку критеріїв оцінки морального значення наукових досягнень і їх практичного застосування. Це знайшло відбиття в прийнятті низки норм, кодексів, декларацій, які регламентують лікарську діяльність, частина з яких має міжнародний характер. Це, у першу чергу, Женевська декларація (1948), Міжнародний кодекс медичної етики (1949), Токійська декларація Всесвітньої Медичної Асоціації (1975), Гавайська декларація (1977, 1983). У 1988 році європейськими медичними асоціаціями були прийняті Європейські принципи медичної етики. Багато країн мають власні кодекси медичної деонтології. У викладеному переліку документів виявилася глибока турбота людського суспільства про повагу принципів моральності в практичній медицині.

Так, наприклад, в етичному кодексі лікаря України, прийнятому на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій 27 вересня 2009 року [90], наголошується на тому, що життя та здоров'я людини є головними, фундаментальними цінностями. Діяльність лікаря повинна бути спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає гуманного ставлення медика до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодійності і милосердя, терплячості, взаємодовіри,

порядності та справедливості. Лікар повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху – це, насамперед, совість.

Ці моральні засади систематизовані в Етичному кодексі лікаря України з урахуванням положень Міжнародного кодексу лікарської етики, Гельсінської декларації, Загальної декларації про геном і права людини й Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на застосування досягнень біології та медицини.

В ньому йдеться про основні принципи медичної етики та деонтології, а саме:

– твори благо (діяльність лікаря спрямована на захист інтересів пацієнтів (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) та життя суспільства у цілому, визначає можливість задоволення головних потреб і прагнень у збереженні життя та здоров'я);

– про професійну незалежність лікаря (необхідною умовою незалежного здійснення лікарем своєї діяльності є максимальна незалежність у дотриманні його професійних прав і обов'язків, що передбачає свободу медичного працівника від будь-якого зовнішнього тиску чи втручання в його діяльність, а також від впливу своїх особистих інтересів);

– про домінантність інтересів пацієнта (у межах вимог законодавства лікар зобов'язаний у своїй професійній діяльності дотримуватися переваги інтересів пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я) перед своїми власними інтересами, інтересами колег, партнера. Співробітників, інтересів законних представників пацієнтів або їх опікунів, піклувальників, інших осіб);

– про компетентність та сумлінність лікаря (суспільна значущість і складність професійних обов'язків лікаря вимагають від нього високого рівня професійної підготовки, фундаментальних знань теорії та практики медицини, опанування навичками, тактикою, відповідними методами та прийомами лікарської діяльності);

– про чесність та порядність медичного працівника (лікар повинен як у своїй професійній діяльності, так і у приватному житті бути чесним і порядним, не вдаватися до омани, погроз, шантажування, підкупу, використання для досягнення своїх професійних чи особистих цілей тяжких матеріальних чи особистих обставин пацієнтів) [90].

У цьому контексті особливої актуальності набуває проблема формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ України, адже незважаючи на значну увагу до означеної проблематики, яку приділяють фахівці у галузі медичної освіти та практики, на наш погляд, потребують уточнення сутнісно-структурні характеристики деонтологічної культури майбутніх лікарів, виникає необхідність у теоретичній розробці педагогічних умов формування деонтологічної культури майбутніх лікарів та емпіричній перевірці їх ефективності на практиці.

Складниками поняття „деонтологічна культура” виступають поняття „деонтологія” та „культура”. Зрозуміло, що розкрити сутність ключового поняття нашого дослідження – „деонтологічна культура майбутніх лікарів” – неможливо лише за рахунок визначення його складників. Ми погоджуємося із думкою С. Хлестової про те, що „поняття „деонтологічна культура” охоплює повний змістовний спектр понять „деонтологія” та „культура”, однак не зводиться до їх простої суми, а є новим якісним утворенням, яке не лише відображає цінності у їх „людському вимірі”, а й зумовлює їх „діяльне освоєння”, реалізацію цього виміру на всіх рівнях організації і соціального самовияву” [271, с. 38-39]. Тем не менш, вважаємо за доцільне приділити увагу встановленню сутнісних ознак складників досліджуваного явища.

У первісному значенні поняття „культура” у перекладі з латинської означало „оброблення ґрунту”, тобто зміни в природному об’єкті під впливом людини, її діяльності, на відміну від тих змін, які викликані природними причинами. Поняття культури в широкому змісті саме й охоплює сферу доцільної діяльності людей, сукупність суспільних предметів

на відміну від предметів природи, не перетворених людською працею. Культура у глибокій своїй суті є тим, що забезпечує реалізацію самої діяльності, тобто способом її здійснення. Культура представляється:

а) у вигляді сукупності (системи) певних видів діяльності і її результатів [164, с. 37];

б) як творчий зміст діяльності [126, с. 70];

в) як спосіб діяльності, її технології [86, с. 33];

г) як якісна характеристика діяльності і її результатів [236, с. 188].

У філософському словнику [267] під культурою розуміється історично визначений рівень розвитку суспільства, творчих сил і здібностей людини, виражений у типах і формах організації життя та діяльності людей, у їх стосунках, а також у створюваних ними матеріальних і духовних цінностях.

У філософії виділено декілька рівнів аналізу культури: культура суспільства, культура соціальних груп і культура окремої людини. „Культура має три масштаби відповідно до філософської відмінності онтологічних рівнів „загальне – особливе – одиничне”: культура як спосіб існування людини, макро- або мікрогрупи, говорячи мовою соціологів, культура окремої особистості (за формулою повсякденного мовлення – культурна людина)” [266, с. 193].

Культура особистості містить у собі як освіченість (навченість і вихованість), так і основні параметри розвитку особистості, тобто все те, що людина виробляє в собі, здобуває у своєму житті в суспільстві та під впливом суспільства, при участі інших людей, „привласнюючи” суспільно-історичний досвід [280, с. 30]. Це відповідає вихідному розумінню терміна „культура”, прийнятому ще в Прадавній Греції.

Під деонтологією розуміють сукупність етичних норм й принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків. Термін було запропоновано англійським філософом І. Бентамом (1748-1832) і він вживався спочатку для позначення теорії моральності у науці про мораль. У роботах „Введення в основи моральності й

законодавства” (1789), „Деонтологія, або наука про мораль” (1834) вчений обґрунтував важливість урахування індивідуальних і суспільних інтересів з метою досягнення загальної згоди й затвердження чесноти, комбінації користі із задоволенням.

Згодом термін деонтологія звужився до характеристики проблем людського обов’язку: з уявлень про суспільно належне, людині самій необхідно було визначати свої моральні позиції, вимоги до себе й своїй поведінці в суспільстві й т.п. Обов’язок тепер виступає в якості внутрішнього переживання того примусу, який задається етичними цінностями, які зобов’язують будувати своє життя відповідно до них.

У ще більш вузькому змісті деонтологією стали називати професійну етику медиків: дотримання лікарського етикету, моральні відносини у діадах „лікар-лікар, лікар-пацієнт” і т.і. Таким чином, медична деонтологія займається вивченням правил поведінки лікаря стосовно своїх пацієнтів і лікарів між собою; питанням, чи необхідно повідомляти пацієнту про те, що він невиліковно хворий, чи ні, а також деякими іншими проблемами. Найбільш відомим є звід застосовуваних у медицині етичних норм, сформульований Гіппократом (клятва Гіппократа).

Не можна не зазначити, що сучасні національні [89; 90; 122; 123] та міжнародні [299] кодекси лікарів стають плідним підґрунтям для наукових розробок вітчизняних та зарубіжних дослідників, які займаються вирішенням проблеми формування деонтологічної культури лікаря у сучасних умовах.

Науковці небезпідставно наголошують, що деонтологічна культура медичного працівника є такою властивістю особистості фахівця, яка дозволяє йому продуктивно взаємодіяти із внутрішнім (професійним) і зовнішнім (соціальним) середовищем завдяки наявності деонтологічних знань, умінь і навичок, професійно важливих деонтологічних якостей, спрямованих на успішну індивідуально-професійну взаємодію з пацієнтами, що й забезпечує ефективну організацію лікувально-профілактичного процесу й вирішення професійних завдань. Вона характеризується наявністю у фахівця медичного

профілю системи знань, які відбивають змістовну сутність інтелектуальних, світоглядних і моральних цінностей; здатністю прогнозувати й конструювати процес професійної діяльності з урахуванням її специфіки й у процесі взаємодії з колегами й пацієнтами й визначається змістом норм професійної медичної етики, моральними імперативами й професійно-моральними ідеалами й цінностями медичної діяльності. Структура деонтологічної культури ґрунтується на морально-етичних настановах, орієнтирах соціально-професійного середовища медичної діяльності й включає мотиваційно-особистісний, креативно-значеннєвий, когнітивно-деонтологічний та рефлексивний компоненти [4; 47; 67; 126; 203; 238].

Так, наприклад, на думку вчених, деонтологічна культура медичного працівника „виступає інтегрованою якістю особистості майбутнього лікаря у процесі допрофесійної підготовки, виражається в потребі самовдосконалення і самовираження в умовах подальшої професійної діяльності, стає ступенем оволодіння фахом. Деонтологічна культура особистості виступає як міра присвоєння нею певних цінностей, об'єктованих у професійному і духовному досвіді розвитку медицини” [203, с. 164].

Ми звертаємо особливу увагу на наголошену дослідниками неперервність процесу формування деонтологічної культури майбутнього лікаря, який повинен починатися ще на допрофесійному рівні (можливо, навіть на етапі вибору майбутньої професії лікаря) та постійно вдосконалюватися на протязі всієї професійної практичної діяльності лікаря.

Натомість, розглядаючи деонтологічну культуру як діяльність фахівця щодо оволодіння, застосування, оцінювання, удосконалення та створення новітньої особистісно осмисленої системи професійно та суспільно обумовлених цінностей, що реалізуються в професійній діяльності та формуються на основі загальнолюдських цінностей, дослідники наполягають, що „етичний компонент професійної культури містить систему норм, цінностей, моральних принципів специфічного типу людської діяльності (моральну свідомість), яка набувається, функціонує, аналізується,

переосмислюється та удосконалюється через моральні взаємодії та конфлікти і реалізується через професійну діяльність, обумовлюючи її характер” [4, с. 18].

Не можна не погодитись із думкою вчених про те, що деонтологічну культуру лікаря слід розглядати як вид лікарської діяльності, спрямований на регуляцію лікувальної діяльності та усіх її компонентів (професійної лікувальної діяльності, спілкування, психологічної саморегуляції, розв’язання етичних конфліктів та забезпечення етичного впливу) шляхом модифікації Я-концепції в процесі рефлексії [4, с. 19].

Формування деонтологічної культури визначається як комплексний процес, який складається із зовнішнього впливу на особистість і внутрішньої роботи з оволодіння, переоцінки, застосування та створення етичних норм [4, с. 14]. Безумовно, метою цієї діяльності є інтеріоризація професійно-моральних цінностей (таких наприклад, як гуманність, сумління, відповідальність, толерантність тощо) та реалізація їх у професійній діяльності. Умовами успішної реалізації професійно-етичної культури визначено комунікативну компетентність, власне знання (фахові, етичні тощо), когнітивні та рефлексивні вміння, навички саморозвитку [4, с. 19].

Для нашого дослідження важливими також є наукові розвідки українських вчених, в яких вирішуються проблеми формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки у медичних закладах освіти [126; 142; 154; 259; 263 та ін.].

На думку педагогів, професійно-етична культура медичних працівників (що є, на наш погляд, близьким поняттям „деонтологічна культура”) є сукупністю моральних цінностей та етичних норм, які стали внутрішніми особистісними переконаннями і спрямовують професійну діяльність медиків на формування і відтворення морально-етичних вимог суспільства, наповнюють професійним змістом і загальнокультурною спрямованістю процеси діяльності, відображаючи досягнутий у професійній діяльності

рівень майстерності й формуючи відповідальне ставлення до праці [126, с. 185].

Ми поділяємо висновки науковців про те, що сформованість деонтологічної культури медичного працівника органічно поєднує моральну свідомість (ціннісно-змістовий аспект), моральну діяльність (емоційно-діяльнісний аспект) та моральні відносини (комунікативно-соціальний аспект), у той час як вимоги до професійно-етичної культури фахівців медичного профілю можна умовно поділити на особистісні, медико-професійні, соціально значущі [126, с. 89].

Треба зауважити, що комплексність поняття деонтологічної культури майбутнього лікаря виявляється у тому, що критеріями її формування є не лише знання, а й переконання: моральна зрілість медичного працівника полягає в єдності емоційного та практичного аспектів його діяльності. У структурі професійно-етичної культури медичного працівника вчені, як правило, виділяють наступні компоненти: мотиваційний, який відображає інтерес до формування професійної компетентності, необхідних морально-етичних якостей; аксіологічний, який розкриває професійно-етичну культуру як сукупність певних цінностей; когнітивний, який забезпечує здатність отримувати ключові кваліфікації та професійні компетенції; операційно-діяльнісний, який виступає як сукупність способів і засобів діяльності медичного персоналу; особистісно-рефлексивний розкриває професійно-етичну культуру як специфічний спосіб реалізації сутнісних сил людини; креативний, який є свідченням спроможності медичного працівника до творчості у професії [67; 126; 203].

Аналізуючи ціннісно-сміслові компоненти професійної ідентичності лікаря, деякі вчені доходять висновків проте те, що у професіях деонтологічного статусу фахова ідентичність обумовлюється особистісно-деонтологічним комплексом, який, у свою чергу, визначається як особлива форма прояву осмисленого відношення фахівця до професійної діяльності, яке виражається в особистісних характеристиках, властивих лікарської

діяльності [47, с. 166].

Структура особистісно-деонтологічного комплексу містить у собі сукупність знань, умінь і навичок, виразність професійно важливих якостей; значеннєве відношення до себе як суб'єкту професійної діяльності. Головним формуючим елементом особистісно-деонтологічного комплексу лікаря є ціннісно-значеннєві орієнтації особистості. Несформованість особистісно-деонтологічного комплексу лікаря виражається у стереотипному відношенні фахівця до себе, до своїх цінностей і норм професії й, у результаті, обумовлює недостатню професійну ідентичність фахівця [47, с. 93].

Вітчизняні та зарубіжні науковці доводять, що деонтологічна підготовка медичних працівників є основним регулятором якості їх професійної діяльності, орієнтиром і запобіжником застосування суто професійних знань, умінь і навичок у конкретних професійних ситуаціях. Автор виявляє основні деонтологічні вимоги щодо медичних працівників, до яких відносить наступні: гуманізм, професіоналізм, наукова обґрунтованість, самокритичність, повага до прав, свобод і гідності пацієнтів, їх родичів та інших осіб, яким можуть бути нанесені душевні травми, заподіяний збиток їх фізичному й психічному здоров'ю [238, с. 44].

Отже, проведений теоретичний аналіз становлення поняття „деонтологічна культура” дозволяє нам сформулювати власне бачення сутнісних та структурних характеристик досліджуваного явища. У нашому дослідженні під деонтологічною культурою ми розуміємо *таку комплексну особистісно-професійну якість майбутнього лікаря, яка формує його моральну свідомість (сукупність моральних цінностей та етичних норм, які стають особистісними переконаннями і спрямовують професійну діяльність медичного працівника на формування і відтворення морально-етичних вимог суспільства у галузі охорони здоров'я), яка постійно формується, переосмислюється та удосконалюється у процесі професійної діяльності лікаря.*

Сутність деонтологічної культури майбутнього лікаря, на наш погляд, полягає у **поєднанні ціннісно-змістовного, особистісно-емоційного та комунікативно-соціального аспектів професійної діяльності лікаря.**

У структурі деонтологічної культури майбутнього лікаря ми виокремлюємо такі компоненти, як:

- **когнітивний** (професійні знання та компетентності),
- **аксіологічний** (наявність професійно-етичних цінностей),
- **мотиваційний** (інтерес до використання морально-етичних норм у майбутній професійній діяльності),
- **особистісно-рефлексивний** (морально-етичні переконання медичного працівника у професійній діяльності),
- **поведінковий** (реалізація деонтологічних норм у практичній діяльності лікаря).

Змістовне наповнення виокремлених компонентів у структурі деонтологічної культури майбутніх лікарів ми бачимо у такому:

- когнітивний компонент (культура деонтологічного мислення) – знання етичних принципів й деонтологічних норм, розвиненість рефлексивних, розумових здібностей, рівень інтелекту, уміння прийняти рішення у моральній ситуації, що склалася;
- аксіологічний компонент (культура деонтологічних почуттів) – значимість для особистості моральних норм й цінностей, здатність до емпатії й взаєморозуміння, гуманістична спрямованість, орієнтація на самовдосконалення;
- мотиваційний компонент (культура деонтологічної самосвідомості) – свідомість як вища притаманна тільки людині форма узагальненого відбиття об'єктивних стійких властивостей й закономірностей навколишнього світу, формує в неї внутрішню модель зовнішнього світу, у результаті чого досягається пізнання й перетворення навколишньої дійсності у попередній уявній побудові дій і передбачення їх результатів, що забезпечує розумне

регулювання поведінки й діяльності людини.

– особистісно-рефлексивний компонент (культура деонтологічної самореалізації) – самореалізації сутнісних сил лікаря, його потреб, здібностей, інтересів, дарувань у професійній діяльності, яка складається із низки взаємозалежних етапів: самопізнання, самооцінка, саморегуляція, самоутвердження, за рахунок яких розкривається інтелектуальний, професійно-моральний потенціал особистості лікаря.

– поведінковий компонент (культура деонтологічної поведінки) – реалізація етичних цінностей, етичних принципів, деонтологічних норм й правил у житті й професійної діяльності.

Зазначені компоненти можна розглядати як послідовні рівні оволодіння тим або іншим аспектом деонтологічної культури. Однак, ця послідовність є досить умовною, оскільки на практиці усі визначені компоненти є взаємозалежними.

У нашому дослідженні процес формування деонтологічної культури майбутніх лікарів побудований на використанні наступних наукових підходів:

- системний,
- компетентнісний,
- особистісно зорієнтований,
- культурологічний.

Системний підхід орієнтує на дослідження формування деонтологічної культури особистості студентів медичного ВНЗ як системи, яка сприяє розкриттю її цілісності й дозволяє проаналізувати її системні властивості і якісні характеристики. Системний підхід дозволяє здійснити управління поетапним процесом формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у педагогічному просторі медичного ВНЗ.

Ідеї системного підходу займають провідне місце у різноманітних галузях науки. У сучасній науковій літературі системний підхід найчастіше

розглядається як напрямок методології соціально-наукового пізнання й соціальної практики, в основі якого лежать дослідження об'єктів як цілісних систем. Системний підхід сприяє постановці проблем у конкретних науках і виробленню стратегії їх вивчення. Методологічна специфікація системного підходу визначається тим, що він орієнтує дослідження на розкриття цілісності об'єкта й механізмів, що його забезпечують, на виявлення різноманітних типів зв'язків об'єкта й зведення їх у єдину теоретичну картину.

Слід також зазначити, що системний підхід не виступає в ході дослідження в чистому вигляді, у відриві від інших принципів, ідей, підходів. Саме тому в нашому дослідженні системний підхід доповнюється іншими методологічними ідеями. Принципи системного підходу доповнені ідеями компетентнісного, особистісно орієнтованого, культурологічного й інших методологічних підходів.

Формування деонтологічної культури майбутніх лікарів розглядається нами з позицій системного підходу, тобто загальнонаукового принципу вивчення педагогічних явищ, а саме як системна якість, підсистема фахової підготовки, яка виступає системою більш загального порядку. Виділені структурні компоненти деонтологічної культури лікаря утворюють органічну єдність, при якій фактором, який її систематизує, виступає професійно-особистісна готовність до майбутньої професійної діяльності. Компоненти деонтологічної культури особистості студента, а також їх структурні елементи перебувають у тісному взаємозв'язку, сполучаються один з одним і утворюють певну єдність. Цілісність функціонування деонтологічної культури особистості студента в педагогічному просторі медичного ВНЗ підтверджується взаємовпливом структурних компонентів і, відповідно, їх складових.

Системний підхід забезпечує цілісне уявлення про загальне розуміння деонтологічної культури особистості як про педагогічне явище й професійно-особистісну характеристику майбутнього лікаря, націлює на єдність теорії,

експерименту й практики у вивченні й перетворенні даного процесу, дозволяє вибудувати його професійну підготовку як систему взаємозалежних і взаємообумовлених компонентів.

У якості принципів системного підходу до формування деонтологічної культури майбутніх лікарів нами виділені такі: диференціація й індивідуалізація виховних впливів; опора на самоцінність людської особистості; урахування професійної спрямованості й поведінки; пріоритет самостійності й активності студентів у діяльності; взаємопроникнення когнітивного, аксіологічного, мотиваційного, індивідуально-рефлексивного й поведінкового компонентів у навчальній, самостійній і науково-дослідній роботі.

Принцип диференціації й індивідуалізації виховних впливів передбачає виділення груп студентів, різних за рівнем сформованості деонтологічної культури, застосування різних форм навчальної й позанавчальної роботи залежно від даних діагностики, а також використання різних форм індивідуальної роботи, з урахуванням потреб і здібностей кожного студента.

Принцип самоцінності людської особистості передбачає розгляд студента як активного учасника педагогічного процесу, можливість вибору форми участі в навчальному й виховному заході, урахування відношення студентів до культурних цінностей для виходу на імпровізацію.

Принцип професійної спрямованості передбачає використання в педагогічному процесі ігрових, дискусійних ситуацій, які підготовляють студента до професійної діяльності й деонтологічної поведінки.

Принцип самостійності й активності в діяльності передбачає використання в навчальній й позанавчальній роботі професійно значущих форм діяльності, з поступовим включенням у них студента як учасника, а потім як організатора.

Принцип взаємопроникнення когнітивного, аксіологічного, мотиваційного, індивідуально-рефлексивного й поведінкового компонентів у навчальній, самостійній і науково-дослідній роботі реалізується через

побудову навчальної й позааудиторної роботи на основі різноманітних форм взаємодії й творчих технологій діяльності.

Принцип взаємної доповнюваності передбачає побудову навчального процесу так, щоб навчальні завдання з професійних норм органічно виходили на вільні форми навчальної й позанавчальної діяльності.

Компетентнісний підхід передбачає формування в майбутніх лікарів сукупності взаємозалежних якостей, обумовлених змістовним компонентом професійної діяльності (сукупність деонтологічних знань) і процесуальним компонентом професійної діяльності (сукупність деонтологічних умінь, навичок, поведінки).

Деонтологічну компетентність розглядаємо як рівень підготовленості до професійної діяльності лікаря, ступінь оволодіння ним деонтологічними знаннями, способами діяльності, необхідними для прийняття ефективних рішень професійних завдань.

Аналіз теоретичних досліджень показує, що структура деонтологічної компетентності лікаря в них розкривається:

- через деонтологічні вміння, які представляють собою сукупність різних дій лікаря, які насамперед співвідносяться з функціями лікарської діяльності й значною мірою виявляють індивідуально-психологічні особливості медика;

- через деонтологічні знання, уміння, навички здійснення професійної діяльності, у тому числі вміння продуктивно вирішувати професійно-етичні й проблемні завдання;

- через компоненти: професійно-змістовний, який передбачає наявність у лікаря теоретичних знань з основ наук про людину; професійно-діяльнісний, який включає професійні знання й уміння; особистісно-професійний, який складається з особистісних якостей, які визначають моральну позицію й спрямованість медика як особистості й суб'єкта діяльності.

Провідна ідея компетентнісного підходу в нашому дослідженні полягає в тому, що студент, будучи суб'єктом діяльності, формує в процесі її здійснення деонтологічну культуру з урахуванням індивідуальних особливостей й індивідуально-значущих потреб.

Представляючи структуру деонтологічної діяльності, даний підхід дозволяє встановити причинно-наслідкові зв'язки на різних рівнях цієї діяльності й проникнути в сутність явищ, які визначають особливості формування культури. Крім того, компетентнісний підхід пояснює процес активного засвоєння знань і вмінь за допомогою мотивованого й цілеспрямованого вирішення завдань. Застосування компетентнісного підходу в нашому дослідженні дозволило розкрити зміст деонтологічної культури майбутнього лікаря.

Компетентнісний підхід до формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у нашому дослідженні реалізується за рахунок використання наступних методологічних принципів:

Принцип цілеспрямованого стимулювання особистості студента до деонтологічної діяльності. Суть даного принципу, який забезпечує формування деонтологічної культури особистості майбутнього лікаря, полягає в актуалізації генетично закладеної потреби людини в емпатії, спонукуваної до самовдосконалення й наступного професійно-етичного саморозвитку на основі сформованої стійкої мотивації, а також в орієнтації на побудову індивідуальної програми деонтологічної поведінки. Даний принцип ґрунтується на досягненні найвищого рівня деонтологічної культури особистості й орієнтує на індивідуальні особливості, потреби, мотиви особистості. Крім цього, принцип цілеспрямованого стимулювання студентів до деонтологічної діяльності передбачає надання активного педагогічного сприяння у формуванні деонтологічної культури особистості на основі рівноправних суб'єктних відносин.

Принцип рефлексії як механізму зворотного зв'язку в процесі формування деонтологічної культури особистості студента. Формування

деонтологічної культури особистості студента реалізується на основі принципу рефлексії, як здатності студента розмірковувати про свій професійно-етичний стан, свої дії й відносини, робити себе предметом розгляду (аналізу й оцінки) і практичного перетворення. Даний принцип ілюструє закономірність, в основі якої лежить розвиток особистісних (здатність до рефлексії, до прийняття рішень і відповідальності за їхній вибір) і діяльнісних (володіння вміннями й стратегіями деонтологічної діяльності) параметрів автономії.

Принцип інтегративності змісту навчання. Суть його пов'язана з посиленням міждисциплінарних зв'язків дисциплін у контексті формування деонтологічної культури особистості студента. Він передбачає реалізацію інтеграції курсу деонтологічної культури з дисциплінами спеціальної підготовки на основі виділення основних елементів змісту з метою формування деонтологічної культури особистості студентів медичного ВНЗ.

У нашому дослідженні ми застосовуємо як різновид компетентнісного підходу *інноваційний підхід*, заснований на організації навчально-виховного процесу й професійної підготовки майбутніх лікарів, здатних швидко реагувати на зміни, що їх диктує зовнішнє середовище й час, а саме впровадження нововведень, нових технологічних рішень, сучасних методик, які задовольняють потреби сучасної молоді, включаючи сучасні педагогічні технології для збільшення мотиваційно-ціннісного відношення до деонтологічної діяльності. Запорука ефективного формування деонтологічної культури особистості студента у ВНЗ полягає в тому, що воно повинне йти не тільки урівень із наростаючим технологічним прогресом в усіх сферах життєдіяльності людини, але й мати можливість до випередження його.

Принцип інноваційності передбачає доцільне здійснення нововведень і впровадження інновацій і нетрадиційних форм і методів навчання для формування деонтологічної культури особистості, орієнтованих на постійний динамічний розвиток, здатність до відновлення, відкритість новому. Формування деонтологічної культури особистості на основі принципу

інноваційності дозволить подолати розрив, який яскраво виражається з кожним роком між системою освіти й молоддю, якій необхідно адаптуватися до нових умов життя, а також освітнім установам відповідати стрімко мінливому життю темпами своїх внутрішніх змін. Він зобов'язує підходити до вивчення педагогічних явищ і професійно-педагогічної підготовки як до таких явищ, які перебувають у постійній зміні, як до моменту на траєкторії безперервного розвитку, що веде в майбутнє. Однією із основних вимог – пізнавати й організовувати педагогічний процес із урахуванням вимог часу.

Особистіно зорієнтований підхід – це методологічна орієнтація у професійній діяльності, яка дозволяє за допомогою опори на систему взаємозалежних понять, ідей і способів дій забезпечувати й підтримувати процеси самопізнання й самореалізації майбутнього лікаря, розвивати його неповторну індивідуальність.

Особистісно зорієнтований підхід спрямований на задоволення потреб і інтересів студентів у процесі формування їх деонтологічної культури. При використанні даного підходу викладач докладает основних зусиль не тільки для формування в студентів соціально-етичних типових властивостей, а для розвитку в кожному з них унікальних особистісних якостей. Застосування цього підходу передбачає перерозподіл суб'єктних повноважень у навчально-виховному процесі ВНЗ, що сприяє перетворенню суб'єктних відносин між викладачами й студентами.

До основних понять особистісно зорієнтованого підходу відносимо наступні:

- індивідуальність – неповторна своєрідність людини або групи, унікальна комбінація в них одиничних, особливих і загальних рис, що відрізняє їх від інших індивідів і людських товариств;
- особистість – постійно мінлива системна якість, що проявляється як стійка сукупність властивостей індивіда, яка характеризує соціальну сутність людини;

– самовираження – процес і результат розвитку й прояву індивідом властивих йому якостей і здібностей;

– суб'єкт – індивід або група, що володіють усвідомленою творчою активністю й свободою у пізнанні й перетворенні себе й навколишньої дійсності;

– суб'єктність – якість окремої людини або групи, що відбиває здатність бути індивідуальним або груповим суб'єктом, що виражається мірою володіння активністю й свободою у виборі й здійсненні діяльності;

– Я-концепція – усвідомлювана й переживана людиною система уявлень про саму себе, на основі якої вона будує свою життєдіяльність, взаємодію з іншими людьми, відносини до себе й до навколишніх.

Принципами особистісно зорієнтованого підходу при формуванні деонтологічної культури майбутніх лікарів виступають наступні:

Принцип самоактуалізації. У кожному студенті існує потреба в актуалізації своїх інтелектуальних, комунікативних, професійних здібностей. Важливо підтримати прагнення студентів до прояву й розвитку своїх природних і соціально придбаних можливостей.

Принцип індивідуальності. Створення умов для формування індивідуальності особистості студента є одним з головних завдань ВНЗ. Необхідно не тільки враховувати індивідуальні особливості студента, але й усіляко сприяти їхньому подальшому розвитку.

Принцип суб'єктності. Індивідуальність властива лише тій людині, яка реально має суб'єктні повноваження й уміло використовує їх у побудові діяльності, спілкуванні й відносинах. Слід допомогти студенту стати справжнім суб'єктом життєдіяльності в групі й ВНЗ, сприяти формуванню й збагаченню його суб'єктного досвіду. Міжсуб'єктний характер взаємодії повинен бути домінуючим у процесі виховання й навчання студентів.

Принцип вибору. Без вибору неможливий розвиток індивідуальності й суб'єктності, самоактуалізації здібностей студентів. Педагогічно доцільно, щоб студент жив, вчився й виховувався в умовах постійного вибору, мав

суб'єктні повноваження у виборі мети, змісту, форм і способів організації навчально-виховного процесу й життєдіяльності у ВНЗ.

Принцип довіри й підтримки. Рішуча відмова від ідеології й практики соціоцентричного за спрямованістю й авторитарного за характером навчально-виховного процесу, властивого педагогіці насильницького формування особистості студента.

У логіці **культурологічного підходу** різні аспекти сутності людини як суб'єкта культури – світогляд, свідомість, самосвідомість, духовність, моральність, творчість, навченість і т.д. – не проєктуються в якийсь одній моделі або теорії, але розуміються як грані цілісної культурної людини. Культурологічний підхід дає можливість розглядати формування деонтологічної культури як професійну підготовку на широкому загальнокультурному тлі, як компонент культури, який є провідним регулятором життєдіяльності студента, показником професійно-особистісного розвитку майбутнього лікаря. У даному контексті формування деонтологічної культури особистості студента медичного ВНЗ сприймається крізь призму культури, тобто як процес, здійснюваний у культуровідповідному педагогічному просторі й наповнений індивідуально-ціннісними змістами.

Культурологічний підхід до формування деонтологічної культури особистості, що має своєю підставою аксіологію, дає можливість розглядати деонтологічну культуру особистості як загальнолюдську цінність, яка є змістовною основою розвитку особистості й суспільства, а формування деонтологічної культури особистості як культурологічний процес, який розвертається в тісному взаємозв'язку із соціокультурним середовищем. При його виділенні в якості методологічної основи ми виходили з того, що освоєння культурних цінностей людиною відбувається в процесі освіти й виховання, який відбиває тенденції розвитку суспільства. При цьому людина є суб'єктом, творцем культури. Обрання культурологічного підходу дозволило виявити принципи, фактори й умови, що створюють сприятливе

професійно-етичне середовище для формування деонтологічної культури особистості майбутнього лікаря.

У рамках даного підходу в нашому дослідженні ми використовуємо наступні педагогічні принципи:

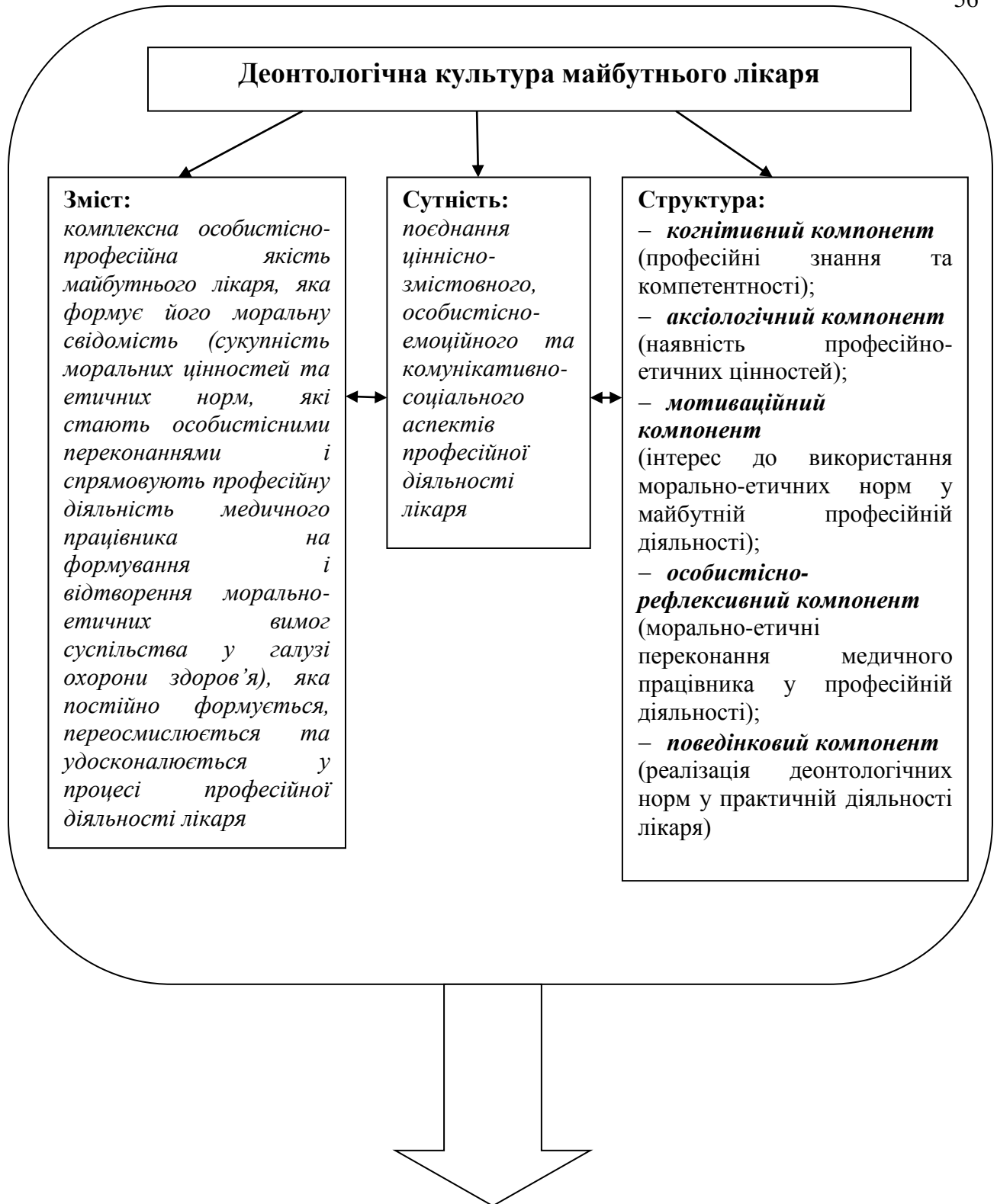
Принцип культуровідповідності передбачає, що всебічно розвинена особистість, включаючи її професійно-етичний розвиток, продукується як мета, як планований результат освіти й професійної підготовки майбутніх лікарів. У сучасній педагогіці принцип культуровідповідності розглядається як смислоформуюче поняття: це культуроемність змісту освітнього матеріалу; здатність освітнього процесу відбивати й виражати загальнолюдські й національні цінності в їхньому взаємозв'язку. Це культура застосування традиційних освітніх форм, відповідність культурним зразкам; а також впровадження інноваційних форм навчання, заснованих на ситуаціях діалогу, полілогу, вибору, рефлексії в процесі засвоєння культурних цінностей. Принцип культуровідповідності найтіснішим способом пов'язаний із принципом природовідповідності, тому що в процесі входження в світ культурних цінностей педагог обов'язково враховує особливості студентів, їх інтереси.

Принцип креативності. Реалізація даного принципу передбачає організацію особливої творчої взаємодії між суб'єктами освіти, створення системи ситуацій, у яких студент може виявити свою творчу активність через розвиток його інтересу до деонтологічної діяльності, формування почуття новизни й критичності в майбутній професійній діяльності.

Узагальнюючи вище наведені наукові розвідки, представимо сутнісно-структурні характеристики деонтологічної культури майбутніх лікарів на Рис. 1.1.

Отже, формування деонтологічної культури майбутніх лікарів розглядаємо як *невід'ємну частину навчально-виховного процесу медичного ВНЗ, в якому на основі використання наукових підходів (системний, компетентнісний, особистісно зорієнтований,*

культурологічний) та низки відповідних методологічних принципів організації навчання майбутні фахівці медичної галузі набувають необхідні їм у подальшій професійній діяльності деонтологічні знання, навички та вміння, розуміють деонтологічну культуру як особистісну професійно-моральну цінність, розкривають свій інтелектуальний, професійно-етичний потенціал, демонструють готовність до використання гуманістичних цінностей, етичних принципів, деонтологічних норм й правил у своїй практичній діяльності лікаря.



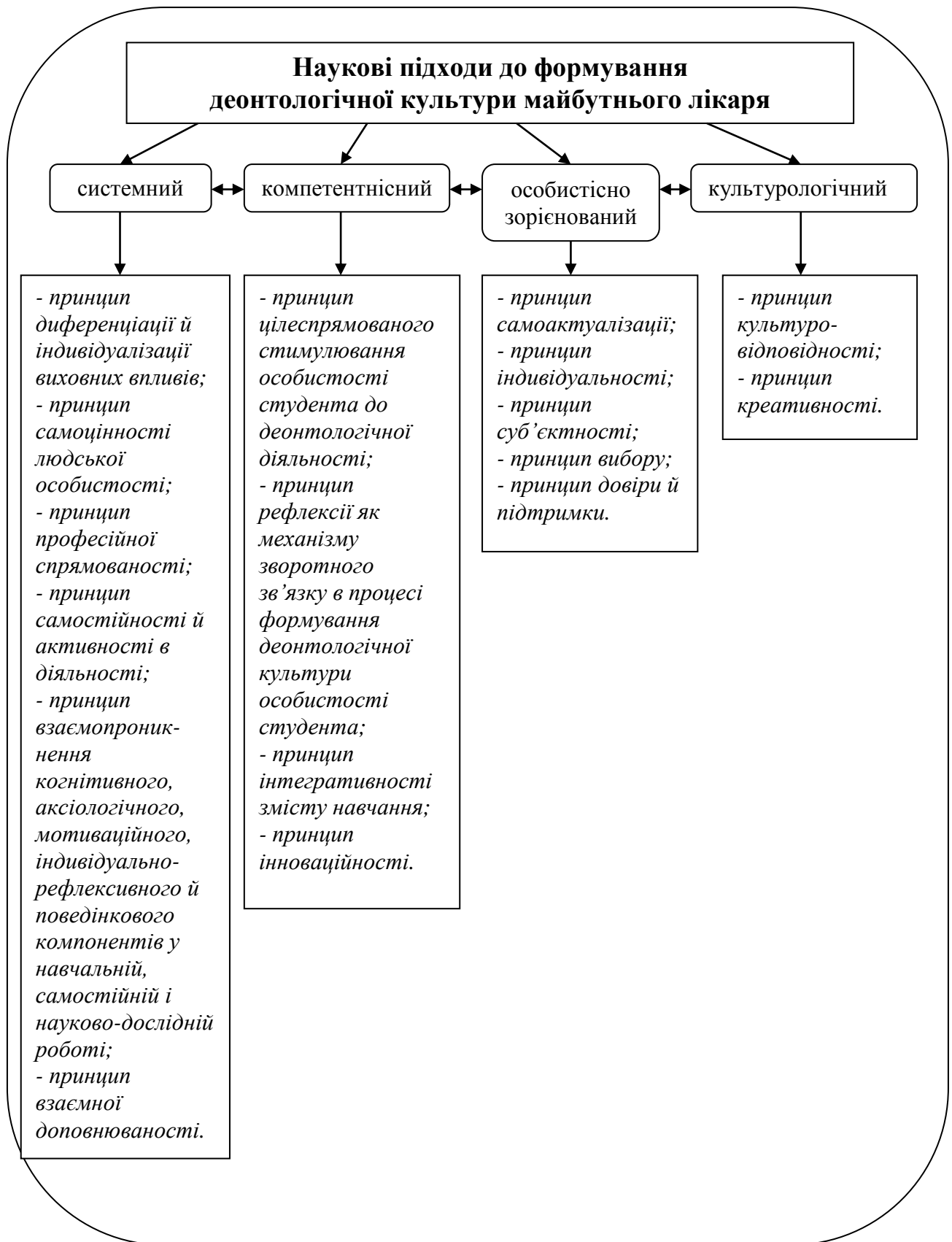


Рис. 1.1. Сутнісно-структурна характеристика деонтологічної культури майбутніх лікарів

1.3. Критерії, показники та рівні сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів

На початку проведення нашого дослідження нами було сформульовано робочу гіпотезу, яка полягала у припущенні про те, що формування деонтологічної культури у майбутніх лікарів буде ефективним, якщо у навчально-виховному процесі їх фахової підготовки у медичному ВНЗ будуть впроваджені наступні педагогічні умови:

а) інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок;

б) використання у процесі професійної підготовки студентів-медиків інноваційних інтерактивних форм та методів навчання, направлених на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності;

в) активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти з метою стимулювання мотиваційно-ціннісної складової деонтологічної культури майбутніх лікарів.

З метою перевірки гіпотези дослідження нами було підготовлено й проведено педагогічний експеримент, етапи та завдання якого представлені у Табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Структура педагогічного експерименту

Назва етапу	Завдання етапу	Основні методи дослідження	Отримані результати
Констатувальний	Вивчення літератури з проблеми дослідження. Діагностика рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів. Визначення стратегії педагогічного дослідження. Уточнення понятійного апарата дослідження. Підготовка студентів до проведення дослідно-експериментальної роботи.	Теоретичний аналіз літератури з проблеми дослідження. Спостереження. Анкетування. Тестування. Ранжирування. Інтерв'ювання. Узагальнення досвіду. Методи оцінки й самооцінки.	Визначені рівні сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів. Осмислені мета й зміст експериментальної роботи.

Формувальний	<p>1. Апробація теоретичних положень дослідження в освітньому процесі медичного ВНЗ.</p> <p>2. Перевірка ефективності розроблених педагогічних умов.</p> <p>3. Апробація спецкурсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”.</p>	<p>Теоретичний аналіз. Адаптація методик педагогічної діагностики відповідно до цілей дослідження. Моделювання педагогічних ситуацій.</p>	<p>У навчально-виховний процес ВНЗ впроваджено спецкурс „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”. Експериментально перевірені розроблені педагогічні умови, що сприяють ефективному формуванню досліджуваного явища.</p>
--------------	--	---	--

Оцінювально-результативний	Обробка результатів експерименту. Впровадження результатів дослідження в практику роботи медичного ВНЗ. Побудова доказів. Оформлення результатів дослідно-експериментальної роботи.	Методи математичної статистики. Таблична й діаграмна інтерпретація даних. Узагальнення даних педагогічного експерименту. Зіставний аналіз експериментальних даних.	Сформовані логічно несуперечливі, теоретично обґрунтовані висновки й положення дисертації. Експериментально підтвержені основні висновки й гіпотетичні положення.
----------------------------	--	---	--

Таким чином, організація експерименту здійснювалася нами відповідно до експериментального плану, який передбачає використання контрольної та експериментальних груп, і проведення вихідного та підсумкового тестування, а також серії проміжних зрізів, що дозволяло зафіксувати вихідні дані та відстежити динаміку змін у кожній групі.

Педагогічний експеримент, організований для визначення ефективності розроблених нами педагогічних умов, проходив у рамках навчально-виховного процесу Луганського державного медичного університету (м. Рубіжне), Івано-Франківського національного медичного університету (м. Івано-Франківськ), Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці). Всього експериментальному дослідженню прийняло участь 384 майбутніх лікарів із вище зазначених медичних ВНЗ.

Для здійснення педагогічного експерименту було сформовано дві групи: контрольна (КГ) і експериментальна (ЕГ). Загальна кількість студентів у ЕГ склала 195 осіб, до складу КГ увійшло 189 студентів.

До початку експерименту обрані групи знаходилися в однакових умовах, оскільки навчання та виховання в них регламентувалося однаковими програмами і здійснювалося за подібними навчальними планами медичних ВНЗ.

Крім складання експериментального плану, постановка педагогічного експерименту передбачала розробку його діагностичного апарата: визначення критеріїв, показників і рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів у вищих медичних навчальних закладах і вибір відповідних методів діагностики.

Словник-довідник з професійної педагогіки визначає поняття „критерій” (від грец. *kriterion* – здатність розрізняти) як ознаку, на основі якої проводиться оцінка, визначення або класифікація чого-небудь, мірило оцінки [237, с. 62].

Над проблемою критеріїв і показників психолого-педагогічних явищ та їх співвідношення працювало багато педагогів і психологів, зокрема Ю. Бабанський [14], А. Галімов [54], П. Городов [71], С. Максименко [156], В. Ягупов [284] та ін. Так, О. Барабанщиков дає декілька визначень поняття „критерій”:

- а) це показник, об’єктивний вияв чого-небудь;
- б) це психологічна установка діагноста;
- в) це мірило, тобто правило, яким треба користуватись при діагностуванні;
- г) це питання опитувальника, анкети, тесту тощо [15, с. 16].

Досить цікавою і найбільш повною, на нашу думку, є дефініція поняття „критерій”, що запропонована в дослідженні А. Галімова, який визначив, що „критерій виражає найзагальнішу сутнісну ознаку, на основі якої здійснюють оцінку, порівняння реальних педагогічних явищ, при цьому ступінь вияву, якісна сформованість, визначеність критерію виражаються в конкретних показниках, які характеризуються, у свою чергу, низкою ознак” [54, с. 115].

Критерій повинен бути розгорнутим, тобто включати в себе більш дрібні одиниці вимірювання, що дозволяють у реальній практиці „заміряти” дійсність у порівнянні з ідеалом. Такими одиницями є показники (ознаки). Показник (ознака) як компонент або складова критерію в цьому випадку є типовим і конкретним виявом однією з суттєвих сторін досліджуваного явища, процесу, за яким можна судити не тільки про його наявність, а й про рівень його розвитку.

Загалом застосування критеріїв і показників дає можливість отримати кількісні оцінки у певних одиницях виміру, у нашому випадку – рівні сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів. Під рівнями сформованості у педагогіці розуміють ступень прояву критеріїв за усіма можливими показниками [200, с. 183].

Ступінь сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ визначався нами за наступними критеріями:

1) Когнітивний – повнота й усвідомленість знань, відбитих у змісті когнітивного структурного компонента деонтологічної культури. Повнота знань нами визначалася як відношення засвоєного студентом обсягу деонтологічних знань до загального обсягу інформації, запропонованого до вивчення. Усвідомленість знань визначалася як ступінь їх засвоєння: репродукція (механічне заучування й відтворення без пояснення), розуміння й прийняття (осмислене запам’ятовування, вільний виклад, переконаність в істинності знання), застосування й творчість (розуміння практичного значення знань, збагачення знань власними міркуваннями, досвідом).

Оцінка знань здійснювалася в процесі поточного й підсумкового контролю за допомогою письмового або усного опитувань, анкетування та тестування на основі традиційних вимог щодо знань студентів.

2) Мотиваційно-ціннісний – інтеріоризованість цінностей, виразність інтересів і мотивів, представлених у змісті аксіологічного, мотиваційного та особистісно-рефлексивного компонентів деонтологічної культури. Ступінь

інтеріоризованості цінностей деонтології могла варіюватися: цінності могли не визнаватися значущими, могла теоретично визнаватися їхня соціальна значущість й відкидатися (повністю або частково) особистісна важливість, нарешті, ці цінності могли усвідомлюватися як особистісно значущі для життя в суспільстві й ефективної професійної діяльності майбутнього лікаря. Контекстні інтереси могли бути відсутніми у мотиваційній сфері студента, могли проявлятися ситуативно, детермінуючи прагнення до певних дій і поведінки, і могли міцно займати провідні позиції в ієрархії мотивів поведінки й діяльності майбутнього лікаря.

Оцінка мотиваційно-ціннісної сфери студентів здійснювалася за допомогою анкетування й тестування, а також у процесі індивідуальних і колективних бесід.

3) Діяльнісний – активність і успішність (продуктивність) деонтологічної поведінки. Активність визначалася обсягом (інтенсивністю) деонтологічної взаємодії (у загально-соціальному або професійному аспектах), рівнем ініціативи й самостійності. За даним критерієм студенти могли характеризуватися пасивністю (відсутність ініціативи, неучасть у деонтологічній взаємодії), змушеною активністю (участь ситуативно й детермінована зовнішніми обставинами, ініціатива відсутня) або творчою активністю (внутрішньо мотивоване, добровільна участь у деонтологічній діяльності, прояв ініціативи щодо організації деонтологічної взаємодії). Успішність дій визначалася за ступенем досягнення запланованих результатів деонтологічної культури – від невдалих дій до дій, що призводять до повноцінного досягнення поставлених цілей.

Найбільш адекватним способом оцінки розглянутої складової деонтологічної культури майбутніх лікарів був кількісно-якісний аналіз діяльності й поведінки студентів, а також результатів цих дій, здійснюваних за допомогою педагогічного спостереження.

Повноцінне освоєння студентами всієї сукупності деонтологічних знань і вмінь, цінностей і мотивів поведінки, стратегій поведінки й діяльності

повинні свідчити про сформованість у майбутніх лікарів деонтологічної культури.

Основним критерієм ефективності розроблених нами педагогічних умов виступає просування студента на більш високий рівень сформованості деонтологічної культури, у прояві якої ми виділяємо три рівні:

- низький,
- середній,
- високий.

Показниками сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за когнітивним критерієм у нашому дослідженні виступають такі:

- наявність системи деонтологічних медичних знань, необхідних для здійснення професійної діяльності;
- знання моральних, етико-деонтологічних принципів медичної діяльності;
- знання нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність лікаря.

До показників сформованості досліджуваного явища за мотиваційно-ціннісним критерієм ми відносимо наступні:

- професійна спрямованість особистості;
- орієнтація на гуманістичні цінності;
- мотивація до виконання професійного обов'язку;
- розвиток й проявлення особистісних деонтологічно значущих якостей;
- рефлексія передового професійного досвіду представників лікарського співтовариства;
- рефлексія конкретної професійної ситуації з фіксацією проблеми й способів її розв'язку.

Показниками сформованості деонтологічної культури майбутнього лікаря за діяльнісним критерієм є:

- уміння усвідомлено виконувати професійний обов'язок відповідно до кваліфікаційних вимог і професійно-етичного кодексу лікаря;
- уміння виявляти деонтологічні труднощі й знаходити ефективні способи їх подолання у професійній діяльності;
- уміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування.

У таблицях 1.2, 1.3 та 1.4 представлені рівневі характеристики показників сформованості деонтологічної культури у майбутніх лікарів за відповідними критеріями.

Таблиця 1.2

Рівнева характеристика показників сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за когнітивним критерієм

Рівень	Показники
Високий	<ul style="list-style-type: none"> - у студента сформована чітка система деонтологічних медичних знань, необхідних для здійснення подальшої професійної діяльності; - знання моральних, етико-деонтологічних принципів медичної діяльності мають цілісний та ґрунтовний характер; - студент має міцні знання нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність лікаря.
Середній	<ul style="list-style-type: none"> - знання з медичної деонтології, необхідні для здійснення професійної діяльності лікаря, у студента є несистемними або поверховими; - студент обізнаний з деякими моральними та етико-деонтологічними принципами медичної діяльності, проте ці знання не відрізняються необхідною цілісністю та глибиною; - студент знайомий із змістом більшості нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність.

Низький	<ul style="list-style-type: none"> – знання у галузі медичної деонтології є уривчастими, часто помилковими, а іноді й зовсім відсутні; – студент не має розуміння моральних та етико-деонтологічних принципів медичної діяльності; – знання нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність лікаря, є несистемними, неглибокими, іноді майже відсутніми.
---------	---

Таблиця 1.3

Рівнева характеристика показників сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за мотиваційно-ціннісним критерієм

Рівень	Показники
Високий	<ul style="list-style-type: none"> – у процесі свого навчання й виховання студент постійно демонструє професійну спрямованість особистості, він отримує деонтологічні знання, набуває професійні уміння та навички з метою їх використання у своїй подальшій лікарській діяльності; – у своїй навчальній діяльності студент чітко орієнтується на гуманістичні цінності лікарської професії; – студент має чітко виражену мотивацію до професійного обов’язку лікаря; – у студента розвинуті й постійно проявляються особистісні деонтологічно значущі якості: високий рівень професіоналізму, почуття відповідальності, принциповість, законослухняність, толерантність, здатність до співчуття тощо; – студент розуміє деонтологічну культуру як особистісну професійно-значущу якість; – вивчення передового професійного досвіду представників лікарського співтовариства викликає в нього великий інтерес; – студент проявляє здатність до аналізу конкретної професійної

	ситуації деонтологічного характеру з фіксацією проблеми й способів її розв'язку.
Середній	<ul style="list-style-type: none"> – професійна спрямованість особистості студента у процесі навчання та виховання має непостійний характер; – гуманістичні цінності у лікарській діяльності відзначаються студентом як важливі; – мотивація до професійного обов'язку лікаря не є чітко вираженою; – у студента сформовані окремі особистісні деонтологічно значущі якості, проте вони не завжди проявляються у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ; – студент розуміє професійну значущість деонтологічної культури, проте не вважає її особистісно важливою; – студент вивчає передовий професійний досвід представників лікарського співтовариства несистемно й немотивовано; – здатність до аналізу конкретної професійної ситуації деонтологічного характеру з фіксацією проблеми й способів її розв'язку є недостатньо сформованою.
Низький	<ul style="list-style-type: none"> – професійна спрямованість студента у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ не є вираженою; – студент не розуміє важливість гуманістичних цінностей у лікарській діяльності; – студент не демонструє мотивації до виконання професійного обов'язку лікаря; – деонтологічно значущі особистісні якості в нього є майже несформованими; – студент не розуміє професійну значущість деонтологічної культури у своїй подальшій професійній діяльності; – вивчення передового професійного досвіду представників

<p>лікарського співтовариства не викликає у студента особливого інтересу;</p> <p>– студент не володіє здатністю до аналізу конкретної професійної ситуації деонтологічного характеру з фіксацією проблеми й способів її розв’язку.</p>
--

Таблиця 1.4

Рівнева характеристика показників сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за діяльнісним критерієм

Рівень	Показники
Високий	<p>– у студента сформовані уміння усвідомлено виконувати професійний обов’язок відповідно до кваліфікаційних вимог і професійно-етичного кодексу лікаря;</p> <p>– студент демонструє уміння виявляти деонтологічні труднощі й знаходити ефективні способи їх подолання у професійній діяльності;</p> <p>– вміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування є розвинутими.</p>
Середній	<p>– уміння усвідомлено виконувати професійний обов’язок відповідно до кваліфікаційних вимог і професійно-етичного кодексу лікаря є недостатньо вираженими;</p> <p>– студент вміє виявляти деонтологічні труднощі, проте не завжди знаходить ефективні способи їх подолання у професійній діяльності;</p> <p>– вміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування є недосконалими.</p>
Низький	<p>– у студента відсутні повністю або частково уміння</p>

<p>усвідомлено виконувати професійний обов'язок відповідно до кваліфікаційних вимог і професійно-етичного кодексу лікаря;</p> <p>– студент не вміє виявляти деонтологічні труднощі та знаходити ефективні способи їх подолання у професійній діяльності;</p> <p>– потребують суттєвого вдосконалення вміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування.</p>

Узагальнена рівнева характеристика показників сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів наведена у Табл. 1.5.

Таблиця 1.5

Узагальнена рівнева характеристика показників сформованості деонтологічної культури у майбутніх лікарів

Рівень	Показники
Високий	<p>У студента сформована чітка система деонтологічних медичних знань, необхідних для здійснення подальшої професійної діяльності; його знання моральних, етико-деонтологічних принципів медичної діяльності мають цілісний та ґрунтовний характер; він має міцні знання нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність лікаря.</p> <p>У процесі свого навчання й виховання студент постійно демонструє професійну спрямованість особистості, він отримує деонтологічні знання, набуває професійні уміння та навички з метою їх використання у своїй подальшій лікарській діяльності; у навчальній діяльності він чітко орієнтується на гуманістичні цінності лікарської професії; має чітко виражену мотивацію до професійного обов'язку лікаря; в нього розвинуті й постійно</p>

	<p>проявляються особистісні деонтологічно значущі якості: високий рівень професіоналізму, почуття відповідальності, принциповість, законослухняність, толерантність, здатність до співчуття тощо; він розуміє деонтологічну культуру як особистісну професійно-значущу якість; вивчення передового професійного досвіду представників лікарського співтовариства викликає в нього великий інтерес; він проявляє здатність до аналізу конкретної професійної ситуації деонтологічного характеру з фіксацією проблеми й способів її розв'язку.</p> <p>У студента сформовані уміння усвідомлено виконувати професійний обов'язок відповідно до кваліфікаційних вимог і професійно-етичного кодексу лікаря; він демонструє уміння виявляти деонтологічні труднощі й знаходити ефективні способи їх подолання у професійній діяльності; його вміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування є розвинутими.</p>
Середній	<p>Знання з медичної деонтології, необхідні для здійснення професійної діяльності лікаря, у студента є несистемними або поверховими; він обізнаний з деякими моральними та етико-деонтологічними принципами медичної діяльності, проте ці знання не відрізняються необхідній цілісністю та глибиною; він знайомий із змістом більшості нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність.</p> <p>Професійна спрямованість особистості студента у процесі навчання та виховання має непостійний характер; гуманістичні цінності у лікарській діяльності відзначаються ним як важливі; мотивація до професійного обов'язку лікаря не є чітко вираженою; в нього сформовані окремі особистісні деонтологічно значущі якості, проте вони не завжди проявляються у навчально-</p>

	<p>виховному процесі медичного ВНЗ; він розуміє професійну значущість деонтологічної культури, проте не вважає її особистісно важливою; він вивчає передовий професійний досвід представників лікарського співтовариства несистемно й невмотивовано; його здатність до аналізу конкретної професійної ситуації деонтологічного характеру з фіксацією проблеми й способів її розв'язку є недостатньо сформованою.</p> <p>Уміння усвідомлено виконувати професійний обов'язок відповідно до кваліфікаційних вимог і професійно-етичного кодексу лікаря у студента є недостатньо вираженими; він вміє виявляти деонтологічні труднощі, проте не завжди знаходить ефективні способи їх подолання у професійній діяльності; його вміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування є недосконалими.</p>
Низький	<p>Знання студента у галузі медичної деонтології є уривчастими, часто помилковими, а іноді й зовсім відсутні; він не має розуміння моральних та етико-деонтологічних принципів медичної діяльності; його знання нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність лікаря, є несистемними, неглибокими, іноді майже відсутніми.</p> <p>Професійна спрямованість студента у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ не є вираженою; він не розуміє важливість гуманістичних цінностей у лікарській діяльності; він не демонструє мотивації до виконання професійного обов'язку лікаря; деонтологічно значущі особистісні якості в нього є майже несформованими; він не розуміє професійну значущість деонтологічної культури у своїй подальшій професійній діяльності; вивчення передового професійного досвіду</p>

	<p>представників лікарського співтовариства не викликає в нього особливого інтересу; він не володіє здатністю до аналізу конкретної професійної ситуації деонтологічного характеру з фіксацією проблеми й способів її розв'язку.</p> <p>У студента відсутні повністю або частково уміння усвідомлено виконувати професійний обов'язок відповідно до кваліфікаційних вимог і професійно-етичного кодексу лікаря; він не вміє виявляти деонтологічні труднощі та знаходити ефективні способи їх подолання у професійній діяльності; потребують суттєвого вдосконалення його вміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування.</p>
--	--

Отже, зафіксовані поліпшення в прояві зазначених показників будуть розцінюватися нами як позитивний результат реалізації педагогічних умов формування деонтологічної культури у майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ, а також як підтвердження істинності теоретичних висновків, отриманих у ході проведеного нами дослідження.

Для діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутнього лікаря нами була розроблена анкети та тести (Додатки А, Б, В, Г, Д). При складанні анкет ми прагнули, щоб вони мала характер своєрідної співбесіди зі студентом з найбільш важливих питань, що відносяться до деонтологічної культури, були безпосередньо пов'язані з його майбутньою професійною діяльністю. Із цією метою більша частина питань і завдань була складена таким чином, щоб не тільки оцінити знання, ерудицію респондентів, але й надати їм можливість висловити власні думки з різних проблем деонтологічного контексту професійної діяльності в сучасних умовах. Одночасно ми ставили мету звести обсяг анкет до мінімуму, зробити їх компактним й зручним для роботи. Зміст анкет дозволяв використовувати показники всіх трьох критеріїв оцінки деонтологічної культури.

Анкети містили питання відкритого й закритого типів, у яких використовувалися прийоми „багатоступінчастого вибору”, „незакінченого речення”, „протилежних відповідей”, „постановки в ситуацію із прихованими можливостями”. Для більшої вірогідності результатів анкетування респондентів проводилося анонімно. Залежно від набраної респондентом суми балів ступінь сформованості його деонтологічної культури оцінювався як відповідний одному із трьох виділених нами рівнів: низькому, середньому, високому. Нагадаємо в цьому зв'язку, що під рівнем ми розуміємо „дискретний, відносно стійкий, якісно своєрідний стан досліджуваного об'єкта” [201, с. 115].

У ході проведення анкетування та тестування треба було з'ясувати:

1) розуміння значимості формування й самовиховання деонтологічної культури з боку студентів – майбутніх лікарів;

2) практичний стан сформованості деонтологічної культури.

Для відповіді на ці питання належало експериментальним шляхом визначити:

– розуміння студентами терміна „деонтологічна культура майбутнього лікаря”;

– відношення студентів до проблеми формування деонтологічної культури й розуміння її значення для професіоналізму лікаря;

– ступінь сформованості деонтологічної культури студентів медичних ВНЗ;

– ступінь задоволеності студентів своїм рівнем деонтологічної культури.

Оскільки поняття „деонтологічна культура майбутнього лікаря” не знаходить однозначного тлумачення в сучасній дослідницькій літературі, ми визнали доцільним включити в анкету питання про визначення сутності деонтологічної культури. Учасникам експерименту було запропоновано дати визначення поняття „деонтологічна культура майбутнього лікаря”, щоб подивитися, який зміст вкладають вони в дане поняття.

У якості типових відповідей можна виділити наступні визначення деонтологічної культури, дані студентами:

1) „наявність знань в галузі культури й використання цих знань у практичній діяльності лікаря” – 22,56% в ЕГ та 25,93% в КГ;

2) „рівень розвитку загальної культури, необхідний для успішного здійснення професійної діяльності у медичній галузі” – 18,46% в ЕГ та 16,40% в КГ;

3) „поінформованість у питаннях загальної культури” – 44,10% в ЕГ та 49,21% в КГ;

4) „важко відповісти” – 12,82% в ЕГ та 10,05% в КГ.

Більшість респондентів в обох групах (88,21% в ЕГ та 79,89% в КГ) відзначили, що в діючих вузівських підручниках „дане поняття практично не зустрічається” і тому вони не змогли назвати (або назвали помилково), хто із учених займається проблемою формування деонтологічної культури майбутніх фахівців медичної сфери.

Багато студентів ототожнювали деонтологічну культуру або із загальною культурою лікаря (46,15% в ЕГ та 34,92% в КГ), або із простою наявністю знань в галузі медицини (33,85% в ЕГ та 40,74% в КГ), недооцінюючи в такий спосіб значимість інших компонентів деонтологічної культури.

Отже, у ході анкетування з'ясувалося, що переважна більшість опитаних студентів (84,10% в ЕГ та 79,37% в КГ) не змогли дати чіткого визначення поняття „деонтологічна культура майбутнього лікаря”, 15,90% студентів ЕГ та 18,52% в КГ або дали невірне тлумачення, або взагалі ухилилися від відповіді.

Студенти утруднялися у виділенні сутнісних характеристик, включали в це поняття більшість запропонованих в анкеті та тестах варіантів відповіді, відзначаючи при цьому, що для них „складно виділити пріоритетність яких-небудь характеристик”.

Звертаємо увагу на те, що лише кожен 10-й із студентів в ЕГ та КГ (9,74% та 10,05% відповідно) спромоглися знайти правильні відповіді на тестові завдання, які стосувалися правового забезпечення професійної діяльності лікаря у контексті його деонтологічної культури.

У цілому, лише 18,46% студентів в ЕГ та 19,05% у КГ змогли знайти правильні відповіді більш, ніж на 75% питань у тестових завданнях, у той час як 51,28% респондентів в ЕГ та 52,91% у КГ відповіли невірно (або ухилилися від відповіді) більш, ніж на 50% поставлених питань.

За результатами проведеного анкетування та тестування можна зробити наступний висновок: студенти розуміють залежність успіху професійної діяльності від рівня сформованості деонтологічної культури: відсутність зв'язку між цими явищами відзначило лише 2,56% в ЕГ та 3,17% в КГ. Основна маса (72,31% в ЕГ та 68,25% в КГ) відзначила значний ступінь взаємозв'язку деонтологічної культури й професіоналізму лікаря, 6,15% в ЕГ та 8,47% в КГ – малий зв'язок, 19,49% в ЕГ та 22,22% в КГ – середній ступінь цієї залежності. Таким чином, більшість респондентів (91,28% в ЕГ та 92,06% в КГ) визнають значимість деонтологічної культури студента для його майбутньої професійної діяльності як лікаря.

У ході проведення констатувального етапу експерименту виявлена характерна риса: багато студентів не прагнуть до особистісного самовдосконалення, не відчують потребу у формуванні й самовихованні своєї деонтологічної культури, а залишаються споживачами навчального матеріалу, що поставляється викладачами, не виходячи за рамки програми.

Отже, на основі аналізу результатів проведеного анкетування й тестування, а також з урахуванням результатів поточного й підсумкового контролю знань студентів за допомогою письмового та усного опитувань, тестування на основі традиційних вимог щодо знань студентів, індивідуальних і колективних бесід, кількісно-якісного аналізу діяльності й поведінки студентів, а також результатів цих дій, здійснюваних за допомогою педагогічного спостереження, було виявлено рівні сформованості

деонтологічної культури майбутніх лікарів за відповідними критеріями, які представлено у таблицях 1.6, 1.7 та 1.8.

Таблиця 1.6

Розподіл студентів за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за когнітивним критерієм на констатувальному етапі експериментального дослідження

Рівень	ЕГ		КГ	
	чол.	%	чол.	%
Високий	15	7,69	13	6,88
Середній	40	20,51	45	23,81
Низький	140	71,79	131	69,31

Як бачимо з наведеної таблиці, переважна більшість студентів продемонстрували низький рівень сформованості деонтологічної культури за когнітивним критерієм на констатувальному етапі експерименту в обох групах – 71,79% в ЕГ та 69,31% у КГ. За результатами проведеної діагностики біля чверті студентів – 20,51% в ЕГ та 23,81% у КГ – перебували на середньому рівні сформованості деонтологічної культури за даним критерієм, і лише 7,69% студентів ЕГ та 6,88% студентів КГ було нами оцінено як такі, що мають високий рівень сформованості деонтологічної культури за когнітивним критерієм.

Таблиця 1.7

Розподіл студентів за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за мотиваційно-ціннісним критерієм на констатувальному етапі експериментального дослідження

Рівень	ЕГ		КГ	
	чол.	%	чол.	%
Високий	19	9,74	15	7,94
Середній	49	25,13	54	28,57
Низький	127	65,13	120	63,49

Дані, представлені у Табл. 1.7 свідчать про те, що більшість студентів ЕГ та КГ – 65,13% та 63,49% відповідно – показали низький рівень сформованості деонтологічної культури за мотиваційно-ціннісним критерієм. Майже кожен четвертий студент з тих, хто брав участь в експерименті (25,13% в ЕГ та 28,57% у КГ) перебували на середньому рівні сформованості деонтологічної культури за даним критерієм, у той час як лише 9,74% студентів ЕГ та 7,94% у КГ продемонстрували високий рівень сформованості деонтологічної культури за мотиваційно-ціннісним критерієм на констатувальному етапі експерименту.

Таблиця 1.8

Розподіл студентів за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за діяльнісним критерієм на констатувальному етапі експериментального дослідження

Рівень	ЕГ		КГ	
	чол.	%	чол.	%
Високий	14	7,18	18	9,52
Середній	57	29,23	53	28,04
Низький	124	63,59	118	62,43

Результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за діяльнісним критерієм також свідчать, що переважна більшість студентів в обох групах мали низький рівень – 63,59% в ЕГ та 62,43% у КГ. Менше третини студентів в ЕГ та КГ спромоглися продемонструвати середній рівень сформованості деонтологічної культури за даним критерієм – 29,23% в ЕГ та 28,04% у КГ. На високому рівні сформованості деонтологічної культури за діяльнісним критерієм на констатувальному етапі експерименту перебували лише 7,18% студентів ЕГ та 9,52% студентів КГ.

Підсумкові результати попередньої оцінки загального рівня сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів представлені в Табл. 1.9, які розраховувались за такою формулою:

$$\frac{K_1 + K_2 + K_3}{3},$$

де K_1 – результати діагностики за когнітивним критерієм,

K_2 – результати діагностики за мотиваційно-ціннісним критерієм,

K_3 – результати діагностики за діяльнісним критерієм.

Таблиця 1.9

Розподіл студентів за рівнями сформованості деонтологічної культури у цілому на констатувальному етапі експериментального дослідження

Рівень	ЕГ		КГ	
	чол.	%	чол.	%
Високий	16	8,21	15	7,94
Середній	49	25,13	51	26,98
Низький	130	66,66	123	65,08

Отримані кількісні дані щодо сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів у результаті проведення констатувального етапу експерименту свідчать про наступні вади у сформованості досліджуваного явища у якісному відношенні:

– відсутність міцних та системних знань у галузі медичної деонтології у переважної частини студентів медичних ВНЗ, які брали участь в експерименті;

– необхідність суттєвого покращення мотивації до формування й самовиховання деонтологічної культури у студентів медичних ВНЗ;

– необхідність формування деонтологічних вмінь та навичок, які знадобляться студентам у подальшій професійній діяльності лікаря.

Статистична вірогідність отриманих результатів у ході проведення констатувального етапу експерименту була нами перевірена за допомогою критерію Пірсона χ^2 . Було визначено, що у разі, якщо отримане значення χ^2 буде меншим за критичне значення, то розбіжності між розподілами будуть вважатися статистично недостовірними (гіпотеза H_0). Якщо ж отримане значення χ^2 буде рівнятися критичному значенню або перевищувати його, то розбіжності між розподілами будуть вважатися статистично достовірними (гіпотеза H_1).

Спочатку за допомогою автоматичного розрахунку критерію Пірсона [3] ми отримали значення χ^2 для визначення статистичної вірогідності результатів діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів в ЕГ та КГ. Отримані дані представлено у Табл. 1.10.

Було виконано:

- 1) Розрахунки теоретичної частоти (f_T);
- 2) Підрахована різниця між емпіричною й теоретичною частотою за кожним рівнем;
- 3) Визначено число ступенів свободи. Внесено поправку на „безперервність” (якщо $v = 1$);

- 4) Отримані різниці зведені у квадрат;
- 5) Отримані квадрати різниць розділені на теоретичну частоту (остання колонка);
- 6) Отримана сума є $\chi^2_{\text{емп}}$.

Таблиця 1.10

Статистична вірогідність результатів діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів в ЕГ та КГ на констатувальному етапі експерименту

№	Емпір. частота	Теор. частота	$(f_e - f_T)$	$(f_e - f_T)^2$	$(f_e - f_T)^2/f_T$
Високий рівень ЕГ	8.21	8.08	0.13	0.02	0.002
Високий рівень КГ	7.94	8.08	-0.14	0.02	0.002
Середній рівень ЕГ	25.13	26.06	-0.93	0.86	0.033
Середній рівень КГ	26.98	26.06	0.92	0.85	0.033
Низький рівень ЕГ	66.66	65.87	0.789	0.62	0.009
Низький рівень КГ	65.08	65.87	-0.790	0.62	0.009
Суми	200	200	-	-	0.088

Результат: $\chi^2_{\text{емп}} = 0.088$

Критичні значення χ^2 при $v=2$

v	p	
	0.05	0.01
2	5.991	9.21

Отримане значення $\chi^2_{\text{емп}}$ (0,088) менше критичних значень (5,991 та 9,21), а отже, розбіжності між розподілами статистично не є вірогідними (гіпотеза H_0). Це означає, що на констатувальному етапі експерименту результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури студентів медичних ВНЗ в ЕГ та КГ не мали статистично вірогідних розбіжностей, тобто студенти в обох групах продемонстрували однакові (такі, що не мають статистичних розбіжностей) рівні сформованості досліджуваного явища.

Проаналізувавши кількісні та якісні дані, отримані в ході констатувального етапу експерименту, ми зробили наступні висновки:

1. Вихідний рівень деонтологічної культури студентів – майбутніх лікарів – показаний ними в освітньому процесі медичного ВНЗ, є недостатнім і вимагає цілеспрямованого формування й удосконалювання.

2. Осмислення отриманої інформації дозволило нам констатувати, що, якщо формування деонтологічної культури майбутніх лікарів не здійснюється цілеспрямовано у навчально-виховному процесі, то стихійне становлення цієї важливої професійно-особистісної якості в педагогічній практиці медичного ВНЗ відбувається неефективно й повільно; отже, цей процес слід направляти й удосконалювати.

3. Серед умов, які сприяють ефективному формуванню деонтологічної культури майбутніх лікарів, нами виділені, насамперед, інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок; використання у процесі професійної підготовки студентів-медиків інноваційних

інтерактивних форм та методів навчання, направлених на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності; активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти з метою стимулювання мотиваційно-ціннісної складової деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Таким чином, результати констатувального етапу експерименту в цілому підтвердили наше припущення про необхідність пошуку й реалізації в освітньому процесі медичного ВНЗ педагогічних умов, що сприятимуть успішному формуванню деонтологічної культури майбутніх лікарів. Обґрунтуванню цих педагогічних умов, опису їх реалізації у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ і аналізу результатів експериментальної роботи й буде присвячений наступний розділ нашого дисертаційного дослідження.

Висновки до першого розділу

На основі аналізу психолого-педагогічної та науково-методичної літератури з теми дослідження було встановлено, що проблеми формування деонтологічної культури у студентів вищих навчальних закладів у цілому та майбутніх фахівців медичної галузі зокрема є предметом аналізу багатьох сучасних досліджень з теорії та практики фахового навчання як в Україні, так й за кордоном. У своїх дослідженнях вчені наголошують на необхідності пошуку шляхів підвищення якості професійно-етичної та деонтологічної підготовки майбутніх лікарів у сучасних умовах, що обумовлено особливою актуальністю та соціальною значущістю етико-деонтологічних проблем, пов'язаних зі встановленням довірчих стосунків із пацієнтами, доброзичливих професійних відносин з колегами, партнерством і командною роботою, культурою спілкування, знанням своїх професійних обов'язків та їх належним виконанням у професійній медичній діяльності.

На основі теоретичного аналізу проблеми дослідження було визначено сутність та структуру деонтологічної культури майбутніх лікарів. Під деонтологічною культурою розуміємо таку комплексну особистісно-професійну якість майбутнього лікаря, яка формує його моральну свідомість (сукупність моральних цінностей та етичних норм, які стають особистісними переконаннями і спрямовують професійну діяльність медичного працівника на формування і відтворення морально-етичних вимог суспільства у галузі охорони здоров'я), яка постійно формується, переосмислюється та удосконалюється у процесі професійної діяльності лікаря.

Сутність деонтологічної культури майбутнього лікаря полягає у поєднанні ціннісно-змістовного, особистісно-емоційного та комунікативно-соціального аспектів професійної діяльності лікаря.

У структурі деонтологічної культури майбутнього лікаря було виокремлено наступні компоненти:

- когнітивний (професійні знання та компетентності),
- аксіологічний (наявність професійно-етичних цінностей),
- мотиваційний (інтерес до використання морально-етичних норм у майбутній професійній діяльності),
- особистісно-рефлексивний (морально-етичні переконання медичного працівника у професійній діяльності),
- поведінковий (реалізація деонтологічних норм у практичній діяльності лікаря).

Формування деонтологічної культури майбутніх лікарів розглядаємо як невід'ємну частину навчально-виховного процесу медичного ВНЗ, в якому на основі використання наукових підходів (системний, компетентнісний, особистісно зорієнтований, культурологічний) та низки відповідних методологічних принципів організації навчання майбутні фахівці медичної галузі набувають необхідні їм у подальшій професійній діяльності деонтологічні знання, навички та вміння, розуміють деонтологічну культуру як особистісну професійно-моральну цінність, розкривають свій

інтелектуальний, професійно-етичний потенціал, демонструють готовність до використання гуманістичних цінностей, етичних принципів, деонтологічних норм й правил у своїй практичній діяльності лікаря.

З метою перевірки гіпотези дослідження нами було підготовлено й розроблено план педагогічного експерименту із визначенням його відповідних етапів та конкретних завдань.

Для здійснення педагогічного експерименту були сформовано дві групи: контрольна й експериментальна. Загальна кількість студентів у ЕГ склала 195 осіб, до складу КГ увійшло 189 студентів.

Ступінь сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ визначався нами за наступними критеріями:

1) Когнітивний – повнота й усвідомленість знань, відбитих у змісті когнітивного структурного компонента деонтологічної культури. Повнота знань нами визначалася як відношення засвоєного студентом обсягу деонтологічних знань до загального обсягу інформації, запропонованого до вивчення. Усвідомленість знань визначалася як ступінь їх засвоєння: репродукція (механічне завчання й відтворення без пояснення), розуміння й прийняття (осмислене запам'ятовування, вільний виклад, переконаність в істинності знання), застосування й творчість (розуміння практичного значення знань, збагачення знань власними міркуваннями, досвідом).

Оцінка знань здійснювалася в процесі поточного й підсумкового контролю за допомогою письмового або усного опитувань, анкетування та тестування на основі традиційних вимог щодо знань студентів.

2) Мотиваційно-ціннісний – інтеріоризованість цінностей, виразність інтересів і мотивів, представлених у змісті аксіологічного, мотиваційного та особистісно-рефлексивного компонентів деонтологічної культури. Ступінь інтеріоризованості цінностей деонтології могла варіюватися: цінності могли не визнаватися значущими, могла теоретично визнаватися їхня соціальна значущість й відкидатися (повністю або частково) особистісна важливість,

нарешті, ці цінності могли усвідомлюватися як особистісно значущі для життя в суспільстві й ефективної професійної діяльності майбутнього лікаря. Контекстні інтереси могли бути відсутніми у мотиваційній сфері студента, могли проявлятися ситуативно, детермінуючи прагнення до певних дій і поведінки, і могли міцно займати провідні позиції в ієрархії мотивів поведінки й діяльності майбутнього лікаря.

Оцінка мотиваційно-ціннісної сфери студентів здійснювалася за допомогою анкетування й тестування, а також у процесі індивідуальних і колективних бесід.

3) Діяльнісний – активність і успішність (продуктивність) деонтологічної поведінки. Активність визначалася обсягом (інтенсивністю) деонтологічної взаємодії (у загально-соціальному або професійному аспектах), рівнем ініціативи й самостійності. За даним критерієм студенти могли характеризуватися пасивністю (відсутність ініціативи, неучасть у деонтологічній взаємодії), змушеною активністю (участь ситуативно й детермінована зовнішніми обставинами, ініціатива відсутня) або творчою активністю (внутрішньо мотивоване, добровільна участь у деонтологічній діяльності, прояв ініціативи щодо організації деонтологічної взаємодії). Успішність дій визначалася за ступенем досягнення запланованих результатів деонтологічної культури – від невдалих дій до дій, що призводять до повноцінного досягнення поставлених цілей.

Способами оцінки розглянутої складової деонтологічної культури майбутніх лікарів були кількісно-якісний аналіз діяльності й поведінки студентів, а також результатів цих дій, здійснюваних за допомогою педагогічного спостереження.

Для діагностики рівнів сформованості досліджуваного явища за кожним із визначених критеріїв було встановлено відповідні показники.

Результати діагностування рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів на констатувальному етапі експериментального дослідження довели, що переважна більшість студентів ЕГ та КГ (66,66% та

65,08% відповідно) перебували на низькому рівні сформованості досліджуваного явища. Лише 8,21% студентів в ЕГ та 7,94% у КГ продемонстрували високий рівень сформованості деонтологічної культури на даному етапі експерименту.

Отримані дані підтвердили необхідність розробки та впровадження у навчально-виховний процес медичного ВНЗ відповідних педагогічних умов, які сприятимуть ефективному формуванню деонтологічної культури майбутніх лікарів.

РОЗДІЛ 2

ОБГРУНТУВАННЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ДЕОНТОЛОГІЧНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ У НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ МЕДИЧНОГО ВНЗ

2.1. Обґрунтування педагогічних умов ефективного формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ

Сучасні вітчизняні й зарубіжні науковці наголошують, що педагогічна система може успішно функціонувати лише при дотриманні певних умов її організації [8; 10; 18; 23; 41; 76; 85; 95; 119; 136; 205; 213; 216; 231; 294].

У філософському плані категорія „умова” є однією з провідних поряд з таким, як особистість, діяльність, матерія і т.д. „Умова” розглядається як:

- категорія, що виражає відношення предмета до оточуючих його явищ, без яких цей предмет не може існувати та розбудовуватися [266, с. 497; 285, с. 49];

- сукупність об’єктів (речей, процесів, відносин), що необхідні для виникнення, існування або зміни даного об’єкту [199, с. 286];

- сукупність взаємозалежних і взаємообумовлених обставин процесу діяльності [188, с. 771];

- єдність об’єктивного і суб’єктивного, внутрішнього і зовнішнього, сутності і явища [185, с. 38];

- правила, що забезпечують оптимальну діяльність [16, с. 61].

У психології досліджуване поняття, як правило, презентовано в контексті психічного розвитку й розкривається через сукупність внутрішніх і зовнішніх причин, що визначають психологічний розвиток людини, що прискорюють або сповільнюють його, впливають на процес розвитку, його динаміку й кінцеві результати [44, с. 270-271]. Педагоги займають схожу із

психологами позицію, розглядаючи умову як сукупність змінних природних, соціальних, зовнішніх і внутрішніх впливів на фізичний, моральний, психічний розвиток людини, її поведінку, виховання й навчання, формування особистості (В. Полонський) [214, с. 36].

Аналіз психолого-педагогічної літератури дозволяє виділити наступні аспекти визначення поняття „педагогічна умова”:

– обставини, за яких залежить та відбувається цілісний продуктивний педагогічний процес професійної підготовки фахівців, що опосередковується активністю особистості, групою людей (А. Семенова) [237, с. 243];

– підсумок цілеспрямованого відбору, конструювання і застосування елементів, змісту, методів (прийомів), а також організаційних форм навчання для досягнення дидактичних цілей (В. Андрєєв) [8, с. 124];

– сукупність зовнішніх та внутрішніх обставин (об’єктивних заходів) освітнього процесу, від реалізації яких залежить досягнення поставлених дидактичних цілей (М. Малькова) [158, с. 112];

– взаємозв’язана сукупність внутрішніх параметрів та зовнішніх характеристик функціонування, що забезпечують високу результативність навчального процесу і відповідають психолого-педагогічним критеріям оптимальності (В. Манько) [159, с. 155];

– категорія, що визначається як система певних форм, методів, матеріальних умов, реальних ситуацій, які об’єктивно склалися чи суб’єктивно створені, необхідні для досягнення конкретної педагогічної мети (О. Пехота) [205, с. 77].

В залежності від способу впливу на освітній процес, педагогічні умови підрозділяються на зовнішні та внутрішні [93, с. 85]. В. Жернов визначає, що зовнішні умови виступають продуктом функціонування політичної, соціально-економічної, освітньої та інших систем зовнішнього середовища й реалізуються через відповідні фактори. Під внутрішніми автор визнає педагогічні умови, які є похідними завданнями відповідного педагогічного

процесу та являють собою сукупність педагогічних заходів, що забезпечують ефективне рішення цих завдань.

При цьому ми поділяємо позицію В. Белікова, В. Кондруха, А. Найна та ін. про неможливість зведення умов тільки до зовнішніх обставин, до обстановки, до сукупності об'єктів, що виявляють вплив на процес, тому що освіта особистості являє собою єдність суб'єктивного й об'єктивного, внутрішнього й зовнішнього, сутності і явища [18; 130; 181].

Таким чином, ми розглядаємо педагогічні умови як один з компонентів педагогічної системи, що відбиває сукупність можливостей освітнього й матеріально-просторового середовища, які впливають на особистісний і процесуальний аспекти даної системи, що й забезпечують її ефективне функціонування й розвиток.

На основі здійсненого у першому розділі нашого дослідження теоретичного аналізу проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів та за результатами діагностики рівнів сформованості даної якості у студентів, що брали участь в експериментальному дослідженні на його констатувальному етапі, ми визначили наступні педагогічні умови, які, на наш погляд, сприятимуть процесу ефективного формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ:

1) інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок;

2) використання у процесі професійної підготовки студентів-медиків інноваційних інтерактивних форм та методів навчання, направлених на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності;

3) активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти з метою стимулювання мотиваційно-ціннісної складової деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Перейдемо до обґрунтування визначених педагогічних умов.

Вітчизняні й зарубіжні дослідники проблем змісту освіти (Н. Волкова, Т. Дубовицька, М. Марусинець, М. Олешков, А. Орлов та ін.) наголошують на тому, що у дидактиці вищої школи в наш час приділяється недостатньо уваги вивченню особливостей навчальних програм ВНЗ [48; 85; 161; 189; 191]. У контексті нашого дослідження проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів важливим завданням є обґрунтування доцільності якісно нових підходів до відбору, адаптації, трансформації наукового матеріалу, систематизації навчального матеріалу, обсягів та порядку його викладення на рівні інтеграції навчальних програм фахових курсів та необхідності розробки й впровадження у навчально-виховний процес медичного ВНЗ інтегративного міждисциплінарного спецкурсу професійно-етичної спрямованості „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”.

Деонтологічну підготовку студентів у вищих медичних навчальних закладах визначають як цілеспрямований педагогічний процес формування професійно-етичної компетентності, гуманітарної ерудованості, загальної культури, у результаті оволодіння знаннями з дисциплін „Безпека життєдіяльності, основи біоетики та біобезпеки”, „Історія медицини”, „Латинська мова та медична термінологія” тощо [191; 203; 217; 263]. В контексті нашого дослідження додамо, що деонтологічна підготовка майбутніх лікарів також ставить на меті формування їх деонтологічної культури.

Отже, зміст деонтологічної підготовки майбутніх лікарів зумовлюється номенклатурою фахових навчальних дисциплін (як нормативних так і елективних навчальних дисциплін, що представлені в навчальному плані); характером відбору, систематизації та дидактичної організації деонтологічного знання, логікою його вивчення; способами здійснення індивідуальних професійно-етичних практик. Зміст деонтологічної підготовки на рівні навчального предмета подається на рівні навчальних

програм; відповідно – циклу навчальних дисциплін – на рівні змісту комплексу навчальних програм. Зміст освіти є варіативним як на рівні виокремлених дисциплін, так і за умов їх перетворення у фундаментальний міждисциплінарний цикл, дидактичну цілісність [104, с. 278].

Кардинальні зміни в суспільстві (інтенсивна інформатизація, глобалізація, євроінтеграція тощо), нова соціальна та освітня ситуація визначили необхідність подолати фрагментарність змісту підготовки за рахунок змін існуючих дисциплінарних і предметно-тематичних підходів, принципів побудови навчально-освітніх програм у медичному ВНЗ [10; 22; 41; 105]. Експертні оцінки спеціалістів свідчать, що визначена проблема стосується і деонтологічної підготовки студентів-медиків у процесі вивчення фахових дисциплін [39; 49; 67]. Перспективним шляхом реалізації вище визначених завдань у сучасній педагогіці вищої школи вважається створення фундаментальних міждисциплінарних циклів, які розглядаються як дидактична цілісність і в межах яких реалізуються нові підходи до відбору й систематизації знань, що сприяє забезпеченню нової якості підготовки, інтеграції та осучасненню навчального процесу [109; 126; 203; 217; 263].

Слово „інтеграція” походить від латинського *integratio* – „відновлення”, „поповнення”, „цілий”, тобто щось ціле, яке було з певних причин зруйновано, втратило свою цілісність, але потім відновило її завдяки взаємодії між елементами цього цілого. У філософському енциклопедичному словнику це поняття визначається так: „Інтеграція – це певна сторона процесу розвитку, пов’язана з об’єднанням у ціле різнорідних частин і елементів” [267, с. 331].

У педагогіку поняття „інтеграція” прийшло з філософії, де розрізняють:

- горизонтальну інтеграцію (як комплексування) і вертикальну (як зв’язок фундаментального знання);

- зовнішню й внутрішню інтеграцію;
- онтологічну, гносеологічну й практичну;
- інформаційну, генеративну інтеграцію;

– функціональну й організаційну інтеграцію [17, с. 15-16].

Спочатку, як відзначає В. Безрукова, педагоги йшли шляхом прямого запозичення визначень і характеристик інтеграції з філософських джерел. Але це позбавляло педагогічну теорію інтеграції самостійності й відбиття специфіки інтеграції педагогічних явищ, тому пізніше з'явилися свої концепції педагогічної інтеграції.

Педагогічна інтеграція – це встановлення зв'язків і відносин педагогічними засобами й заради педагогічних цілей. Вона здійснюється в рамках педагогічної теорії й практики, тому використовуються педагогічні принципи, форми й методи інтегрування [17, с. 19].

Інтеграція як педагогічний феномен має кілька істотних характеристик, що визначають її категоріальний статус. Найчастіше інтеграція розглядається як процес і як результат цього процесу. Але, крім того, нерідко інтеграція характеризується як принцип розвитку педагогіки й педагогічної практики. Триєдина роль інтеграції (принцип, процес, результат) приводить до того, що існує кілька дефініцій цього поняття.

Педагогічна інтеграція як принцип розвитку педагогічної теорії й практики є провідною ідеєю, що відбиває особливості сучасного етапу розвитку й гарантує у випадку її реалізації досягнення більш високих позитивних результатів у науковій і практичній діяльності [17, с. 29].

Як принцип розвитку педагогічної теорії й практики, інтеграція, підкреслює В. Безрукова, охоплює своїм впливом досить широке коло освітніх явищ. До правил реалізації інтеграції як принципу належить:

- визначення об'єктів інтегрування;
- виділення факторів, що сприяють інтегруванню або заважають йому;
- прогнозування очікуваного результату з урахуванням потреб і особливостей учасників освітнього процесу [17, с. 30].

У якості процесу інтеграція розглядається як „безпосереднє встановлення зв'язків між об'єктами й створення нової цілісної системи відповідно до передбачуваного результату” [17, с. 30]. Це свого роду

процедура інтегрування об'єктів, що містить у собі вибір необхідних і доцільних зв'язків із усієї сукупності їх видів і типів, способів установлення цих зв'язків.

Педагогічна інтеграція як результат цього процесу виступає як форма, яку знаходять об'єкти, вступаючи у взаємодію один з одним. У якості форми можуть виступати інтегративні програми (курси), інтегративні навчальні заняття, різноманітні педагогічні технології.

Як і будь-яка теорія, педагогічна теорія інтеграції оперує своїми категоріями, серед яких виділяються терміни, що представляють

- феноменологічні описи явищ інтеграції (об'єкти інтеграції, процес інтеграції, тип процесу інтеграції, результат інтеграції);
- системотворчі (загальнонаукові) поняття (зв'язок, взаємозв'язок, синтез, комплекс, система, частина, ціле, структура і т.д.).

Терміни першої групи представляють усі складові частини інтеграції й характеристику її процесів. Оперуючи даними термінами, В. Безрукова склала феноменологічну карту процесу педагогічної інтеграції, у якій досить скрупульозно представлений аналіз процесу педагогічної інтеграції [17, с. 57-58]. Дану карту (див. табл. 2.1) можна вважати вихідним матеріалом для побудови будь-якої форми педагогічної інтеграції. Адже процес інтегрування, іншими словами, його проектування В. Безрукова пропонує здійснювати в три етапи.

Перший етап інтегрування, на думку цього автора, повинен полягати в підготовці до процесу інтегрування, що передбачає:

- визначення напрямку (мети) інтеграції;
- добір об'єктів інтегрування і їх аналіз;
- вибір форми процесу інтеграції з її сутнісними й формально-логічними ознаками;
- визначення виду педагогічної інтеграції.

Підсумком підготовчого етапу повинна стати модель інтегративної освіти, тобто загальне уявлення про те, що інтегрується й що із цього повинне вийти.

Другий етап представляє безпосередню розробку обраної форми інтегрування, а саме:

- вибір системотворчого фактору;
- створення нової структури новотвору;
- встановлення зв'язків і залежностей компонентів інтегрування;
- застосування способів інтегрування;
- фіксування нового інтегративного утворення.

Визначення системотворчого фактору інтеграції – це знаходження підстави для об'єднання. Системотворчий фактор (систематизатор, інтегратор) В. Безрукова називає ідеєю, здатною об'єднати в цілісну єдність компонента інтеграції, цілеспрямувати їх, стимулювати їх діяльнісні прояви і т.д. [17, с. 60]. Таким системотворчим фактором може бути абсолютно будь-який компонент педагогічного процесу (мета й завдання, зміст, засоби й методи і т.д.).

Системотворчий фактор змінює функціональне призначення об'єктів інтеграції. Дане положення теорії інтеграції найчастіше орієнтоване на зміни функціонування змісту (перетворення навчального змісту інтегровувальних дисциплін). Однак, враховуючи різноманітність передбачуваних об'єктів інтеграції, цілком можна адаптувати дане положення й до інтегровувальних видів діяльності або засобів і методів навчання.

При створенні нової структури новотвору, встановленні зв'язків і залежностей між компонентами інтегрування йде переробка складу об'єктів інтеграції. Саме цей процес передбачає створення нових зв'язків і відносин між об'єктами інтеграції. Ці зв'язки допомагають отримати універсалізацію, уніфікацію, екстраполяцію або концентрацію.

Завершується процес інтеграції перевіркою отриманого інтегративного новотвору. Вона включає:

- уявний експеримент із застосування нової інтегративної форми;
- оцінку проекту інтегративного утворення;
- коректування проекту;
- експериментальне впровадження проекту.

Таблиця 2.1

**Феноменологічна карта процесу педагогічної інтеграції
(за В. Безруковою)**

Елементи процесу інтеграції	Склад елементів процесу інтеграції	
Цільове призначення (напрямок інтеграції)	Розширення предмета пізнання; ліквідація багатопредметності; скорочення часу вивчення теми, курсу; ліквідація дублювання; зміна технології навчання; створення сприятливих умов розвитку особистості	
Склад інтеграційного процесу (об'єкти інтеграції)	Матеріальні об'єкти, ідеальні об'єкти (поняття, принципи, ідеї концепції, теорії); діяльність (приймання, методи, навички, уміння, технології); особистість (стан, якості, властивості, мотиви)	
Форми педагогічної інтеграції	Інтегративні педагогічні форми	Інтегративні завдання, заняття, екскурсії, лекції, плани, програми, теми, курси
	Сутнісні ознаки форм	Предметно-образна, понятійна, світоглядна, діяльнісна, концептуальна
	Формально-логічні ознаки форм	Узагальнення, комплекс, система, синтез
Види педагогічної	Внутрішньопредметна, міжпредметна, локальна,	

інтеграції	глобальна, внутрішньоциклова, міжциклова	
Рівні педагогічної інтеграції	Рівні модернізації, новації, інновації	
Механізми педагогічної інтеграції	Класи зв'язків	Зв'язки походження, побудови, управління, породження
	Види зв'язку	Перспективні, передуючі, супроводжуючі
	Типи зв'язку	Горизонтальні, вертикальні, перехресні
	Способи інтегрування	Універсалізація, екстраполяція, концентрація, уніфікація

Процес теоретичної розробки першої педагогічної умови показав, що на сьогодні склалася певна система поглядів і підходів у визначенні поняття інтеграції в педагогічному процесі, що розкриває різні аспекти його змісту. Проте науковці досі не змогли виробити узгоджену позицію щодо визначення типів та видів педагогічної інтеграції.

Так, М. Берулава виділяє три типи інтеграції, які акумулюють у собі різні види: *загальнометодологічний, загальнонауковий і окремонауковий* [21, с. 38]. В. Гмурман розкриває зміст типів інтегративних процесів – *міжнаукових, міждисциплінарних і внутрішньодисциплінарних* [64, с. 19].

Існує розподіл міжпредметної інтеграції на *горизонтальну й вертикальну*. Але якщо В. Фоменко [268, с. 100] виявляє такі види за способом розгортання змісту в часі (зміст виводиться на один часовий рівень або логічні й тимчасові відносини не збігаються), то К. Кречетніков [137] горизонтальною інтеграцією називає виділення інтегрованих комплексів, що складають інваріантну частину знань і вмінь, а вертикальною – послідовність навчання на різних рівнях підготовки, єдину методологію й термінологію при вивченні циклу дисциплін напрямку. І. Дишлюк [87] виділяє види інтеграції

залежно від міри далекості предметних і освітніх галузей: близька, середня, далека.

Н. Чапаєв [275], указуючи на відсутності єдиної позиції у визначенні типів інтеграції в педагогіці, пропонує використання як класифікатору її різновидів категорію „парадигма”. Підставою для виділення парадигм інтеграції, на його думку, може стати характер взаємин між цілим і його частинами.

У роботах К. Колесіної, Л. Кульгіної [125; 141] показано 3 рівня: на *елементарному* рівні інтеграція має фрагментарний, часто компілятивний характер (традиційні міжпредметні зв'язки); *середнім* вважається рівень, що відрізняється значним взаємопроникненням різнохарактерного змісту в новий якісний стан; *значний, глибокий* рівень характеризується новотвором, повним злиттям різнохарактерного змісту значних обсягів навчального матеріалу.

І. Зверевим, В. Максимовою [101] запропонована класифікація, доповнена згодом іншими авторами, що підрозділяє міжпредметні зв'язки на три типи:

1) змістовно-інформаційні: за складом наукових знань (фактологічні, понятійні, теоретичні); за знаннями про ціннісні орієнтації (естетичні й ін.);

2) операційно-діяльнісні (пізнавальні, ціннісно-орієнтаційні, практичні);

3) організаційно-методичні (за способами засвоєння зв'язків у різних видах знань (репродуктивні, пошукові, творчі); за широтою здійснення (міжкурсів, внутрішньоциклові, міжциклові); за часом здійснення (попередні, супроводжуючі, перспективні); за способом встановлення (однобічні; двосторонні; багатобічні); за сталістю реалізації (епізодичні, постійні, систематичні); за формами організації навчально-виховного процесу (індивідуальні, групові, колективні).

Л. Савельєва виділяє типи зв'язків:

– за елементами;

– за структурою й характером взаємозв'язків наук, науки й виробництва;

– технологічні;

– організаційно-методичні.

Виділяються навчально-міждисциплінарні прямі зв'язки (засвоєння дисципліни базується на знанні попередньої дисципліни блоку); дослідницько-міждисциплінарні прямі зв'язки проблемного характеру (дисципліни мають загальний об'єкт дослідження, синтезуючи багатоаспектне бачення проблеми з усіх боків); ментально-опосередковані зв'язки (засобами різних навчальних дисциплін формуються ті самі інтелектуальні вміння); опосередковано-прикладні зв'язки виникають у процесі гуманізації, фундаменталізації, екологізації освіти [223, с. 24].

Обґрунтовуючи основні положення першої педагогічної умови, ми з'ясували, що більшість сучасних українських і зарубіжних педагогів розглядають три рівні інтеграції, що мають свою логічну структуру, яка складається з базису (кооперативної дисципліни), завдання (проблеми базової дисципліни), знарядь (теоретичного й технологічного інструментарію базової й суміжних дисциплін) [16; 21; 87; 125; 137; 141; 275].

Першим рівнем інтеграції є асиміляція дисциплінарного інструментарію. Такі взаємодії між дисциплінами здійснюються у формі міжпредметних зв'язків, що забезпечує послідовне відображення в змісті предметів об'єктивних взаємодій, що існують у природі. Міжпредметні зв'язки визначають систему відносин між знаннями, вміннями й навичками, які формуються в результаті послідовного відображення в засобах, методах і змісті навчальних дисциплін тих об'єктивних зв'язків, які існують у реальному світі. Вони виступають педагогічним еквівалентом дидактичних зв'язків, які реалізуються в навчальному процесі.

Другий рівень дидактичної інтеграції – це синтез взаємодіючих наук на основі якоїсь базової дисципліни. При цьому виключається просте механічне злиття інформації взаємодіючих дисциплін або поглинання одного предмета

іншим. При такій інтеграції відбувається внутрішньодисциплінарний синтез, який поєднує різні теорії в рамках одного предмета. Такий синтез носить діалектичний характер, дає можливість урахувати також диференціацію знань, є методом досягнення єдності наукових знань.

Третій рівень дидактичної інтеграції – формування нової навчальної дисципліни із власним предметом вивчення (створення цілісної інтеграційної системи, зокрема інтегративного курсу).

На думку В. Сидоренко, умови інтеграції навчальних дисциплін ґрунтуються на таких дидактичних положеннях:

- супідрядність функцій окремих навчальних дисциплін;
- економічність ущільнення й концентрація навчального матеріалу, усунення дублювання в його вивченні;
- сталість інтеграційного базису, інтеграція навчальних предметів на основі одного з них;
- наявність достатнього обсягу навчального матеріалу, який може бути засвоєний на базі іншої дисципліни [229, с. 44].

Використавши ці положення, ми виявили характерні інтеграційні тенденції в змісті деонтологічної підготовки майбутнього лікаря у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ:

- системне об'єднання предметних значенневих елементів у рамках розробленого інтегративного курсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”, включення в навчальний зміст елементів полідисциплінарного філософського, історичного, культурологічного, професійно-етичного характеру;
- створення єдиної навчально-методичної системи (форм, методів, прийомів, засобів навчання) деонтологічної підготовки майбутнього лікаря в процесі вивчення фахових дисциплін;
- комбінація теоретичних знань із формуванням практичних умінь і навичок професійно-етичної діяльності лікаря в сучасних умовах.

Міждисциплінарний принцип структурування змісту передбачає створення інтегрального простору, який надбудовується над існуючою предметною системою; проявляється в погодженості змісту різних дисциплін, цілей їх вивчення й методів навчання.

Ієрархічність проявляється в послідовному формуванні деонтологічних знань і вмінь. Основними етапами даного процесу є:

- 1) емпіричний;
- 2) професійно-етичного узагальнення;
- 3) інтерпретаційний.

Специфіка першого етапу полягає в тому, що він пов'язаний з вивченням варіативних модулів, які входять у зміст цілого ряду гуманітарних дисциплін, а також вивчення окремих фахових дисциплін. Особливість другого етапу обумовлює спрямованість на оволодіння студентами професійно-етичними узагальненнями в ході вивчення базових модулів, об'єднаних загальною проблематикою в соціально-культурологічний та професійно-етичний блок. На третьому етапі передбачається вивчення варіативних міжпредметних модулів, сформованих навколо проблем прикладного характеру, а також застосування студентами деонтологічних знань і вмінь при вивченні спеціальних дисциплін.

Гнучкість і варіативність забезпечуються модульною побудовою програми навчання.

Головними критеріями при інтеграції змісту деонтологічної підготовки студентів при вивченні фахових дисциплін були:

- критерій комплексності (зміст деонтологічної підготовки відображає сучасні досягнення науки в галузі філософії, історії, культурології, медицини й ін.);
- критерій соціальної й професійної значимості (зміст деонтологічної підготовки ґрунтується на сучасних аксіологічних принципах нової філософії освіти XXI століття, обґрунтовується роль системи деонтологічних знань, умінь, навичок сучасного лікаря в його професійній діяльності);

– критерій доступності (зміст деонтологічної підготовки враховує тезаурус, організацію процесу навчання майбутнього фахівця, не тягне при цьому інтелектуальних, моральних і фізичних перевантажень студентів);

– критерій оптимуму (зміст деонтологічної підготовки враховує відповідність обсягу відібраного навчального матеріалів з кількістю певного для його вивчення часу);

– критерій педагогічної забезпеченості (зміст деонтологічної підготовки повинен забезпечуватися педагогічними кадрами, методичними матеріалами, відповідною методикою та навчально-матеріальною базою).

Отже, ми вважаємо, що інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок на основі принципів відбору відповідного змісту (системності, відповідності значеннєвого й процесуального аспектів діяльності, єдності інтеграції й диференціації, інтегративності, антропоцентризму, культуровідповідності, професійно-етичної компетентності) і принципів структурування даного змісту (міждисциплінарності, ієрархічності, гнучкості й варіативності) з урахуванням критеріїв комплексності, соціальної й професійної значимості, доступності, оптимуму, педагогічної забезпеченості, сприятиме процесу ефективного формування деонтологічної культури майбутніх фахівців в галузі медицини.

Наступна визначена нами педагогічна умова формування деонтологічної культури майбутніх лікарів – використання у процесі професійної підготовки студентів-медиків інноваційних інтерактивних форм та методів навчання, направлених на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності – безпосереднім чином пов'язана з першою, адже інноваційні інтерактивні методи й форми навчання є інтегративними педагогічними формами та об'єктами у процесі педагогічної інтеграції.

У сучасній науковій літературі особливу увагу зосереджено на тому, що інноваційні підходи до навчання студентів повинні бути системними й охоплювати всі аспекти навчально-виховної роботи при підготовці майбутніх фахівців. Дані питання активно вивчають як вітчизняні, так й зарубіжні дослідники, такі як В. Беспалько [22], І. Лернер [146], Дж. Мартін [160], О. Пехота [205], С. Сисоєва [232], М. Скаткін [233], В. Сластьонін [235] й ін. Доцільним є розгляд особливостей і відмітних рис інноваційних методів навчання студентів, а також виявлення переваг і перспектив використання різноманітних інноваційних форм навчання у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ при формуванні деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Основу інноваційних освітніх технологій, які застосовуються у навчальному процесі, повинне становити соціальне замовлення, професійні інтереси майбутніх лікарів, урахування індивідуальних, особистісних особливостей студентів-медиків [193, с. 183]. Тому при підготовці фахівців у вищій медичній школі використання інноваційних форм й методів необхідно грамотно поєднувати їх із прагматичним розумінням цілей й завдань навчання у підготовці кадрів у галузі медицини.

У сучасній психолого-педагогічній літературі відзначається, що інноваційні методи отримують відбиття в багатьох технологіях навчання, які спрямовані на розвиток і вдосконалювання навчально-виховного процесу й підготовку фахівців до професійної діяльності в різних сферах життя сучасного суспільства [230, с. 202]. Вони створюють умови для формування й закріплення професійних знань, умінь і навичок у студентів, сприяють розвитку професійних якостей майбутнього фахівця. Використання викладачами інноваційних методів у процесі навчання сприяє подоланню стереотипів у викладанні різних дисциплін, виробленню новітніх підходів до професійних ситуацій, розвитку творчих, креативних здібностей студентів [276, с. 12].

У цей час у вищій школі України ведеться інтенсивний пошук й впровадження нових форм і методів навчання студентів. У зв'язку із цим,

одними з основних завдань, які повинен ставити перед собою сучасний викладач, є наступні: проведення навчання в інтерактивному режимі; підвищення інтересу студентів до досліджуваної дисципліни; наближення навчального процесу до практики повсякденного життя, а саме: формування навичок комунікації, адаптація до мінливих умов життя, соціалізація, підвищення психологічної стресостійкості, навчання навичкам урегулювання конфліктів й т.і.

Таким чином, основне завдання якісно нової освітньої системи деонтологічної підготовки студентів медичних ВНЗ зводиться до досягнення стійкого інтересу студентів до досліджуваного предмета, до самоосвіти з перших курсів навчання, а також залучення студентів до наукових пошуків. Для цього, необхідно вибудовувати систему психологічного мислення студентів уміти отримувати знання й освоювати майбутню професію. Студент, як майбутній медик, повинен розуміти, яким чином, отримавши соціальні й професійні навички, він зможе застосувати їх у практичній лікарській діяльності. Саме інноваційні методи й технології у навчально-виховному процесі зможуть допомогти викладачу у вирішенні поставлених завдань.

Традиційні освітні підходи призвели до невідповідності між тим, що викладається студентам у ВНЗ й тим, що потрібно медичної галузі. Таким чином, багато медичних установ переходять до проблемно-орієнтованого навчання, яке ґрунтується на розв'язку завдань за допомогою реальних проблем.

Основні методичні інновації також пов'язані із застосуванням інтерактивних форм і методів навчання. Впровадження таких форм навчання є одним з найважливіших напрямків удосконалювання підготовки студентів-медиків у сучасному медичному ВНЗ. Студенти легше вникають, розуміють й запам'ятовують матеріал, який вони вивчали за допомогою активного залучення до навчально-виховного процесу.

У цілому, можна виділити три форми взаємодії викладача й студентів [157, с. 121]:

1. Пасивні, при яких викладач є основною діючою особою й керуючим ходом заняття, а студенти виступають у ролі пасивних слухачів.

2. Активні, де студенти є активними учасниками, студенти й викладач перебувають на однакових правах.

3. Інтерактивні – взаємодія студентів відбувається не тільки з викладачем, але й один з одним, активність студентів у процесі навчання домінує.

Ціль інтерактивних методів у викладанні предметів деонтологічної спрямованості полягає у створенні комфортних умов навчання, при яких студент відчуває свою інтелектуальну спроможність і успішність, що робить ефективним сам процес навчання. Іншими словами, інтерактивне навчання – це, у першу чергу, діалогове навчання, у процесі якого відбувається як взаємодія між студентом і викладачем, так й між самими студентами.

Завдання, які ставлять перед собою інтерактивні методи навчання, є такими [157, с. 122]:

- пробудження інтересу в студентів до деонтологічних дисциплін й професійно-етичної самоосвіти;
- формування в студентів власної думки й уміння відстоювати свої позиції;
- формування соціальних і професійно-етичних навичок;
- ефективне засвоєння навчального матеріалу в галузі медичної деонтології;
- самостійний пошук студентами шляхів і варіантів розв'язку поставленого завдання, обґрунтування прийнятого рішення;
- установлення активної взаємодії між студентами, навчання роботи в команді;

– формування рівня усвідомленої деонтологічної компетентності студента.

До інтерактивних методів навчання, які, на нашу думку, сприятимуть процесу ефективного формування деонтологічної культури майбутніх лікарів, ми відносимо метод проектів, метод аналізу проблемних ситуацій (кейс-метод), дослідний метод, ігрові методики (ділові, імітаційні, рольові ігри), метод „мозкового штурму”, метод „круглого столу” тощо.

Серед інтерактивних форм навчання ми виділяємо наступні: творчі завдання, робота в малих групах, дискусія, інтерактивні лекції (лекція-бесіда, лекція-дискусія, лекція із розглядом конкретних ситуацій, лекція із заздалегідь запланованими помилками, лекція-прес-конференція, міні-лекція), евристична бесіда.

Залежно від конкретної ситуації, викладач сам обирає найбільш зручні форми навчання. Викладаючи навчальний матеріал на інтерактивному занятті, слід дотримуватися певних принципів роботи:

- заняття – це не монотонна лекція, а загальна робота й взаємодія студентів один з одним й з викладачем;
- усі студенти є рівними, незалежно від їх соціального статусу, віку, досвіду, місця роботи й т.і.;
- кожний студент має право на власну думку з будь-якого питання;
- у жодному разі не можна піддавати критиці особистість, зазнати критики може тільки сама ідея;
- усе сказане на занятті не є керівництвом до дії, а лише інформацією до роздуму.

Дотримуючись даних принципів, викладач й студенти отримають максимальний ефект від інтерактивних занять.

Отже, інтерактивне заняття має наступний алгоритм проведення.

Підготовка заняття:

- викладач підбирає тему, а також ситуацію для заняття;

- визначає всі терміни, поняття й т.і., які обов'язково повинні бути однаково зрозумілі всіма студентами;

- підбирає конкретну форму інтерактивного заняття, яка буде найбільш ефективною для роботи з даною темою й у даній групі.

Вступ:

- повідомлення теми заняття студентам;

- формування мети заняття.

Основна частина: залежно від форми інтерактивного заняття формуються особливості його ведення.

Висновки: рефлексія починається з концентрації студентів на емоціях, почуттях, які вони випробовували в процесі заняття. Наступний етап рефлексивного аналізу заняття – оцінний. Рефлексія закінчується загальними висновками, які робить викладач.

Особливості проведення основної частини заняття, що базується на методі „круглого столу”, полягає в тому, що використання даного методу дозволяє закріпити отримані раніше знання з медичної деонтології, заповнити відсутню інформацію, набути вміння вирішувати існуючі проблеми, навчити культури ведення дискусії. Характерною рисою „круглого столу” є комбінація тематичної дискусії із груповою консультацією.

Особливості організації заняття з використанням методу „круглого столу” полягає в тому, що в ході дискусії повинні обговорюватися одна-дві проблемні ситуації із заданої теми; думки й висловлені положення необхідно ілюструвати з використанням різних наочних матеріалів (наприклад, схеми, діаграми, графіки, аудіо-, відеозаписи); основні виступаючі повинні бути ретельно підготовлені з теми (висловлювати свою думку, доводити й аргументувати її, не обмежуючись одними доповідями).

Особливості заняття, заснованого на дискусії, полягає в колективному обговоренні певного питання, проблеми або зіставленні інформації, ідей, думок, пропозицій й т.і., метою якого є навчання, діагностика, тренінг, перетворення, зміна установок, стимулювання творчості та інше.

Від підготовки студента із запропонованої проблеми, його поінформованості й компетентності, а також від ступеня розуміння всіх термінів, визначень й понять, залежить ефективність проведення дискусій. Не менш важливим є коректність поведінки учасників, а також уміння викладача проводити дискусію.

Дебати – є формою „круглого столу”, в основі якої лежить вільне висловлення, обмін думками із заданої тематичної тези. Група студентів ділиться на дві підгрупи. Особливістю дебатів є отриманий результат, у якому необхідно дати однозначну відповідь на задане питання – так чи ні. Одна підгрупа є прихильниками позитивної відповіді, а інша підгрупа – прихильниками негативної відповіді. У процесі дебатів учасники наводять приклади, факти, логічно доводять їх, аргументують, пояснюють, представляють різну інформацію й т.і.

Таким чином, дебати сприяють надбанню вміння формувати й відстоювати власну позицію, зміцнюють ораторські навички й уміння спілкуватися з аудиторією, формують командний дух й лідерські якості, розбудовують комунікативну культуру студентів і навички публічного виступу. Не менш важливим є те, що в процесі проведення дебатів формуються дослідницькі навички, оскільки висловлені аргументи вимагають доказу й конкретних прикладів, для пошуку яких необхідна робота з літературою й джерелами інформації. Також, завдяки дебатам, у студентів формуються організаційні навички, уміння слухати й робити записи [240, с. 22-23].

Одним з найбільш популярних методів стимулювання творчої активності студентів є метод мозкового штурму, який використовується для пошуку нетрадиційних рішень різноманітних завдань. При цьому учасники обговорення висловлюють як можна більшу кількість варіантів розв’язку, після чого, відбираються найбільш удачі рішення, які можуть бути використані на практиці.

Метод мозкового штурму дозволяє сформувавши новаторський підхід до вирішення проблем, отримати максимальну кількість ідей за короткий період часу. Даний метод сприяє творчому розвитку, розслабленню, необмеженій фантазії, і нарешті, самозадоволенню від виробництва ідей. Важливим моментом у проведенні мозкового штурму є відсутність якої-небудь критики, оскільки критика може негативно позначитися на творчому потенціалі учасника, якого не повинні сковувати ніякі розумові рамки. Результатом проведення мозкового штурму є ухвалення якісного рішення із заданої проблеми, шляхом розвитку, комбінації й модифікації як своїх, так й інших ідей.

Ще одна форма інтерактивного навчання – ділова гра, заснована на відтворенні предметного й соціального змісту професійної діяльності. Важливою складовою ділової гри є моделювання систем відносин, різних умов професійної діяльності, що відіграє ключову роль у придбанні ділових навичок і компетенцій студентами ще до початку їх практичної професійної діяльності.

У діловій грі кожний учасник вирішує своє певне завдання у відповідності зі своєю роллю й функцією, а самонавчання учасників відбувається в процесі їх спільної діяльності.

У діловій грі важливим є те, що спілкування, що відбувається в процесі спільного засвоєння знань, імітує й відтворює спілкування людей у реальній досліджуваній діяльності, що дозволяє придбати вміння й навички співробітництва.

За методологією проведення розрізняють ямкові ділові ігри, у якій гра проходить на спеціально організованому полі, правила жорстко визначені, а результати заносяться на бланки; рольові ігри, де в кожного учасника є або певне завдання, або роль; групові дискусії, у процесі яких відпрацьовується проведення ділових нарад, навички групової роботи; імітаційні ділові ігри, які допомагають студентам формувати поведінкові навички в певних умовах й т.і.

Майстер-класи – це головний засіб передачі нової ідеї педагогічної системи. Це метод самостійної роботи в невеликих групах, який дозволяє проводити обмін досвідом й думками. Під час проведення майстер-класу створюються умови, які дозволяють усім студентам брати участь в активній діяльності. Ідеєю даного методу є постановка проблемного завдання й розв’язок її через програвання різноманітних ситуацій, при цьому процес пізнання є набагато важливішим й ціннішим, ніж саме знання. Більше того, форми, методи й технології роботи зі студентами повинні пропонуватися, а не нав’язуватися їм. Форма взаємодії на майстер-класі – співробітництво, співтворчість, спільний пошук необхідних розв’язків, що дозволяє розкривати творчий потенціал як викладача, так й студентів – учасників майстер-класу. Метою даного методу є навчання студентів професійній мові науки, а також інтелектуальне, професійне й естетичне виховання.

Підводячи підсумки з обґрунтування другої педагогічної умови, можна відзначити, що інтерактивне навчання дає можливість вирішувати одночасно кілька завдань, спрямованих на розвиток деонтологічної культури майбутніх лікарів. Інтерактивні методи допомагають установлювати емоційні контакти між студентами, розбудовують креативність, можливість нестандартно мислити й уміти відстоювати свої інтереси, формують навички роботи в команді, забезпечуючи високу мотивацію в саморозвитку й самонавчанні, активну життєву позицію, розкриття творчого потенціалу.

Як показує практика, використання інтерактивних методів у навчанні, дозволяє знизити рівень нервового навантаження студентів, дає можливість перемикаєти їхню увагу на ключові питання й теми занять з медичної деонтології.

Використання інноваційних методів, які включають в себе інтерактивні форми навчання, особливу значущість набуває при навчанні студентів у сучасних умовах підготовки медичних працівників.

Переваги інноваційних методів складно переоцінити, тому що вони відіграють значну роль у формуванні особистісних якостей майбутнього

лікаря. Інноваційні методи допомагають студентам навчитися активним способам отримання нових знань, дозволяють опанувати більш високим рівнем соціальної активності, також стимулюють творчі здібності студентів й допомагають наблизити навчання до практики повсякденного життя.

Головною відмітною рисою інтерактивних методів при формуванні деонтологічної культури майбутніх лікарів є те, що студенти проявляють ініціативу в навчально-виховному процесі, яку стимулює педагог з позиції партнера-помічника. Процес й результат отримання деонтологічних знань набуває особисту значущість для кожного студента, що дозволяє розбудовувати здатності самостійного вирішення проблем деонтологічного характеру.

Останню із розроблених нами педагогічних умов ефективного формування деонтологічної культури майбутніх лікарів – активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти з метою стимулювання мотиваційно-ціннісної складової досліджуваного явища – ми також розглядаємо у контексті її взаємодії із попередньо визначеними.

У сучасному контексті функціонування медичного ВНЗ в Україні зокрема та у світі в цілому увагу науковців привертають різні аспекти активізації навчально-виховної роботи студентів: це й проблеми організації їх аудиторної роботи в умовах значного скорочення навчального навантаження, й пошук новітніх форм та методів навчання студентів, й питання організації самостійної роботи майбутніх фахівців, й роль виховання у формуванні професійної компетентності студентів тощо.

Відповідно до вимог Болонської декларації саме самостійній підготовці студентів приділяється особлива увага [34]. Важливого значення у цьому процесі сучасні українські та зарубіжні дослідники надають позааудиторній самостійній роботі, що має професійну спрямованість. Добре організована позааудиторна самостійна робота спонукає студентів до активної навчально-

пізнавальної діяльності, пошуку нестандартних рішень у розв'язанні різноманітних проблемних завдань та ситуацій тощо.

Активізація самостійної навчальної діяльності дозволяє вирішувати проблему недостатньої кількості навчальних годин, що приділяються на професійну підготовку майбутніх лікарів, створює передумови для розвитку вмінь пошукової й творчої діяльності, сприяє підготовці майбутнього медичного працівника до подальшої професійної самоосвіти й саморозвитку.

Однією із особливостей самостійної навчальної діяльності студентів є різноманітність форм її організації. Зокрема, К. Коробова виділяє такі форми самостійної роботи:

- масова робота – клуби, вечори, диспути, конкурси, вікторини, організація виставок тощо;

- гурткова робота – предметні гуртки, науково-дослідна робота студентів та ін.;

- індивідуальна робота студентів – підготовка доповідей на семінарські заняття, вивчення тем, що виносяться на самостійне пророблення, індивідуальні консультації, підготовка до написання модульних контрольних робіт, складання заліків та іспитів тощо [132, с. 119].

Можна без перебільшення говорити також й про те, що у процесі формування деонтологічної культури студентів-медиків у медичному ВНЗ величезну роль відіграє організація та активізація їх науково-дослідної роботи, адже саме вона є ефективним засобом формування та розвитку у студентів мотивації до наукової творчості, професійно-етичної відповідальності та самостійності, який також сприяє реалізації діяльнісного, компетентнісного та особистісно зорієнтованого підходів до деонтологічного навчання та виховання майбутніх фахівців.

Традиційно під науково-дослідною роботою розуміють цілеспрямоване пізнання, основними формами якого є: курсові або дипломні роботи, реферати, наукові доповіді (повідомлення) на науково-практичних конференціях, семінарах, нарадах, симпозіумах; звіти про науково-дослідну

роботу, наукові переклади, кандидатські або докторські дисертації; автореферати дисертацій та монографії; наукові статті, тощо [70; 110; 182; 212].

Науково-дослідна робота студентів у процесі формування їх деонтологічної культури є одним з компонентів навчально-виховного процесу медичного ВНЗ, який сприяє підвищенню освітнього рівня фахівців та їх подальшій конкурентоспроможності при працевлаштуванні, вона є найважливішим засобом підвищення якості підготовки фахівців, здатних до професійної мобільності в сучасних соціально-економічних умовах інформаційного суспільства за рахунок використання й розвитку нових методичних підходів, організаційних форм, нових стимулів, накопичення, аналізу й впровадження науково-практичного досвіду в майбутню професійну діяльність і повсякденне життя [70; 182; 212; 264; 277].

Ми повністю погоджуємось із думкою вчених про те, що основною метою організації науково-дослідної роботи студентів є освоєння ними основ професійно-творчої діяльності, методів, прийомів і навичок виконання науково-дослідних, проектних і конструкторських робіт, розвиток здібностей і готовності до інноваційної діяльності [213, с. 75]. У зв'язку із цим основними завданнями науково-дослідної роботи студентів є:

- виховання й самореалізація особистісних і творчих здібностей студентів (всебічний розвиток особистості студента, формування його об'єктивної самооцінки);
- навчання методології раціонального й ефективного добування й використання знань;
- знайомство із сучасними методами роботи із науковою літературою й інформаційними джерелами;
- отримання навичок творчої наукової й дослідницької діяльності;
- виявлення здатної молоді для подальшого навчання в аспірантурі, роботи на кафедрах й в наукових лабораторіях.

Науково-дослідна діяльність студентів дозволяє найбільше повно виявити індивідуальність, творчі здібності, готовність до самореалізації особистості. Важливо відзначити, що процес дослідження носить індивідуальний характер і є цінністю як в освітньому, так і в особистісному змісті. У зв'язку із цим, майбутній фахівець повинен бути готовим до здійснення науково-дослідної діяльності. У свою чергу, готовність до науково-дослідної діяльності дозволить надалі в практичній роботі й на науковому рівні вирішувати освітні, виховні й професійні завдання [171, с. 20].

Узагальнюючи представлені в сучасній літературі з теми дослідження публікації, можна виділити наступні актуальні науково-дослідні компетенції студентів [186; 213; 264; 277]:

- теоретичні (уміння аналізу й синтезу, індукції й дедукції, порівняння й зіставлення, абстракції й конкретизації, класифікації й систематизації, аналогії й узагальнення, теоретичного моделювання);

- методологічні (уміння визначити проблему, визначити шляхи її розв'язку, уміння запропонувати провідну ідею дослідження й структуру роботи, уміння визначити об'єкт і предмет, ціль і завдання, гіпотетичне припущення дослідження);

- інформаційно-комунікативні (уміння пошуку, відбору, обробки, аналізу й передачі інформації; уміння зрозуміти й відтворити структуру тексту, представити текст у вигляді вторинного документа (план, тези, анотація, рецензія, реферат, конспект), цитувати, уміння оформити повідомлення з урахуванням жанрових відмінностей, наукового стилю мовлення, уміння брати участь у науковому діалозі, суперечці, дискусії, уміння самостійно здобувати власні знання й творчо застосовувати їх на практиці);

- емпіричні (уміння проводити опитування, тестування, спостереження й вивчати їхні дані, уміння вивчати й узагальнювати досвід, уміння

організувати й проводити експеримент; уміння інтерпретації результатів дослідження).

Система науково-дослідної роботи студентів повинна забезпечувати їх безперервну участь у науковій праці протягом усього періоду навчання. Важливими принципами такої системи є послідовність та інтеграція її методів і форм від курсу до курсу, від однієї навчальної дисципліни до іншої, від одних видів навчальних занять і завдань до інших. Йдеться про інтеграцію різних видів діяльності студентів-медиків у процесі спеціально відведеного часу, а саме: навчальну діяльність у ході аудиторних занять; самостійну роботу із технічними засобами навчання та сучасними електронними базами даних і інтернет-ресурсами; навчально-дослідницьку діяльність, яка включає реалізацію різних етапів експерименту, інтеграційні зв'язки науково-дослідної роботи й навчально-професійної діяльності в ході різноманітних видів практик, міждисциплінарні зв'язки з навчальними дисциплінами й модулями дисциплін у межах загального навчального плану підготовки фахівців [212, с. 88]. При цьому необхідно, щоб складність та обсяг знань, які здобуваються студентами, умінь і навичок у процесі виконуваної ними наукової роботи зростали поступово.

Іншими не менш важливими принципами організації науково-дослідної роботи студентів є: принцип урахування компетентнісного підходу, принцип проблемності й технологічності науково-дослідної роботи, принцип інформатизації науково-освітньої діяльності й ін.

Класичними формами організації науково-дослідної роботи студентів у ВНЗ України виступають такі:

- участь студентів у різних видах навчальної аудиторної роботи (лекції, семінари, лабораторні, практичні заняття) з елементами наукових досліджень;
- індивідуальна робота викладачів зі студентами, які займаються науковими дослідженнями;

- науково-дослідна робота студентів у наукових гуртках, конструкторських бюро й т.п.;
- участь студентів у тимчасових і постійних наукових проблемних групах;
- участь студентів у науково-практичних конференціях, наукових читаннях, семінарах і ін.;
- проведення наукових досліджень у процесі виконання різних видів практики в навчально-виховних закладах і на виробництві [70; 182; 186; 277].

Виокремлені форми обумовлюють здійснення студентами наступних видів науково-дослідної роботи під час навчання у медичному ВНЗ:

- аналіз наукової літератури;
- систематизація матеріалів, обробка літературних джерел;
- відбір наукової літератури, складання бібліографій з певних тем; підготовка наукових повідомлень і рефератів, написання наукових доповідей, статей, тез;
- методичні розробки з актуальних питань професійної діяльності;
- наукові звіти про виконання елементів досліджень під час практики;
- підготовка й захист курсових, кваліфікаційних, дипломних, магістерських робіт і ін. [110; 186; 212; 213].

Звертаємо увагу на те, що у більшості вищих медичних навчальних закладів однієї з розповсюджених форм науково-дослідної роботи студентів є студентський науковий гурток, мета створення й функціонування якого полягає у розвитку навичок наукової роботи, підвищенні мотивації студентів до проведення наукових досліджень [110, с. 77]. У зміст роботи таких гуртків включаються різні види науково-дослідницької діяльності:

- вивчення теоретичних основ методики й організації виконання наукових досліджень, планування й організації наукового експерименту, обробки наукових даних;

- виконання завдань дослідницького характеру за запитом адміністрації факультету, викладачів, кураторів груп;
- організація виставок наукових досягнень студентів, наукових конференцій, олімпіад і інших заходів науково-дослідного характеру на факультеті;
- підготовка результатів наукових досліджень до виступу на наукових конференціях і публікації в пресі;
- робота з метою самопізнання, самовдосконалення, розвитку особистісної й професійної рефлексії.

Науково-дослідна діяльність студентів дозволяє найбільш повно виявити індивідуальність, творчі здібності, готовність до самореалізації особистості. Формування дослідницьких компетенцій студентів буде проходити найбільш результативно при дотриманні низки наступних умов [186, с. 15]:

- підготовка студентів в галузі методології наукового пізнання (через відповідні дисципліни, семінари, консультації);
- проведення постійної цілеспрямованої й всеохоплюючої роботи з розвитку в студентів дослідницьких умінь і навичок (у ході освоєння всіх навчальних дисциплін, практики);
- моніторингу якості керівництва дослідницькою роботою студента професійно-підготовленим викладачем;
- активною науково-методичною й науково-дослідною позицією професорсько-викладацького складу навчального закладу.

Отже, ми вважаємо, що комплексне впровадження у навчально-виховний процес медичного ВНЗ розроблених нами педагогічних умов сприятиме ефективному формуванню деонтологічної культури майбутніх лікарів.

2.2. Реалізація педагогічних умов формування деонтологічної культури майбутніх лікарів

Упровадження визначених нами педагогічних умов формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ під час проведення формувального етапу експерименту відбувалося комплексно, оскільки остаточно розмежувати сфери впровадження кожної із запропонованих педагогічних умов неможливо, адже процес фахової підготовки студентів має цілісний, системний характер й відбувається в єдиному навчально-виховному просторі ВНЗ. Проте опис їх реалізації в практиці навчання та виховання ми пропонуємо здійснити диференційовано, розглянувши детально, по черзі особливості функціонування в процесі формування деонтологічної культури майбутніх лікарів кожної з них, починаючи з першої.

Отже, інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок здійснювалася нами на трьох рівнях:

- 1) на рівні асиміляції дисциплінарного інструментарію;
- 2) на рівні синтезу фахових дисциплін у структурі деонтологічної підготовки майбутніх лікарів;
- 3) на рівні розробки й впровадження у навчально-виховний процес медичного ВНЗ інтегративного спецкурсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”.

На першому рівні інтеграції змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів нами було відібрано навчальні дисципліни деонтологічної спрямованості у структурі фахової підготовки майбутніх лікарів та проаналізовано зміст цих навчальних дисциплін щодо можливостей формування деонтологічної культури майбутніх медичних працівників. До них було віднесено наступні: „Латинська мова та медична термінологія”, „Іноземна мова за професійним спрямуванням”, „Історія

України та української культури”, „Історія медицини”, „Етичні проблеми в медицині”, „Основи християнської етики і моралі”.

Коротко зупинимось на цільових характеристиках даних навчальних дисциплін у контексті проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Латинська мова є однією із базових навчальних дисциплін, які викладаються в медичних навчальних закладах України. Це пояснюється тим, що професійна мова медиків складається з багатьох спеціальних термінів, які є словами греко-латинського походження, тому вивчення основ латинської граматики, певного обсягу медичної лексики та греко-латинських словотворчих елементів, принципів побудови медичного терміну є необхідною умовою для свідомого сприйняття студентами спеціальних медичних дисциплін, для роботи з навчальною та науковою літературою, нарешті, для професійної діяльності майбутнього лікаря.

Вивчення латинської мови в медичних навчальних закладах та на медичних факультетах університетів пов'язано з тим, що латинська мова протягом століть була мовою навчання, науки, культури в країнах Західної Європи. Наука і культура, створені стародавніми греками та римлянами, не втратили свого значення і сьогодні, вони стали фундаментом як для європейської, так і для вітчизняної науки і культури. Як в європейських університетах, так і в багатьох перших вищих навчальних закладах України латинська мова була мовою викладання. Латинською мовою написані наукові праці численних вчених як Західної Європи, так і України. Серед них, зокрема, праці Корнелія Цельса „*De medicina*”, „батька медицини” Клавдія Галлена, „*Systema naturae*” Карла Ліннея, твори Феофана Прокоповича, Григорія Сковороди та ін.

Широке використання латинської мови в системі навчання різних країн сприяє створенню спільних наукових номенклатур у різних галузях знань, що значно полегшує взаєморозуміння між науковцями в усьому світі. Тому знання спеціальної латинської термінології та номенклатури для майбутнього

фахівця-медика є вкрай необхідним, в тому числі й у процесі формування його деонтологічної культури.

Із дисципліною „Латинська мова та медична термінологія” безпосереднім чином пов’язана й наступна: „Іноземна мова за професійним спрямуванням”, яка базується на попередньому вивченні студентами в середній загальноосвітній школі такого предмету як „Іноземна мова”; забезпечує високий рівень мовної та мовленнєвої підготовки; закладає студентам фундамент для міждисциплінарної інтеграції (її вивчають паралельно з дисциплінами професійної та практичної підготовки для поглиблення фахового рівня знань – анатомія, фізіологія, латинська мова, хімія, що забезпечує формування соціально-особистісних та інструментальних компетентностей студентів, включаючи й деонтологічну.

Мета цієї навчальної дисципліни впливає із цілей освітньої-професійної програми підготовки випускників вищого медичного навчального закладу та визначається змістом тих системних знань та умінь, котрими повинен оволодіти лікар-спеціаліст. Знання, які студенти отримують із навчальної дисципліни, є базовими для блоку дисциплін, що забезпечують теоретично-наукову і професійно-практичну підготовку.

Формування деонтологічної культури майбутніх медиків в умовах іншомовного середовища можливо здійснювати через професійно спрямоване оволодіння іноземною мовою. Метою процесу оволодіння іноземною мовою є навчання спілкування, яке в методиці викладання передбачає обмін інформацією, що здійснюється у процесі комунікативної взаємодії. Така взаємодія реалізується з використанням комунікативно орієнтованого навчання, що пов’язано із розумінням, сприйняттям та оцінкою інших людей, а також із психічними процесами, які належать до когнітивних процесів: увага, мислення, пам’ять тощо.

Погоджуючись із думкою Т. Ширяєвої про те, що іншомовне мовлення слід розглядати не як мовленнєву діяльність чи засіб спілкування, а як вищу психічну функцію людини [278, с. 177], її психічний процес, оволодіння

іноземною мовою у медичному ВНЗ розглядаємо як пізнавальний процес, одним із завдань якого є формування деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Метою викладання дисципліни „Історія України та української культури” є формування у студентів системи знань про закономірності культурного процесу, про основні досягнення світової та вітчизняної культури, засвоєння загальнолюдських та національних культурних цінностей, збагачення духовного світу, формування моральних і естетичних потреб та здатності зберігати і охороняти культурні здобутки України та світу; формування у студентів сучасного мислення на основі усвідомлення причинно-наслідкових зв’язків процесу історичного розвитку українського суспільства в контексті світових цивілізаційних вимірів, розуміння сутності перетворень, що відбуваються в Україні, її місця у загальноєвропейському просторі та завдань, що стоять перед власною країною і світовою цивілізацією.

Серед завдань навчальної дисципліни зокрема значиться таке:

- розглянути багатовікову історію світової і вітчизняної культури, розкрити основні етапи її розвитку;
- сприяти збагаченню духовного світу студентів, зростанню інтересу до самостійного творчого осмислення культурної спадщини, власній участі в культурному будівництві в Україні;
- визначити особливості та тенденції розвитку культури ХХІ ст., дати аналіз стану сучасної молодіжної культури та контркультури;
- формування гуманізму, свободи особистості, терпимості до інакомислення, здатності до діалогу, неупередженого ставлення до інших народів.

Навчальний курс з „Історії медицини” є спрямовуючою і пов’язуючою ланкою у вивченні розвитку всіх галузей медицини. Матеріали з історії медицини співвідносяться з матеріалами з історії науки, релігії, філософії, економіки, права, суспільної психології. В ньому розвивається підхід до

історії медицини як до цілісного культурологічного процесу. Дисципліна ґрунтується на вивченні загальної історії та щільно з нею пов'язана, вивчає розвиток медичних знань у людському суспільстві в цілому, надає можливість студентам глибше ознайомитися з особливостями становлення медицини в Україні, забезпечує високий рівень медичної підготовки майбутніх лікарів, закладає студентам фундамент для подальшого засвоєння ними знань із профільних теоретичних і клінічних професійно-практичних дисциплін (медичної хімії, медичної генетики, клінічної імунології, інфекційних хвороб із епідеміологією, внутрішньої медицини, хірургії, педіатрії тощо).

Завдання предмету „Історія медицини” полягають:

- у вивченні поглядів на стан здоров'я, причини захворювань, засобів профілактики, лікування в залежності від світогляду та умов життя в відповідних соціально-економічних формаціях;
- у визначенні та обґрунтуванні засобів лікування в залежності від стану наук та науково-технічного процесу;
- у аналізі внеску в світову скарбницю медицини видатних вчених, лікарів;
- у знайомстві студентів з основними джерелами медицини;
- у набутті знань специфіки та особливостей медицини України.

Головною метою викладання елективного курсу „Етичні проблеми в медицині” є систематичне та практично зорієнтоване вивчення протистояння внутрішнього світу особистості з навколишнім світом. Предмет дисципліни – етичні проблеми – дає можливість усвідомити небезпеки та недоліки професійної діяльності лікарів, розвинути свій внутрішній світ, спонукає до морального самовдосконалення людини і майбутнього фахівця.

Завдання курсу пов'язані із підготовкою медичного спеціаліста, здатного аналізувати морально-етичні значущі проблеми та процеси, розширенням його етичного кругозору, формуванням культури етичного мислення, на практичному рівні із прагненням до оволодіння професійним

етикетом та вмінням будувати поведінку в професійних та міжособистісних стосунках.

Кінцеві цілі вивчення дисципліни передбачають таке:

- розширювати етичний кругозір, формувати культуру етичного мислення;
- кристалізувати моральні почуття і на їх основі розвивати особистісний потенціал майбутнього лікаря;
- сприяти виробленню моральних переконань з орієнтацією на гуманістичні загальнолюдські моральні цінності;
- дати роз'яснення таких етичних проблем в медицині як принципи поведінки, деонтологія, медична етика, лікарська етика, білетика, конфлікти в медицині, етичні норми, етична свідомість та ін.;
- розкрити зв'язок етики і медицини.

Професійна спрямованість предмету полягає у формуванні в студента:

- стійкої системи гуманістичних моральних цінностей;
- совісті як виразу моральної самосвідомості особи;
- адекватної самооцінки та суспільної свідомості;
- гармонійної суспільної поведінки;
- вмінь аналізувати суспільні явища і формувати власну думку;
- почуття гідності і національного самоусвідомлення;
- вмінь прилучати себе до розв'язання етико-моральних проблем сучасності;
- швидко, оперативно, ефективно реагувати на моральні та етичні зміни оточуючого середовища.

Метою дисципліни „Основи християнської етики і моралі” є наступне:

- на основі засад християнської етики формувати у студентів високі моральні інтереси та ціннісні погляди,

– націлити майбутнього лікаря на важливість керування в своїй майбутній діяльності основними морально-етичними засадами як нерозривного зв'язку медицини та моралі,

– забезпечити доступ до цілісного й вичерпного синтезу позиції Церкви щодо всього, що стосується підтвердження, у сфері медицини, першорядної й абсолютної цінності життя, що включає народження, життя та смерть.

Завдання дисципліни:

1) сприяти розвитку морально-правової культури лікаря, вдосконалення навиків культури спілкування лікаря з пацієнтом, враховуючи імператив медицини повага прав пацієнта, його системи цінностей і релігійної орієнтації;

2) виховувати студентів в дусі соціально-правової, моральної та професійної відповідальності;

3) ознайомити студентів з християнськими поглядами на народження і життя людини, нормами і принципами міжнародного і українського права, що стосуються даних питань;

4) ознайомити студентів з християнськими поглядами на питання смерті і морально-світоглядне розуміння особистості.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен

знати:

1. Християнський погляд на народження дитини.
2. Християнські засади життя людини.
3. Відношення церкви до сучасних медичних технологій.
4. Етичні питання вмирання і термінальних станів людини.
5. Поняття про смерть людини.
6. Духовний супровід пацієнта у паліативній медицині.

вміти:

1. Вирізняти основні засади прокреації.
2. Розуміти глибину цінності людського життя від зачаття до смерті.

3. Використовувати християнське бачення права на життя.
4. Опиратись в своїй роботі на християнський підходи щодо лікування людей.
5. Володіти християнськими поглядами на застосування сучасних медичних технологій.
7. Адекватно сприймати вмирання і смерть людини.
8. Забезпечити моральну і духовну підтримку вмираючому.
9. Адекватно приймати рішення про аборт та евтаназію.
10. Визначати критерії смерті і мати морально-світоглядне розуміння особистості.

На другому рівні інтеграції змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок ми ставили на меті організацію взаємодії навчальних дисциплін деонтологічної спрямованості у процесі вирішення проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Так, досліджуючи можливості дисципліни „Латинська мова та основи медичної термінології” для долучення майбутніх лікарів до професійної деонтологічної культури, ми спиралися на точку зору І. Ярмакєєва, згідно з якою вирішення завдання реалізації виховного потенціалу навчальної дисципліни проходить три етапи:

- 1) ретельне вивчення й виявлення виховного потенціалу дисципліни;
- 2) визначення комплексу умов актуалізації даного потенціалу;
- 3) проектування, конструювання й апробація науково-педагогічної системи.

Виходячи з положень програми з дисципліни „Латинська мова та основи термінології”, ми встановили, що досить ефективним засобом професійної деонтологічної підготовки медиків є латинські прислів'я, приказки й афоризми. У дослідженнях педагогів й філологів (М. Волков, Н. Грінбаум, Н. Кацман, Л. Сокольська, Н. Федоренко, А. Хамурзова й ін.) відзначається, що прислів'я, приказки й афоризми розширюють світ

духовних запитів людей й формують їхні моральні переконання; вони можуть мобілізувати волю лікаря на боротьбу з перешкодами [103; 152; 167].

Аналіз відповідної літератури показав, що кількість латинських афоризмів етичної й деонтологічної спрямованості є величезним. Корпус відібраних для вивчення висловлень склав 250 одиниць.

На основі спостереження й вивчення науково-теоретичної літератури ми виокремили наступні умови, що забезпечують ефективність процесу долучення студентів до професійної деонтологічної культури на заняттях з латинської мови:

- залучення студентів у діяльність, пов'язану із своєю майбутньою професією, шляхом включення змістовно орієнтованих на професію текстів;
- використання діалогу як основного засобу освоєння етичних цінностей й деонтологічних норм на заняттях з латинської мови;
- орієнтація студентів на оволодіння етичними нормами й гуманізацію освітнього процесу.

З урахуванням зазначених умов у нашому дослідженні ми використовували методика вивчення латинських афоризмів, розроблену М. Кропачовою [138], яка спрямована на долучення студентів-медиків до професійної деонтологічної культури.

Приведемо фрагмент дидактичних матеріалів до одного із занять:

Quod non vetat lex, hoc vetat fieri pudor. – Чого не забороняє закон, то забороняє робити сором.

Est modus in rebus, [sunt certi demque fines] (*Горацій*). – Є міра у речах, [усьому є певні межі].

Ne noceas, si juvare non potes. – Не нашкодь, якщо не можеш допомогти.

Aliena vitia in oculis habemus, a tergo nostra sunt. – Чужі недоліки помічаємо, свої позаду залишаємо. (Чужі пороки в нас перед очима, а свої за спиною).

Nemo iudex in causa sua (in propria causa). – Ніхто не суддя у власній

справі.

Qui totum vult, totum perdit. – Хто всього прагне, той усе втрачає.
(Тобто, хто прагне занадто багато чого, залишається у розбитого корита.)

Qui seminat mala, metet mala. – Хто сіє погане, буде жати погане.

Praemia cum poscit medicus, Satan est. – Якщо лікар вимагає винагороди, то він сатана.

Dicere non est facere. – Сказати – ще не значить зробити.

Dum spiro, spero. – Поки дихаю, сподіваюся.

Завдання. Прочитайте текст. Який латинський вислів міг би послужити епіграфом до нього? Яке ваше відношення до цього вислову?

У книзі „Про самовиховання лікаря” відомі лікарі Е. Вагнер й О. Росновський розповідають про одного з найкрупніших клініцистів кінця XIX століття, який мав цілком заслужену популярність: „На жаль, він відрізнявся дуже важким характером й користолюбством. Маючи величезну практику, він брав із хворих за візит 100 карбованців (у той час величезні гроші).

Одного разу до нього звернувся по допомогу захворілий туберкульозом лікар, який спеціально приїхав із цією метою з далекого Сибіру. Але професор відмовив у консультації, заявивши, що гроші з лікаря брати незручно, а безкоштовно він принципово нікого ніколи не лікує.

Про це якось довідалися студенти-медики. Вони зібрали 100 карбованців монетами 2- і 3-копійчаної вартості й мішок із цими мідяками демонстративно виставили перед лекцією на кафедрі професора. Вийшов скандал, й в остаточному підсумку йому довелося залишити університет”.

У якості текстів були підібрані уривки із книг відомих лікарів. За своєю дидактичною спрямованістю тексти були ціннісно-орієнтованими або емоціогенними й являли собою історії з життя видатних діячів медицини, випадки з реальної лікарської практики, міркування знаменитих лікарів про медицину й свою професію. Зміст тексту був таким, що в процесі його вивчення могли бути усвідомлені, пережиті й внутрішньо прийняті як прості

деонтологічні правила: увічливе й поважне звертання до хворих, увага до тривоги і страждань пацієнта, ретельний збір анамнезу; так і найважливіші етичні цінності: цінність людського життя, рівність усіх людей, пріоритет інтересів хворого. При аналізі текстів студенти вступали у внутрішній діалог із досвідченими лікарями. Відбувалося зіставлення й особистісне осмислення накопичених студентами уявлень про професію лікаря з тим образом, який сформувався у фахівців-медиків – авторів текстів – за довгі роки лікарської практики.

Основним засобом професійної підготовки став діалог, що реалізується у вигляді бесіди або дискусії. Діалог зі студентами починався із пропозиції уявити себе в ситуації, подібної тієї, що описана в тексті, або іншого питання, сформульованого в завданні до тексту.

Важливою умовою успішності діалогічної взаємодії була правильна постановка питань. За допомогою питань й стимулюючих реплік, включаючи прийоми активного слухання, необхідно було зробити обговорювану проблему особистісно значущою для студента, сприяти залученню власного життєвого й морального досвіду студента для підведення його до власного висновку й формулювання власної точки зору. У цьому випадку педагогічний вплив спирався на механізми мислення й пам'яті, згідно з якими висловлені вголос думки, породжені під час дискусії, стають особистісним переконанням. Такий підхід є найбільш значущим для розвитку культури моральних почуттів: прояву емпатії, формування відношення до етичних й деонтологічних норм й правил.

При реалізації даної педагогічної умови ми брали до уваги вікові особливості студентів. Студенти першого курсу, вік яких у нашому дослідженні варіювався від 17 до 21 року, перебували на різних стадіях переходу від ранньої юності до пізнього юнацького віку. Цей віковий період, за даними наукових досліджень, характеризується найбільш активним розвитком моральних почуттів, підвищенням інтересу до моральних проблем, побудовою й переоцінкою системи цінностей, посиленням свідомих

мотивів поведінки, формуванням активної життєвої позиції. Діалогічні методи навчання відповідали прагненням цього віку до незалежності суджень і думок, бажанню самостійно прийти до певного висновку. Важливо, що в юнацькому віці підсилюється увага до особистісних, психологічних якостей людини. Разом з тим зростає критичне відношення як до змісту одержуваних знань, так й до викладачів. Тому бесіда являла собою спільний пошук істини студентами й викладачем. Оскільки етичні принципи й норми в конкретній ситуації могли заходити в суперечність один з одним, однозначне вирішення проблеми можна було й не знайти. У цьому випадку мета полягала в тому, щоб змусити студента задуматися над складністю ухвалення правильного рішення. Пробудження самостійного мислення було найважливішим педагогічним завданням.

Професійну спрямованість мав й сам процес проведення дискусії: він сприяв формуванню професійно важливих якостей лікаря – дозволяв навчитися проявляти терпимість до чужої думки, увічливість й повагу до співрозмовника, розбудовувати комунікативні навички й уміння стримувати свої емоції.

Крім бесід й дискусій застосовувався метод рольової гри. Наприклад, студенту, який виконував роль лікаря, пропонувалося відреагувати на репліки „пацієнта”, використовуючи латинські вислови. Таке моделювання майбутньої професійної діяльності дозволяло формувати навички деонтологічно правильної професійної поведінки.

У процесі викладання дисципліни „Іноземна мова за професійним спрямуванням” ми відбирали навчальний матеріал, теми, усні та письмові тексти з урахуванням майбутньої професії лікаря з її деонтологічним спрямуванням, яке визначали на основі:

- клінічних дисциплін й предметів загального медичного циклу, навчальних курсів „Медична етика”, „Біоетика”, „Медична деонтологія” тощо;
- навчання майбутніх медиків використовувати іноземну мову як засіб

поповнення професійних знань й формування деонтологічних знань, умінь та навичок;

– прагнення студентів оволодіти іноземною мовою й отримати спеціальні професійні знання.

Нами було розроблено типові ситуації, характерні для професійної комунікації, які б створювали вмотивовану потребу в іншомовному спілкуванні й наближали процес навчання до майбутнього професійного спілкування лікарів.

У контексті нашого дослідження ми використовували систему методів й прийомів когнітивно-емоційного стимулювання формування деонтологічної культури у студентів. Основними формами організації навчальної діяльності студентів на заняттях з іноземної мови була колективна (в парах, малих групах) та індивідуальна робота.

Дотримуючись етапів формування іншомовної компетенції у процесі навчання ми використовували різні групи вправ: дотекстові (pre-text), текстові (text) та післятекстові (after-text). Вправи було розроблено за фаховим матеріалом теоретичних та практичних, передклінічних та клінічних навчальних дисциплін.

У якості текстів, які ми використовували для формування деонтологічної культури майбутніх лікарів, застосовувались автентичні синтезовані тексти. Одночасно курс іноземної мови за професійним спрямуванням ми розглядали як результат міжпредметних зв'язків із спеціальними медичними дисциплінами, унаслідок чого іншомовний текст слугував якісним та достовірним інформаційним та пізнавальним матеріалом.

Дотекстові вправи (pre-text) використовували з метою подолання труднощів розуміння деонтологічних (фахових) термінів та підготовки до читання текстів за спеціальністю.

Післятекстові вправи включали систему завдання на ідентифікацію й використовувалися з метою формування у майбутніх медиків поведінки лікаря з хворими: problem-solving and decision making; interpreting, vole-

play;written work; using information from the text for problem-solving and decision-making activities.

У процесі вивчення іноземної мови, орієнтованої на формування деонтологічної культури майбутнього лікаря, найпоширеніший прийом є читання тексту з використанням текстових вправ (text). Через читання й переклад деонтологічних текстів на практиці втілювався поступовий перехід від вивчення іноземної мови до її практичного використання із метою формування деонтологічної культури.

Завданням текстових вправ було знаходження у тексті необхідної лексичної інформації для підтвердження чи обґрунтування своїх думок, значень ключових одиниць тексту та виписування термінів для підготовки до виступу чи складання плану.

Процес формування деонтологічної культури майбутніх медиків в умовах іншомовного навчання полягав у взаємозв'язку навчальної діяльності у вищому медичному навчальному закладі, зокрема на заняттях з англійської мови із психологічним особистісним становленням студента у період первинної професіоналізації, а також оптимізації навчального процесу, введення інтерактивних форм і методів роботи із студентами.

Вивчаючи „Історію України та української культури”, майбутні лікарі отримали знання щодо особливостей первісних форм культури, культури Стародавнього Сходу, античності як типу культури, виникнення християнства, Середньовічної культури, культури Київської Русі як феномену східнохристиянської культури, культури доби Відродження й Просвітництва, західноєвропейської і української культури ХІХ – поч. ХХ ст., провідних тенденцій розвитку сучасної світової і української культури.

У зміст навчальної дисципліни „Історія України та української культури” нами було розроблено додатковий модуль „Діяльність лікаря у сучасному контексті добросусідства культур”, завдання якого полягали у розвитку вмінь студентів самостійно мислити; вихованні активної життєвої

позиції студентів; розширенні міжпредметних зв'язків. На лекційних та практичних заняттях наголошувалося, що культура будь-якого народу розвивається не ізольовано від культур інших народів, а закономірно перебуває в контексті світового культурного процесу. Українці віками творили власну самобутню культуру, успадковуючи культурні цінності своїх предків, переймаючи і творчо осмислюючи надбання інших народів. Студенти дізналися, що одним із найважливіших факторів, що сприяє успішному розвитку національних культур, є засвоєння художнього досвіду інших народів. Інтенсивність і плідотворність цього процесу забезпечують соціально-економічні зв'язки, що зумовлені прагненням народів до взаєморозуміння та взаємозбагачення. У ході обговорення проблемних питань з теми студенти дійшли висновків про те, що здатність людини розвиватися на полікультурній основі, засвоювати нові культурні цінності стає дедалі більш соціально значущою, в тому числі й у професійній діяльності лікаря. Це один із ефективних механізмів соціокультурної динаміки, власне процесу культуротворчості. У підсумку вивчення модулю було доведено, що у процесі полікультурної освіти і виховання здійснюється формування кроскультурної свідомості як прояву комунікативної раціональності. Вона є цілісним стійким соціально-психологічним утворенням, що включає толерантність, повагу до інших поглядів, культур, релігій, уміння спілкуватися й адаптуватися в сучасному світовому середовищі.

На основі вивчення дисципліни „Історія України та української культури” студенти навчилися на евристичному рівні аналізувати закономірності розвитку світової культури та особливості їх віддзеркалення в українській культурі; самостійно робити висновки і узагальнення культурологічних проблем; опанували вміннями застосовувати культурологічні знання для визначення особистої орієнтації в полікультурному просторі.

У рамках навчальної дисципліни „Історія України та української культури” студенти вивчали наступні теми, які сприяли формуванню деонтологічної культури майбутніх лікарів: витоки українського народу та його державності, визвольна боротьба України у різні періоди її існування, соціально-політичний та соціально-економічний розвиток України у різні часи, національно-державне відродження українського народу, незалежна Україна в сучасному світі.

Додатково у зміст курсу було розроблено модуль „Полікультурність та багатоетнічність у вітчизняній історії”, головною тезою якого було визначення, що сучасне українське суспільство є полікультурним, оскільки воно об’єднує людей різних національностей з усіма формами взаємодії та взаємовпливів. Саме національна, мовна, конфесійна й політична багатоманітність українського суспільства обумовлює його багатокультурність. Високорозвиненість цієї сфери є потужним джерелом розвитку країни. У процесі опанування модулем студенти зрозуміли, що полікультурність та поліетнічність сьогодні виступають внутрішніми резервами і ресурсами подальшого розвитку національної державності, джерелом соціального прогресу української нації. Ці ресурси мають бути раціонально використані в інтересах національного державотворення, інакше багатоманітність громадянського суспільства може стати причиною перманентних соціальних і політичних конфліктів та призвести до занепаду та руйнації як громадянського суспільства, так і національної державності.

У процесі опанування курсу „Історія медицини” студенти-медики ознайомилися із основними етапами розвитку медицини у зв’язку з розвитком і зміною суспільно-економічних формацій, загальною періодизацією та хронологією розвитку медицини; основними епохами, періодами в історії медицини; факторами, що впливають на історію та розвиток медицини і досягненнями медицини на різних етапах розвитку світової історії; вкладом видатних діячів світової та української медичної

науки в національну і світову медицину; проблемами розвитку охорони здоров'я в Україні та у світі.

У результаті вивчення даної дисципліни студенти навчилися правильно інтерпретувати та аналізувати розвиток медицини в історичній ретроспективі; трактувати основні історико-медичні події; застосовувати свої знання при вирішенні професійних проблем деонтологічного характеру; сприяти духовному відродженню української медицини; поглиблювати свої знання в медицині в цілому та медичної деонтології зокрема; орієнтуватися в сучасних проблемах охорони здоров'я і сприяти їх вирішенню.

У зміст навчальної дисципліни „Історія медицини” нами було розроблено додатковий модуль „Основні етапи становлення медичної деонтології у різні епохи розвитку суспільства”, в якому студенти-медики знайомилися із прикладами високих зразків виконання лікарського обов'язку, гуманізму, чуйності, доброти, героїзму і самопожертви лікарів та інших медичних працівників у мирні та воєнні часи в історії суспільства.

Студенти медичних ВНЗ усвідомили, що деонтологічна культура лікаря зародилася в найдавніших цивілізаціях й постійно удосконалювалася від епохи до епохи. Вони дійшли висновків про те, що в історії медицини разом із медичною професією виникла потреба у розробці спеціальних медичних кодексів, а лікарська етика в основному розглядає загальнофілософські питання, які спрямовані на медичну працю. Головними з них є гуманізм, вірність кращим традиціям лікування, професійна компетентність і утвердження здорового способу життя.

Ми також розробили додатковий модуль до змісту навчальної дисципліни „Етичні проблеми в медицині” під назвою „Правила взаємовідносин між медичними працівниками та пацієнтами”. У процесі його опанування студенти зрозуміли, що міжособистісні стосунки між лікарем та хворим будуються за принципом практичної взаємодовіри, адже довіра як морально-психологічна категорія визначає ставлення як до дій іншої особи, так і до себе самої, ґрунтується на переконанні, що діє ця особа правильно, їй

притаманні сумління і чесність. Довіра є обов'язковим компонентом у діяльності будь-якої соціальної групи, в якій люди спілкуються і мають тимчасові чи постійні цілі. Такими цілями у взаємовідносинах лікаря та хворого є успіхи у лікувальному процесі.

У своїх доповідях на практичних заняттях студенти-медики наголошували, що у повсякденній діяльності лікаря часто виникають конфлікти утилітарної етики, яка вчить ураховувати лише наслідки лікарської діяльності, та деонтологічної етики, згідно з якою треба орієнтуватися не на наслідки, а на загально визнані етичні принципи: чесність, вірність обов'язку, „клятві Гіппократа”, дотримуватися прав людини тощо.

Майбутні лікарі дійшли висновків, що усе розмаїття підходів до співробітництва лікаря та хворого складається із чотирьох головних компонентів: а) підтримки; б) розуміння; в) поваги; г) співчуття.

Підтримка є однією із найважливіших умов правильних взаємин лікаря і хворого. У цьому випадку вона означає прагнення лікаря бути корисним для хворого. Однак, це не означає, що лікар повинен взяти на себе всю відповідальність за стан здоров'я і настрої хворого. Тут повинні допомагати й сім'я та близькі друзі хворого. Таким чином, лікар відповідає за моральну підтримку хворого, тобто активізує роль хворого у лікувальному процесі.

Розуміння хворого з боку лікаря – це підґрунтя, на якому закріплюється довіра, адже хворий переконується, що його скарги зафіксовані у свідомості лікаря і він їх активно осмислює. Розуміння може бути виражене і невербальним шляхом: поглядом, кивком голови тощо. Тон та інтонація здатні демонструвати як порозуміння, так і відстороненість, незацікавленість. Якщо хворий переконується у нерозумінні і небажанні зрозуміти, то він автоматично перетворюється з помічника лікаря на його супротивника. Невиконання лікарських рекомендацій (і, як наслідок цього – відсутність ефекту від лікування) може бути єдиною ознакою того, що хворий не впевнений у зацікавленості лікаря його конкретним випадком, у бажанні

лікаря вникнути в ситуацію і розібратися професійно. Взаємини лікаря і хворого заходять у безвихідь.

Повага передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його тривоги. Ідеться не тільки про згоду вислухати людину, головне – продемонструвати, що її слова є вагомими для лікаря: необхідно визнати значущість подій, які мали місце в житті хворого, і особливо тих, що становлять інтерес з погляду лікаря-професіонала.

Майбутні лікарі дізналися, що доцільно буває похвалити хворого за терпіння, за скрупульозне виконання ваших призначень. Якщо хворий показав вам результати своїх аналізів, рентгенограми тощо, покажіть, наскільки корисною виявилася ця інформація, тоді у такий спосіб виникне позитивний зворотний зв'язок.

Однією з найнебезпечніших і деструктивних звичок лікаря, на чому наполягали студенти-медики, є здатність до принизливих щодо своїх пацієнтів зауважень. Хворий, який випадково почув, як лікар насміхається з нього у колі друзів, мабуть, ніколи цього не забуде і не пробачить. Аналогічна ситуація може виникнути під час збирання анамнезу, коли лікар постійно робить зауваження з приводу неточних висловлювань (формулювань) хворого, супроводжує зауваження відповідною незадоволеною мімікою обличчя, нервовими рухами рук.

Співчуття – це ключ до співпраці між лікарем та хворим. Необхідно вміти поставити себе на місце хворого, подивитися на світ його очима. Співчуття – це певною мірою своєрідна екранізація (поглинання) почуттів іншого на свою духовну сферу. Студенти усвідомили, що співчувати – значить відчувати іншого всім своїм еством, співчуття починається з факту нашої присутності, інколи мовчазної, з очікування, коли хворий заговорить.

Ще один додатковий модуль – „Основи християнської етики і моралі у контексті формування деонтологічної культури майбутнього лікаря” – було нами розроблено до змісту навчальної дисципліни „Основи християнської етики і моралі”.

У процесі його викладання ми прагнули на основі засад християнської етики формувати у студентів високі моральні інтереси та ціннісні погляди, націлити майбутнього лікаря на важливість керування в своїй майбутній діяльності основними морально-етичними засадами як нерозривного зв'язку медицини та моралі, забезпечити доступ до цілісного й вичерпного синтезу позиції Церкви щодо всього, що стосується підтвердження, у сфері медицини, першорядної й абсолютної цінності життя, що включає народження, життя та смерть.

Вивчаючи даний модуль студенти-медики знайомилися із етичними принципами взаємовідносин суб'єктів медичної діяльності, особливостями формування медичного колективу та його впливом на виховання особистості, характеристиками взаємовідносин працівників медичної галузі, отримали знання щодо моральних якостей лікаря, особливостей професійного спілкування медичних фахівців, основ етики й культури спілкування фахівців медичної галузі з урахуванням основ християнської етики та моралі.

Отже, інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок на другому рівні здійснювалася за допомогою синтезу навчальних дисциплін деонтологічної спрямованості та збагачення їх змісту додатковими модулями з метою формування когнітивного, мотиваційно-ціннісного та діяльнісного компонентів деонтологічної культури майбутніх лікарів.

На третьому рівні інтеграції змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок нами було розроблено та впроваджено у навчально-виховний процес медичного ВНЗ інтегративний спецкурс „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря” (див. Додаток Е).

Завдання спецкурсу передбачали:

1. Сприяння вдосконаленню теоретичної медичної підготовки майбутніх лікарів у галузі медичної деонтології й розвитку практичних умінь та навичок лікування пацієнтів та догляду за хворими.

2. Ознайомлення й адаптація студентів-медиків до умов роботи медичних установ і підрозділів.

3. Розвиток особистих професійних якостей майбутнього медичного фахівця.

4. Розвиток орієнтації студентів-медиків на довгочасну медичну діяльність, освоєння різних форм професійного навчання й самонавчання.

5. Виховання в студентів глибокої відповідальності, почуття обов'язку, моралі, гуманізму, чуйного уважного ставлення до хворих.

У процесі викладання розробленого спецкурсу ми пропонували студентам наступні теми для вивчення: „Характерологічні властивості та особливості особистості лікаря”, „Взаємовідносини між лікарем, пацієнтом, родичами та колегами”, „Лікар й лікарська таємниця”, „Ятрогенні захворювання”, „Лікарські помилки з позиції медичної деонтології та законодавства”, „Деонтологічна культура майбутнього лікаря: сутність, зміст, структура”.

На лекційних та практичних заняттях ми наголошували на тому, що ідеал фахівця й людини, до якого кожний лікар повинен прагнути, передбачає низку обов'язкових характерних властивостей і особливостей, а саме: здатність співчувати близькому й усьому живому, високий рівень професіоналізму, підвищене усвідомлення відповідальності, мужність, законослухняність, принциповість, терпимість, здатність до взаєморозуміння, почуття власної гідності, сила волі тощо.

З лекційних та практичних занять майбутні лікарі дізнавалися про права пацієнта, правила взаємодії лікаря й хворого, положення, що регламентують взаємовідносини між лікарями та молодшими медичними працівниками, про особливості лікарської таємниці, про класифікацію ятрогенних хвороб, про можливі лікарські помилки з точки зору медичної деонтології.

У процесі вивчення спецкурсу студенти доходили висновків про те, що розвиток й вдосконалювання практичної охорони здоров'я, застосування

сучасної апаратури, інструментальних методів обстеження й лікування хворих супроводжуються часом негативними явищами, призводять до дегуманізації медицини, про яку усе більше й з наростаючою тривогою говорять й хворі, й самі медики. У цих умовах суворе дотримання високих вимог деонтології набуває значення важливого профілактичного й лікувального фактора, що благотворно позначається на стані хворих, результатах їх лікування

У процесі викладання розробленого нами спецкурсу ми використовували низку інноваційних інтерактивних форм та методів навчання, направлених на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності (друга педагогічна умова), та прагнули активізувати позааудиторну, самостійну та науково-дослідну роботу студентів вищих медичних закладів освіти з метою стимулювання мотиваційно-ціннісної складової деонтологічної культури майбутніх лікарів (третя педагогічна умова).

У результаті вивчення спецкурсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря” студенти-медики отримували якісні знання з теорії медичної деонтології, усвідомлювали моральні, етико-деонтологічні принципи професійної діяльності медичного працівника, в них зростала мотивація до професійного обов’язку лікаря, розбудовувались особистісні деонтологічно значущі якості, вони вдосконалювали свої навички та вміння виявляти деонтологічні труднощі й знаходити ефективні способи їх подолання у подальшій професійній діяльності, в них формувались вміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування.

Таким чином, ми вважаємо, що трирівнева інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок сприяла формуванню когнітивного, мотиваційно-ціннісного й діяльнісного компонентів деонтологічної культури студентів медичних ВНЗ.

У процесі реалізації другої із розроблених нами педагогічних умов формування деонтологічної культури ми використовували у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ низку інноваційних інтерактивних форм та методів навчання, направлених на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності. Такі форми й методи навчання ми використовували у всьому процесі нашого експериментального дослідження, проте, задля зручності, опишемо особливості їх застосування у процесі викладання розробленого нами спецкурсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”.

Шляхи формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ досягалися нами у вигляді відповідних форм (лекційні заняття, семінарські заняття, практичні заняття, тренінги, самостійна робота, індивідуальна робота) та засобів (технічних друкованих носіїв та комп’ютерних електронних носіїв) у поєднанні з традиційними (анкети, бесіди, вправи, демонстрації, дискусії тощо) та інтерактивними (діалогові технології, імітаційні (ділові) ігри, конкурси, методи асоціацій, метод евристичних запитань, метод емпатії, метод кейсів, метод проблемного навчання, метод творчих проектів тощо) методами навчання.

Так, разом із традиційними лекціями, ми використовували інтерактивні лекції. На них ми використовували такі технічні засоби навчання, як комп’ютер, мультимедійний проектор, інтерактивну дошку Smartboard тощо. Перед початком викладання спецкурсу студенти отримали електронні версії конспектів лекцій, що давало їм можливість раніше опрацювати матеріал лекції, визначити незрозумілі моменти та уточнити їх під час лекції. На самих лекціях студенти звільнялися від трудомісткого та стомлюючого процесу конспектування і могли зосередитись на суті навчального матеріалу. Проведення лекцій з використанням мультимедійного обладнання дозволяли студентам „увімкнути” всі канали сприйняття інформації. На екрані послідовно висвітлювалася базова ситуація та її розвиток. Ключові моменти

підкреслювалися, виділялися кольором, пояснювальним текстом, звуковими ефектами. Окремі моменти пояснювалися засобами анімації та демонстрацією вмонтованих цифрових відеозйомок. Засоби мультимедіа дозволяли у доступній формі підкреслити найбільш значущі моменти лекції. Все це сприяло кращому засвоєнню матеріалу студентами-медиками.

Інтерактивні проблемні лекції несли в собі не суто інформаційний, а пошуковий характер. Особливістю таких лекцій було те, що викладач визначав проблему, яка потребувала дослідження та її вирішення. При цьому лектор не тільки ставив проблему, а організовував процес її розв'язання, активізував студентів, залучав їх до обговорення, висловлення думок і прийняття рішення. Читання проблемної лекції орієнтувало викладача і студентів на спільну роботу у тандемі лектор-студенти, унаслідок якого останні здійснювали активні дії щодо здобуття знань. Інакше кажучи, студенти набували знання через дію, активне мислення, спільну працю над розв'язанням поставленої проблеми. Викладач, з свого боку, спрямовував розумову діяльність студентів у заданому напрямку.

В інтерактивних проблемних лекціях ми проводили виклад матеріалу у такій послідовності:

1. Проблемний блок – створення проблемної ситуації.
2. Інформаційний блок – надання системи інформації. Викладач орієнтував студентів щодо існуючого інструментарію, тобто того, що напрацьовано з даної проблеми з теоретичної точки зору, які знання вже набуті в ході розвитку світової чи вітчизняної науки, яка інформація існує і які джерела її містять. У цьому блоці ми також ставили перед студентами запитання проблемного характеру, відповіді на які створювали систему вторинної інформації, що за допомогою викладача формувалася безпосередньо студентами.

3. Підсумковий блок – оцінка результатів. На цьому етапі викладач підводив підсумки проведеного заняття, оцінював роботу студентів щодо розв'язання поставленої проблеми. Детальний розбір проведеної роботи

дозволяв викладачу вибрати найбільш раціональні ідеї та рішення, зробити наголос на сильних сторонах обговорення, позитивних результатах. Для того, щоб студенти зрозуміли головний зміст рішення, викладач давав його узагальнення і обґрунтував основні положення.

На практичних заняттях спецкурсу ми використовували такі форми організації навчання, як презентації, семінари-дискусії та диспути. Ми націлювали студентів на підготовку та проведення індивідуальних та групових презентацій (метод проектів) із використанням сучасних технічних засобів та інформаційно-комунікативних технологій з актуальних проблем медичної деонтології відповідно до планів семінарських занять спецкурсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”. Після презентації група поділялася на дві підгрупи, які трималися однієї з двох можливих точок зору на презентовану проблему. Погляди обох підгруп захищали у диспуті їх представники, члени кожної з них в разі необхідності здійснювали допомогу своїм представникам, доповнювали, або поглиблювали їх аргументи на користь своєї позиції та переконливо відкидали аргументи своїх опонентів. Журі, до складу якого входило декілька студентів цієї ж групи, давало оцінку диспуту, яка передбачала аналіз його результатів, особливостей спільної навчально-пізнавальної діяльності підгруп, індивідуальної діяльності представників підгруп. Підсумки спільної діяльності учасників диспуту, в тому числі і журі, підводив викладач.

Важливим методом навчання у процесі формування деонтологічної культури майбутніх лікарів був метод аналізу конкретних ситуацій (кейс-метод). Надамо приклади таких ситуативних завдань:

1) Хвора М., 45 років, надійшла до відділення кардіології зі скаргами на колючі болі в області серця. При огляді в неї прослідковується сторожкість, пригніченість. Раніше консультувалася у багатьох фахівців, однак ніхто не роз'яснив їй, чому ж вона хвора й чим обумовлений її стан. У результаті пацієнтка вирішила, що від неї щось приховують. При фізикальному дослідженні патології не виявлено.

Ваша тактика:

- а) виписати хвору, сказавши, що вона здорова;
- б) провести ретельне обстеження й призначити для видимості лікування;
- в) провести курс психотерапії.

2) Хворий К. надійшов до відділення з діагнозом: ішемічна хвороба серця, ниркова симптоматична гіпертензія, наслідки перенесеного інсульту, дисциркуляторна енцефалопатія, гіпоплазія правої нирки.

Після повного обстеження хворого проконсультували в уролога, який сказав йому, що захворювання (ниркова патологія) є запущене з вини лікарів, які обстежували його раніше, звідси й безліч ускладнень (інсульт, що мав місце раніше, енцефалопатія). Хворий засмутився, вилаяв лікаря, загрожував скаргою у вищі інстанції, вимагав виписки додому. АТ – 220/140 мм рт. ст. Спроба пояснити хворому причину важкості його стану залишилася безуспішною.

Ваша тактика:

- а) виписати хворого додому;
- б) викликати родичів й пояснити їм суть питання;
- в) запросити уролога, який його консультував, і разом розібратися в ситуації, що склалася;
- г) призначити консультацію іншого уролога.

3) Вас викликають на консультацію в реанімаційне відділення до трьох хворих, які знову надійшли, з інфарктом міокарда.

1. Хворий Д., 48 років, бізнесмен. Діагноз: крупноосередковий інфаркт міокарда передньої стінки лівого передсердя. У момент огляду скарг немає. Хворий активний, багато говорить, будує великі плани, у своє захворювання не вірить, про прогноз не запитує. Гемодинаміка спокійна, ЕКГ підтверджує діагноз.

2. Хворий А., 52 року, інженер. Діагноз: трансмуральний інфаркт міокарда задньої стінки лівого передсердя. Гемодинаміка спокійна, скарг

немає. При огляді: кволий, адинамічний, у контакт вступає з невеликим бажанням, насторожений. Цікавиться, наскільки серйозною є його патологія, розповідає про смерть рік тому близького родича від інфаркту міокарда. ЕКГ відповідає діагнозу.

3. Хворий І., 58 років, робочий на будівництві. Діагноз: крупноосердковий переднебоковий інфаркт міокарда. Скарг не пред'являє, гемодинаміка спокійна. У контакт вступає легко, однак питань що свого захворюванню не задає, у розмову між лікарями не вступає, намагається розповісти анекдот про медицину. ЕКГ підтверджує діагноз.

Ваша тактика в кожному випадку?

- а) сказати повний діагноз;
- б) приховати;
- в) сказати частково;
- г) сказати повний діагноз, залякати хворого.

Завдання студентів полягало не лише у знаходженні правильної відповіді із серії запропонованих, а й в аргументованому її обґрунтуванні, з'ясуванні можливостей використання інших тактик деонтологічної поведінки у конкретних умовах.

Одним із головних інноваційних методів навчання у процесі формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у нашому дослідженні був метод ігрового моделювання. Студенти-медики із задоволенням брали участь у різних ділових іграх, таких, наприклад, як „Пацієнт на прийомі у доктора”, „Бесіда лікаря із пацієнтом до та після операції”, „Зустріч лікаря із родичами хворого”, „Розгляд скарги пацієнта на дії медичного працівника головним лікарем” тощо. Сюжетні лінії деяких ігор чітко розроблялися викладачем. Проте більшість ділових ігор, які ми використовували у процесі викладання спецкурсу, мали невизначений сюжет, й студенти мали імпровізувати у ролях лікарів, пацієнтів, родичів, адміністраторів лікарень й т.і.

У процесі використання ділових ігор ми намагалися створити умови, максимально наближені до реальних умов професійної діяльності майбутніх лікарів, в яких студенти закріплювали набуті деонтологічні знання та навички деонтологічної поведінки.

Наприкінці кожного практичного заняття із спецкурсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря” ми проводили невеличке письмово опитування студентів, які брали участь в експерименті, у якому вони у довільній формі оцінювали ефективність отриманих деонтологічних знань, висловлювали свої думки щодо вдосконалення навчального процесу з формування деонтологічних умінь та навичок.

Отже, ми вважаємо, що використання у процесі професійної підготовки студентів-медиків інноваційних інтерактивних форм та методів навчання сприяло закріпленню деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у їх подальшій професійній діяльності.

Впровадження у навчально-виховний процес медичного ВНЗ третьої педагогічної умови – активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти – безпосереднім чином пов’язана із двома попередніми, адже у нашому дослідженні ми виходили із розуміння того, що деонтологічні знання, уміння та навички, отримані студентами на аудиторних заняттях, необхідно закріплювати та розвивати у процесі організації їх самостійної, позааудиторної та науково-дослідної роботи.

Самостійну роботу студентів-медиків із формування їх деонтологічної культури ми розглядали як складову навчального процесу фахової підготовки майбутніх лікарів, основним засобом опанування навчального матеріалу в час, вільний від обов’язкових навчальних занять.

Мета самостійної роботи студентів медичних ВНЗ у процесі формування їх деонтологічної культури полягала у сприянні засвоєнню в повному обсязі навчальної програми та формуванні самостійності як особистісної риси та важливої професійної якості майбутнього лікаря,

сутність якої полягає в умінні систематизувати, планувати та контролювати власну професійно-деонтологічну діяльність.

Завдання самостійної роботи студентів медичних ВНЗ з формування деонтологічної культури майбутніх лікарів полягали у засвоєнні відповідних деонтологічних знань, їх закріпленні та систематизації, а також їх застосуванні при виконанні практичних завдань. Самостійна робота забезпечувала підготовку студентів до поточних аудиторних занять.

Зміст самостійної роботи студентів визначався навчальними програмами дисциплін деонтологічної спрямованості, а також розробленими нами методичними матеріалами.

Основними формами самостійної роботи студентів у процесі формування їх деонтологічної культури були:

- опрацювання обов'язкових та додаткових літературних джерел з деонтологічної проблематики;
- виконання домашніх самостійних завдань;
- вивчення окремих тем або питань, передбачених для самостійного опрацювання;
- підготовка до різних форм поточного контролю;
- написання рефератів за заданою проблематикою;
- аналіз наукових публікацій;
- розв'язання практичних задач.

У процесі самостійної підготовки до практичних занять студенти повинні були опрацювати прослуханий лекційний матеріал, всебічно розглянути зміст питань, що виносяться на заняття, опрацювати навчальну літературу, відповідні нормативно-правові акти тощо. Набуті знання студентів перевірялися за допомогою питань для самоконтролю, які охоплювали основні положення, що підлягали самостійному засвоєнню студентами відповідно до кожної передбаченої для самостійного вивчення теми.

Виконання самостійних домашніх завдань мало на меті закріпити і поглибити теоретичні знання й вміння студентів з навчального матеріалу з медичної деонтології, винесеного на самостійне опрацювання.

Практичні завдання, передбачені для кожної теми, що підлягали самостійному засвоєнню, включали підготовку студентів до тематичних колоквиумів, а також написанню рефератів і доповідей за заданими питаннями.

При підготовці до тематичного колоквиуму опрацюванню підлягали нормативні акти, які є правовою основою регулювання медичної діяльності в Україні. Особливу увагу ми приділяли засвоєнню студентами рекомендованої основної та додаткової літератури до кожної теми, яка передбачалась для самостійного вивчення.

Одним із важливих засобів засвоєння знань було написання рефератів. Написання реферату із деонтологічної проблематики необхідно було починати з власного, добре продуманого вступу. У вступі визначалась мета дослідження, з максимально можливою точністю встановлювалися рамки теми, яку потрібно було розглянути, визначалися методи її дослідження. Вступ був перехідною ланкою до основного дослідження. В ньому повинно було відобразити практичне і теоретичне значення теми.

В основній частині роботи потрібно було викласти насамперед зміст досліджуваної проблеми. Робота повинна була завершуватися висновками.

Важливим засобом засвоєння деонтологічних знань студентами було розв'язування задач (проблемних ситуацій), яке мало творчий, аналітичний і самостійний характер.

У процесі активізації позааудиторної роботи студентів з метою формування деонтологічної культури майбутніх лікарів ми використовували такі форми:

- виховні заходи з використанням методики „занурення у професійно-деонтологічну культуру”,
- години деонтологічного спілкування,

- зустрічі з видатними представниками медичної професії регіону та України,
- відкриті діалоги,
- конкурси творчих робіт з деонтологічної проблематики,
- проведення вікторин з питань медичної деонтології,
- проведення психолого-педагогічних тренінгів з виховання деонтологічної культури майбутніх лікарів,
- дослідницька діяльність студентів з вивчення традицій та історії медицини, культури України та країн світу тощо.

Одним із засобів активізації науково-дослідної роботи студентів медичних ВНЗ у процесі формування їх деонтологічної культури була підготовка та організація науково-практичної конференції на тему „Сучасні проблеми медичної деонтології”, яку ми проводили на останньому практичному занятті (залікове заняття) розробленого нами спецкурсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”. Студенти на ній представляли свої доповіді з таких тем, як сутність, зміст та структура медичної деонтології, дотримання принципів деонтології медичним персоналом як запорука успіху лікувальної роботи, адміністративно-регламентуючі форми норм поведінки медичних працівників, можливі наслідки порушення правил медичної деонтології, ятрогенія та егротогенія, біоетика як міждисциплінарна галузь сучасних наукових досліджень, лікарська таємниця, проблеми взаємин у медичному співтоваристві, проблеми взаємин з хворими та їхніми родичами, правила щодо інтимних зв'язків між лікарем і пацієнтом, юридична деонтологія у медицині тощо.

Ще однією формою активізації науково-дослідної роботи студентів медиків у процесі формування їх деонтологічної культури у нашому дослідженні були веб-квести, які є інтерактивною навчальною дослідницькою діяльністю, яка включає три основні елементи, які відрізняють її від простого пошуку інформації в Інтернеті: наявність

проблеми, яку необхідно вирішити; здійснення пошуку інформації групою студентів, причому кожний з них виконує чітко визначену роль і вносить свій доробок в обговорення загальної проблеми; розв'язок проблеми шляхом ведення переговорів і досягнення консенсусу між усіма учасниками проекту.

Веб-квести (або наукові мініпроекти) мали на меті розвиток і вдосконалювання в студентів навичок аналітичного й творчого мислення. Тематика мініпроектів була різної, проблемні завдання також різнилися за ступенем складності. Студенти, які розробляли веб-квести, повинні були мати високий рівень предметної й інформаційно-комунікаційної компетенції у галузі медичної деонтології. Результати виконання веб-квесту залежно від досліджуваного матеріалу були представлені у вигляді усного виступу, презентації в Powerpoint, веб-сторінки або відеофільму.

Активно беручи участь у різних формах науково-дослідної роботи студенти-медики створювали портфоліо своїх творчих науково-дослідних робіт з проблем медичної деонтології, які свідчили про наукові успіхи, інтереси, схильності майбутніх фахівців і, звичайно, про їхню здатність навчатися у подальшому в аспірантурі: писати наукові статті, анотації, гідно представляти результати своїх наукових досліджень й т.і. Важливо відзначити, що сформовані на цьому етапі навчання дослідницькі вміння й навички дозволяли студентам виконувати наукову працю деонтологічної спрямованості творчо, якісно й результативно.

У процесі нашого дослідження ми також заохочували студентів медичних ВНЗ брати активну участь у роботі студентських наукових гуртків та науково-практичних конференцій з проблем медичної деонтології, студенти-медики розробляли курсові проекти та успішно захищали випускні кваліфікаційні роботи з деонтологічної проблематики.

Отже, ми вважаємо, що активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти стимулювала розвиток мотиваційно-ціннісної складової деонтологічної культури майбутніх лікарів, сприяла накопиченню необхідних

деонтологічних знань, закріпленню та вдосконаленню умінь та навичок майбутніх лікарів у контексті сформованості їх деонтологічної культури.

Таким чином, комплексна реалізація у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ розроблених нами педагогічних умов була націлена на формування деонтологічної культури майбутніх лікарів. Аналіз якісних та кількісних змін у розподілі студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості їх деонтологічної культури після формувального етапу нашого експериментального дослідження представлено у наступному підрозділі дисертації.

2.3. Аналіз результатів експериментальної роботи з формування деонтологічної культури майбутніх лікарів

На оцінювально-результативному етапі нашого експериментального дослідження передбачалось проведення аналізу результатів роботи з формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ, а саме проведення оцінки ефективності розроблених та впроваджених у навчально-виховний процес медичного ВНЗ педагогічних умов. З цією метою нами було проведено повторну діагностику рівнів сформованості деонтологічної культури студентів-медиків в ЕГ та КГ за визначеними критеріями і в цілому. Методика проведення діагностики залишилася практично незмінною:

- анкетування,
- тестування,
- аналіз результатів поточного й підсумкового контролю знань за допомогою письмових та усних опитувань,
- проведення індивідуальних і колективних бесід,
- кількісно-якісний аналіз діяльності й поведінки студентів, а також результатів цих дій, здійснюваних за допомогою педагогічного спостереження.

Ми констатуємо, що за наслідками формувального етапу нашого експериментального дослідження студенти ЕГ продемонстрували суттєві якісні зміни у рівнях сформованості деонтологічної культури, а саме:

– в них було сформовано чітку систему деонтологічних медичних знань, необхідних для здійснення подальшої професійної діяльності;

– їх знання моральних, етико-деонтологічних принципів медичної діяльності отримали цілісний та ґрунтовний характер;

– вони набули міцні знання нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність лікаря;

– вони почали розуміти деонтологічну культуру як особистісну професійно-значущу якість;

– вивчення передового професійного досвіду представників лікарського співтовариства викликало в них великий інтерес;

– вони проявляли здатність до аналізу конкретної професійної ситуації деонтологічного характеру з фіксацією проблеми й способів її розв'язку;

– в них сформовані уміння усвідомлено виконувати професійний обов'язок відповідно до кваліфікаційних вимог і професійно-етичного кодексу лікаря;

– вони демонстрували уміння виявляти деонтологічні труднощі й знаходити ефективні способи їх подолання у професійній діяльності;

– їх вміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування стали розвинутими.

Зрозуміло, що якісні зміни у рівнях сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за результатами формувального етапу експерименту повинні відбиватися й у кількісних показниках, які представлено у наступних таблицях та діаграмах.

Таблиця 2.2

Результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за когнітивним критерієм на кінець експерименту

Рівень	ЕГ		КГ	
	кількість	%	кількість	%
Високий	103	52,82	48	25,40
Середній	72	36,92	90	47,62
Низький	20	10,26	51	26,98

Динаміка зміни розподілу студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за когнітивним критерієм представлена на Рис. 2.1.

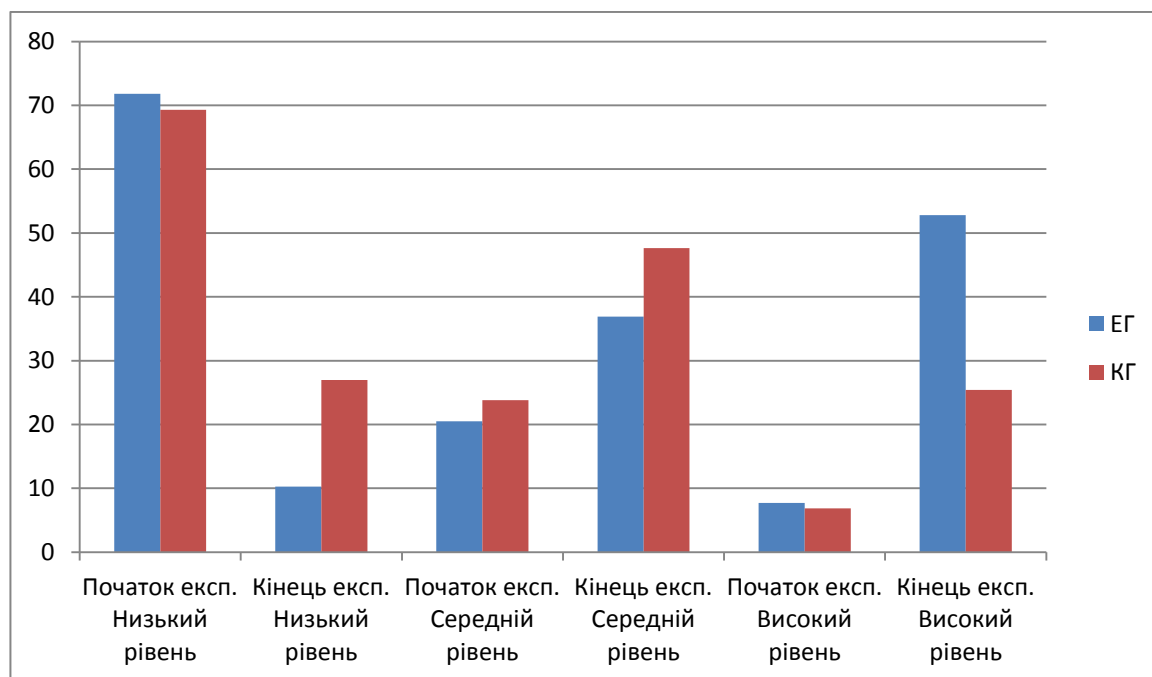


Рис. 2.1. Динаміка зміни розподілу студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за когнітивним критерієм

Як бачимо з Табл. 2.2. та Рис. 2.1., кількість студентів ЕГ, які продемонстрували високий рівень сформованості деонтологічної культури за когнітивним критерієм, збільшилася майже у сім разів у порівнянні із результатами діагностики на констатувальному етапі експерименту (7,69% на початку експерименту й 52,82% наприкінці). Приблизно однаковою є кількість студентів ЕГ та КГ, які знаходяться на середньому рівні сформованості деонтологічної культури на оцінювально-результативному етапі експерименту – 36,92% та 47,62% відповідно. Проте, суттєві відмінності бачимо у перерозподілі студентів обох груп із низьким рівнем сформованості досліджуваного явища: лише кожен десятий студент в ЕГ залишився на низькому рівні за даним критерієм (10,26%), у той час як більш, ніж чверть студентів у КГ не змогли перейти на більш високий рівень сформованості деонтологічної культури за когнітивним критерієм (26,98%). Звертаємо увагу на те, що кількість студентів ЕГ з високим рівнем сформованості деонтологічної культури за першим критерієм у двічі перевищує їх колег із КГ наприкінці нашого експериментального дослідження (52,82% та 25,40% відповідно).

Статистичну вірогідність отриманих результатів перевіримо за допомогою автоматичного розрахунку критерію Пірсона χ^2 .

Таблиця 2.3

**Статистична вірогідність результатів діагностики рівнів
сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів в ЕГ та КГ на
оцінювально-результативному етапі експерименту за когнітивним
критерієм**

№	Емпір. частота	Теор. частота	$(f_e - f_T)$	$(f_e - f_T)^2$	$(f_e - f_T)^2/f_T$
Високий рівень ЕГ	103	76.68	26.32	692.74	9.034
Високий рівень КГ	48	74.32	-26.32	692.74	9.321
Середній рівень ЕГ	72	82.27	-10.27	105.47	1.282
Середній рівень КГ	90	79.73	10.27	105.47	1.323
Низький рівень ЕГ	20	36.05	-16.05	257.6	7.146
Низький рівень КГ	51	34.95	16.05	257.6	7.371
Суми	384	384	-	-	35.477

Результат: $\chi^2_{\text{емп}} = 35.477$

Критичні значення χ^2 при $v=2$

v	p	
	0.05	0.01
2	5.991	9.21

Отримане значення $\chi^2_{\text{емп}}$ (35,477) є більшим, ніж критичні значення (5,991 та 9,21), а отже, розбіжності між розподілами студентів є статистично вірогідними (гіпотеза H_1). Це означає, що на оцінювально-результативному етапі експерименту результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури студентів медичних ВНЗ в ЕГ та КГ за когнітивним критерієм мали статистично вірогідні розбіжності, тобто студенти в обох групах продемонстрували різні (такі, що мають статистично значущі розбіжності) рівні сформованості досліджуваного явища.

Тепер перейдемо до аналізу кількісних показників у розподілі студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості деонтологічної культури за мотиваційно-ціннісним критерієм на оцінювально-результативному етапі нашого експерименту.

Таблиця 2.4

Результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за мотиваційно-ціннісним критерієм на кінець експерименту

Рівень	ЕГ		КГ	
	кількість	%	кількість	%
Високий	118	60,51	94	49,74
Середній	70	35,90	60	31,75
Низький	7	3,59	35	18,51

Динаміка зміни розподілу студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за мотиваційно-ціннісним критерієм представлена на Рис. 2.2.

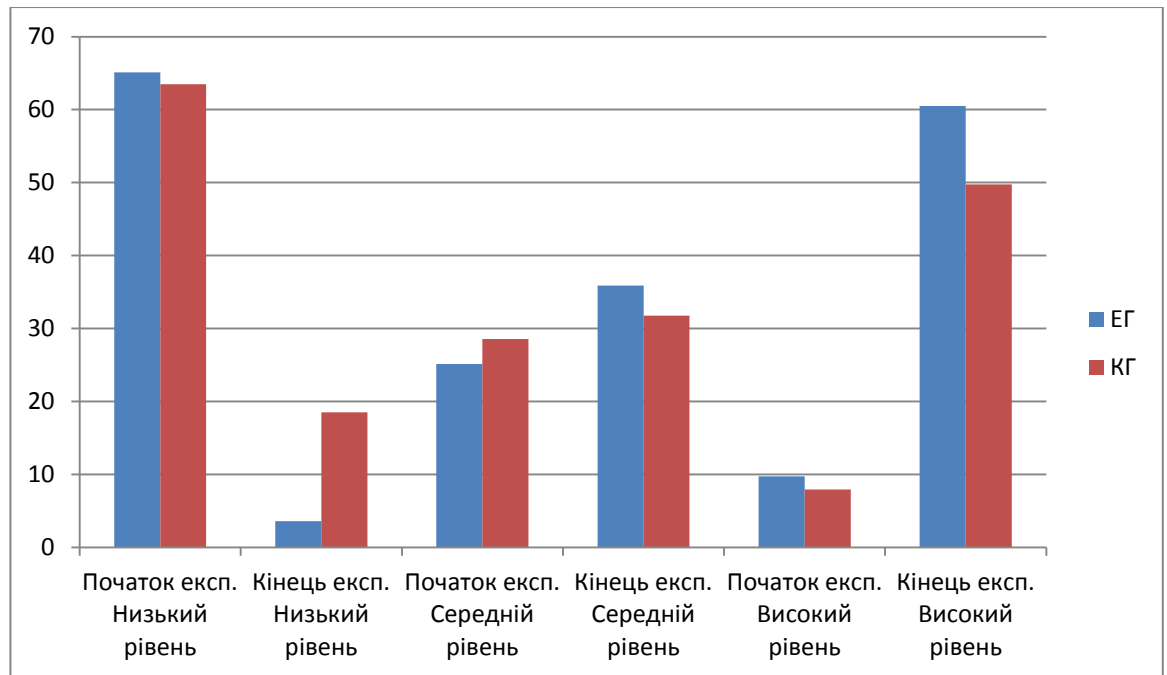


Рис. 2.2. Динаміка зміни розподілу студентів EG та KG за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за мотиваційно-ціннісним критерієм

Представлені в Табл. 2.4. та на Рис. 2.2. дані свідчать про те, що студенти обох груп продемонстрували позитивну динаміку у процесі формування деонтологічної культури за даним критерієм, адже переважна більшість студентів EG та KG спромоглася у сукупності вийти на високий та середній рівні сформованості досліджуваного явища наприкінці експерименту (96,41% та 81,49% відповідно). Проте, не можна не помітити суттєву різницю у перерозподілу студентів EG та KG між собою за відповідними рівнями. Так, різниця у кількості студентів EG та KG, які у результаті повторної діагностики продемонстрували високий рівень сформованості деонтологічної культури за мотиваційно-ціннісним критерієм, становить +10,77% на користь студентів EG. Більш розучую є різниця між кількістю студентів EG та KG, які залишилися на низькому рівні сформованості досліджуваного явища за цим критерієм наприкінці нашого експериментального дослідження: лише 7 із 195 в EG (або 3,59%), у той час як кількість таких студентів у KG є понад у п'ять разів більше (18,51%).

Наявність або відсутність статистично вірогідних відмінностей отриманих результатів перевіримо за допомогою автоматичного розрахунку критерію Пірсона χ^2 .

Таблиця 2.5

Статистична вірогідність результатів діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів в ЕГ та КГ на оцінювально-результативному етапі експерименту за мотиваційно-ціннісним критерієм

№	Емпір. частота	Теор. частота	$(f_e - f_T)$	$(f_e - f_T)^2$	$(f_e - f_T)^2/f_T$
Високий рівень ЕГ	118	107.66	10.34	106.92	0.993
Високий рівень КГ	94	104.34	-10.34	106.92	1.025
Середній рівень ЕГ	70	66.02	3.98	15.84	0.24
Середній рівень КГ	60	63.98	-3.98	15.84	0.248
Низький рівень ЕГ	7	21.33	-14.33	205.35	9.627
Низький рівень КГ	35	20.67	14.33	205.35	9.935
Суми	384	384	-	-	22.068

Результат: $\chi^2_{\text{емп}} = 22.068$

Критичні значення χ^2 при $v=2$

v	p	
	0.05	0.01
2	5.991	9.21

Отримане значення $\chi^2_{\text{емп}}$ (22,068) є більшим, ніж критичні значення (5,991 та 9,21), а отже, розбіжності між розподілами студентів є статистично вірогідними (гіпотеза H_1). Це означає, що на оцінювально-результативному етапі експерименту результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури студентів медичних ВНЗ в ЕГ та КГ за мотиваційно-ціннісним критерієм мали статистично вірогідні розбіжності, тобто студенти в ЕГ та КГ продемонстрували різні, статистично вірогідні рівні сформованості досліджуваного явища.

Перейдемо до аналізу кількісних показників у розподілі студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості деонтологічної культури за діяльнісним критерієм на оцінювально-результативному етапі нашого експерименту.

Таблиця 2.6

Результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за діяльнісним критерієм на кінець експерименту

Рівень	ЕГ		КГ	
	кількість	%	кількість	%
Високий	94	48,21	36	19,05
Середній	75	38,46	99	52,38
Низький	26	13,33	54	28,57

Динаміка зміни розподілу студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за діяльнісним критерієм представлена на Рис. 2.3.

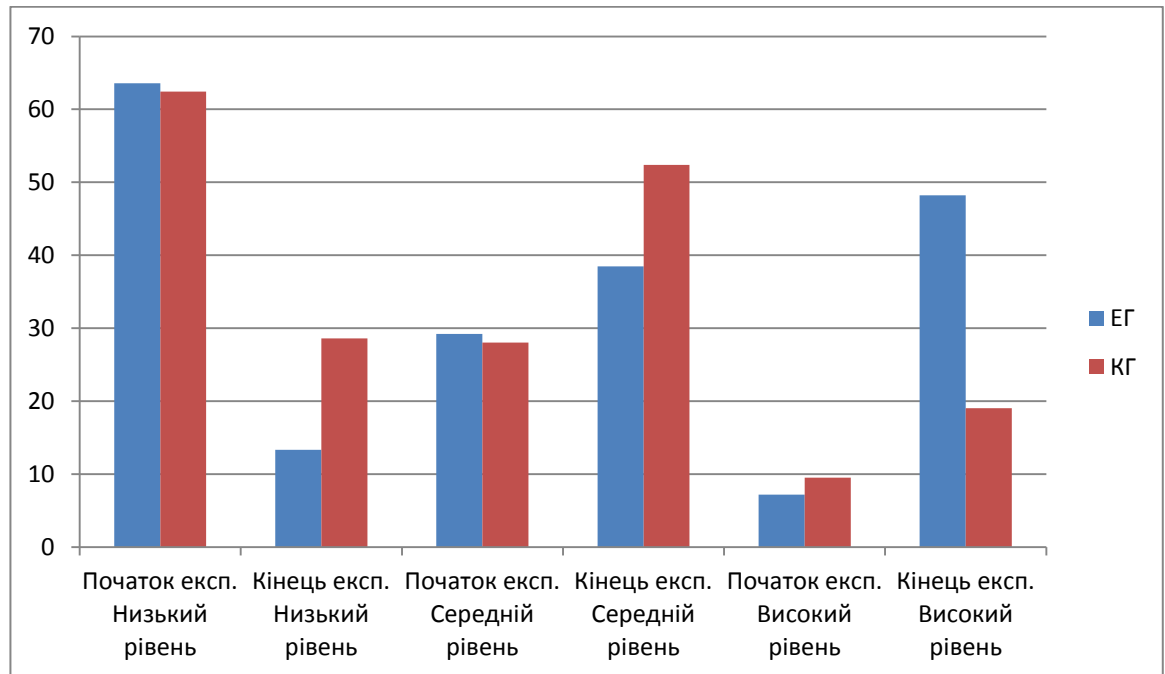


Рис. 2.3. Динаміка зміни розподілу студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за діяльнісним критерієм

З даних у Табл. 2.6. та на Рис. 2.3. бачимо, що майже половина студентів ЕГ наприкінці експерименту знаходилися на високому рівні сформованості деонтологічної культури за діяльнісним критерієм (48,21%), у той час майже така ж кількість студентів у КГ продемонструвала середній рівень сформованості досліджуваного явища за цим критерієм (52,38%). Натомість, різниця у кількості студентів ЕГ та КГ з високим рівнем сформованості деонтологічної культури за діяльнісним критерієм на оцінювально-результативному етапі експериментального дослідження складає майже 30% на користь студентів ЕГ (48, 21% та 19,05% відповідно). Звертаємо увагу на те, що у порівнянні із констатувальним етапом кількість студентів ЕГ з високим та середнім рівнем сформованості досліджуваного

явища за даним критерієм зросла у два з половиною рази (було 36,41%, а стало 86,67%). Ми також констатуємо, що кількість студентів із низьким рівнем сформованості деонтологічної культури за діяльнісним критерієм наприкінці експерименту є вдвічі більшою, ніж їх колеги із ЕГ (28,57% та 13,33% відповідно).

Статистичну значущість отриманих результатів знов-таки перевіримо за допомогою автоматичного розрахунку критерію Пірсона χ^2 .

Таблиця 2.7

Статистична вірогідність результатів діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів в ЕГ та КГ на оцінювально-результативному етапі експерименту за діяльнісним критерієм

№	Емпір. частота	Теор. частота	$(f_e - f_T)$	$(f_e - f_T)^2$	$(f_e - f_T)^2/f_T$
Високий рівень ЕГ	94	66.02	27.98	782.88	11.858
Високий рівень КГ	36	63.98	-27.98	782.88	12.236
Середній рівень ЕГ	75	88.36	-13.36	178.49	2.02
Середній рівень КГ	99	85.64	13.36	178.49	2.084
Низький рівень ЕГ	26	40.63	-14.63	214.04	5.268
Низький рівень КГ	54	39.38	14.62	213.74	5.428
Суми	384	384.01	-	-	38.894

Результат: $\chi^2_{\text{емп}} = 38.894$

Критичні значення χ^2 при $v=2$

v	p	
	0.05	0.01
2	5.991	9.21

Отримане значення $\chi^2_{\text{емп}}$ (38,894) є більшим, ніж критичні значення (5,991 та 9,21), а отже, розбіжності між розподілами студентів є статистично вірогідними (гіпотеза H_1). Це означає, що на оцінювально-результативному етапі експерименту результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури студентів медичних ВНЗ в ЕГ та КГ за діяльнісним критерієм мали статистично вірогідні розбіжності, тобто студенти в ЕГ та КГ продемонстрували статистично різні рівні сформованості досліджуваного явища.

Загальні рівні сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за трьома критеріями на кінець експерименту представлено у Табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за трьома критеріями на оцінювально-результативному етапі експерименту

Рівень	ЕГ		КГ	
	кількість	%	кількість	%
Високий	105	53,85	59	31,22
Середній	72	36,92	83	43,92
Низький	18	9,23	47	24,86

Динаміка зміни розподілу студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за трьома критеріями у цілому представлена на Рис. 2.4.

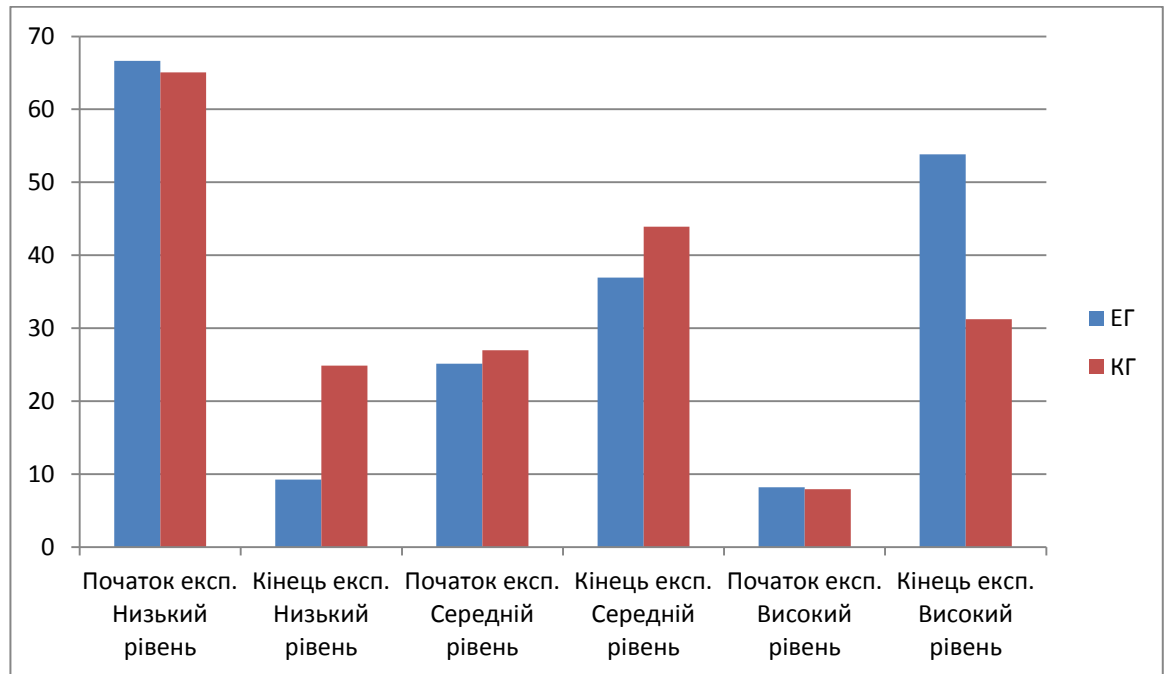


Рис. 2.4. Динаміка зміни розподілу студентів ЕГ та КГ за рівнями сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів за трьома критеріями (у цілому)

У порівнянні із констатувальним етапом експериментального дослідження кількість студентів в ЕГ з високим рівнем сформованості деонтологічної культури за трьома критеріями зросла на 45,64% (у шість з половиною разів) та склала 53,85%. У той же час кількість студентів ЕГ з низьким рівнем сформованості досліджуваного явища скоротилася на 57,43%, в абсолютному значенні склала лише 18 осіб із 195. Кількість студентів ЕГ із середнім рівнем сформованості деонтологічної культури наприкінці експерименту збільшилася на понад 10% (25,13% – на констатувальному етапі й 36,92% – на оцінювально-результативному).

Порівняння кількості студентів ЕГ та КГ з високим рівнем сформованості деонтологічної культури наприкінці експерименту є на

користь студентів ЕГ (+22,63%): в ЕГ – 53,85%, а у КГ – лише 31,22%. Майже однакові показники спостерігаємо у розподілі студентів ЕГ та КГ із середнім рівнем сформованості досліджуваного явища на оцінювально-результативному етапі нашого дисертаційного дослідження (36,92% та 43,92% відповідно). Проте, кількість студентів ЕГ, які залишилися на низькому рівні сформованості деонтологічної культури у кінці експерименту, є у два з половиною рази меншою у порівнянні із їх колегами із КГ (9,23% та 24,86% відповідно).

У цілому, понад 90% студентів ЕГ за результатами проведення формувального етапу експерименту продемонстрували високий або середній рівень сформованості деонтологічної культури, у той час як майже 25% студентів у КГ залишилися на низькому рівні сформованості досліджуваного явища.

Статистичну вірогідність отриманих результатів кількісного перерозподілу студентів ЕГ та КГ, які брали участь у нашому експериментальному дослідженні з формування деонтологічної культури майбутніх лікарів, перевіримо за допомогою автоматичного розрахунку критерію Пірсона χ^2 .

Таблиця 2.9

Статистична вірогідність результатів діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів в ЕГ та КГ на оцінювально-результативному етапі експерименту у цілому (за трьома критеріями)

№	Емпір. частота	Теор. частота	$(f_e - f_T)$	$(f_e - f_T)^2$	$(f_e - f_T)^2/f_T$
Високий рівень ЕГ	105	83.28	21.72	471.76	5.665
Високий рівень КГ	59	80.72	-21.72	471.76	5.844
Середній рівень ЕГ	72	78.71	-6.71	45.02	0.572
Середній рівень КГ	83	76.29	6.71	45.02	0.59
Низький рівень ЕГ	18	33.01	-15.01	225.3	6.825
Низький рівень КГ	47	31.99	15.01	225.3	7.043
Суми	384	384	-	-	26.539

Результат: $\chi^2_{\text{емп}} = 26.539$

Критичні значення χ^2 при $v=2$

v	p	
	0.05	0.01
2	5.991	9.21

Як бачимо, отримане значення $\chi^2_{\text{емп}}$ (26,539) є більшим, ніж критичні значення (5,991 та 9,21), а отже, розбіжності між розподілами студентів є статистично вірогідними (гіпотеза H_1). Це означає, що на оцінювально-результативному етапі експерименту результати діагностики рівнів сформованості деонтологічної культури студентів медичних ВНЗ в ЕГ та КГ за трьома критеріями (у цілому) мали статистично вірогідні розбіжності, тобто студенти в ЕГ та КГ продемонстрували різні (із доведеною статистичною вірогідністю) рівні сформованості досліджуваного явища.

Таким чином, аналіз результатів експериментального дослідження на оцінювально-результативному етапі свідчить про ефективність розроблених та впроваджених у навчально-виховний процес медичного ВНЗ педагогічних умов формування деонтологічної культури майбутніх лікарів. Сформованість деонтологічної культури майбутніх медичних працівників відображається у якісному покращенні усвідомлення студентами-медиками сукупності моральних цінностей та етичних норм, які, у результаті нашого дослідження, стали їх особистісними переконаннями і сприяли спрямуванню професійної діяльності майбутнього медичного працівника на формування і відтворення сучасних морально-етичних вимог суспільства у галузі охорони здоров'я. Отже, гіпотеза нашого дослідження була повністю підтверджена емпіричним шляхом.

Висновки до другого розділу

Перед проведенням формувального етапу експериментального дослідження з формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ нами було розроблено та обґрунтовано педагогічні умови, які, на наш погляд, сприятимуть ефективному формуванню досліджуваного явища. До них було віднесено такі:

1) інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок;

2) використання у процесі професійної підготовки студентів-медиків інноваційних інтерактивних форм та методів навчання, направлених на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності;

3) активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти з метою стимулювання мотиваційно-ціннісної складової деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Інтеграцію змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їх деонтологічних знань, умінь та навичок розглядаємо як форму, яку знаходять об'єкти, вступаючи у взаємодію один з одним. У структурі інтеграції навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів виокремлюємо три рівні:

1) асиміляція дисциплінарного інструментарію;

2) синтез взаємодіючих наук деонтологічної спрямованості на основі базової дисципліни;

3) формування нової навчальної дисципліни із власним предметом вивчення – створення цілісної інтеграційної системи, зокрема інтегративного курсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”.

Інноваційні інтерактивні методи та форми навчання студентів медичних ВНЗ надають можливість вирішувати одночасно кілька завдань, спрямованих на розвиток деонтологічної культури майбутніх лікарів. Інтерактивні методи допомагають установлювати емоційні контакти між студентами, розбудовують креативність, можливість нестандартно мислити й уміти відстоювати свої інтереси, формують навички роботи в команді, забезпечуючи високу мотивацію в саморозвитку й самонавчанні, активну життєву позицію, розкриття творчого потенціалу тощо.

Активізація самостійної та позааудиторної навчальної діяльності дозволяє вирішувати проблему недостатньої кількості навчальних годин, що приділяються на професійну підготовку майбутніх лікарів, створює передумови для розвитку вмінь пошукової й творчої діяльності, сприяє підготовці майбутнього медичного працівника до подальшої професійної самоосвіти й саморозвитку.

Активізація науково-дослідної роботи студентів-медиків є ефективним засобом формування та розвитку в них мотивації до наукової творчості, професійно-етичної відповідальності та самостійності, що сприяє реалізації діяльнісного, компетентнісного та особистісно зорієнтованого підходів до деонтологічного навчання та виховання майбутніх фахівців у медичній галузі.

У цьому розділі було описано особливості впровадження у навчально-виховний процес медичного ВНЗ розроблених нами педагогічних умов, які сприяли ефективному формуванню деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів на основі принципів відбору відповідного змісту:

- системності,
- відповідності значеннєвого й процесуального аспектів діяльності,
- єдності інтеграції й диференціації,
- інтегративності,
- антропоцентризму,
- культуровідповідності,
- професійно-етичної компетентності

і принципів структурування даного змісту:

- міждисциплінарності,
- ієрархічності,
- гнучкості,

– варіативності

з урахуванням критеріїв комплексності, соціальної й професійної значимості, доступності, оптимуму, педагогічної забезпеченості, сприяла процесу формування деонтологічних знань, умінь та навичок майбутніх фахівців у галузі медицини.

Формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ досягалося нами у вигляді відповідних форм:

- лекційні заняття,
- семінарські заняття,
- практичні заняття,
- тренінги,
- самостійна робота,
- індивідуальна робота

та засобів (технічних друкованих носіїв та комп'ютерних електронних носіїв) у поєднанні з традиційними (анкети, бесіди, вправи, демонстрації, дискусії тощо) та інноваційними інтерактивними (діалогові технології, імітаційні (ділові) ігри, конкурси, методи асоціацій, метод евристичних запитань, метод емпатії, метод кейсів, метод проблемного навчання, метод творчих проєктів тощо) методами навчання.

Деонтологічні знання, уміння та навички, отримані студентами на аудиторних заняттях, закріплювалися та розвивалися у процесі активізації їх самостійної, позааудиторної та науково-дослідної роботи.

Аналіз результатів проведеного дослідження на оцінювально-результативному етапі експерименту дозволяє стверджувати, що студенти ЕГ продемонстрували суттєві якісні зміни у рівнях сформованості деонтологічної культури:

– в них було сформовано чітку систему деонтологічних медичних знань, необхідних для здійснення подальшої професійної діяльності;

- їх знання моральних, етико-деонтологічних принципів медичної діяльності отримали цілісний та ґрунтовний характер;
- вони набули міцні знання нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність лікаря;
- вони почали розуміти деонтологічну культуру як особистісну професійно-значущу якість;
- вивчення передового професійного досвіду представників лікарського співтовариства викликало в них великий інтерес;
- вони проявляли здатність до аналізу конкретної професійної ситуації деонтологічного характеру з фіксацією проблеми й способів її розв'язку;
- в них сформовані уміння усвідомлено виконувати професійний обов'язок відповідно до кваліфікаційних вимог і професійно-етичного кодексу лікаря;
- вони демонстрували уміння виявляти деонтологічні труднощі й знаходити ефективні способи їх подолання у професійній діяльності;
- їх вміння вибудовувати відносини із хворими, їхніми родичам й колегами відповідно до норм професійного спілкування стали розвинутими.

У порівнянні із констатувальним етапом експериментального дослідження кількість студентів в ЕГ з високим рівнем сформованості деонтологічної культури за трьома критеріями зросла на 45,64% (у шість з половиною разів) та склала 53,85%. У той же час кількість студентів ЕГ з низьким рівнем сформованості досліджуваного явища скоротилася на 57,43%, в абсолютному значенні склала лише 18 осіб із 195. Кількість студентів ЕГ із середнім рівнем сформованості деонтологічної культури наприкінці експерименту збільшилася на понад 10% (25,13% – на констатувальному етапі й 36,92% – на оцінювально-результативному).

У цілому, понад 90% студентів ЕГ за результатами проведення формувального етапу експерименту продемонстрували високий або середній рівень сформованості деонтологічної культури, у той час як майже 25%

студентів у КГ залишилися на низькому рівні сформованості досліджуваного явища.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та практичне вирішення проблеми формування деонтологічної культури майбутніх лікарів, що виявляється в розробці, обґрунтуванні та впровадженні в навчально-виховний процес медичного ВНЗ педагогічних умов забезпечення досліджуваного явища.

1. На підставі аналізу філософської, деонтологічної, психолого-педагогічної літератури, підходів науковців до тлумачення феноменів „культура”, „деонтологія”, „професійна етика медичного працівника”, „моральні принципи й норми у медицині” визначено теоретичні засади деонтологічної культури майбутніх лікарів, під якою розуміємо інтегративну особистісно-професійну якість майбутнього лікаря, яка сприяє формуванню його моральної свідомості (сукупність моральних цінностей та етичних норм, які стають особистісними переконаннями і спрямовують професійну діяльність медичного працівника на формування й відтворення морально-етичних вимог суспільства в галузі охорони здоров'я), яка постійно переосмислюється та вдосконалюється в процесі професійної діяльності лікаря.

2. Визначено сутність деонтологічної культури майбутнього лікаря, яка полягає в поєднанні ціннісно-змістовного, особистісно-емоційного та комунікативно-соціального аспектів професійної діяльності лікаря. У структурі деонтологічної культури майбутнього лікаря виокремлено такі компоненти:

- когнітивний (професійні знання та компетентності),
- аксіологічний (наявність професійно-етичних цінностей),
- мотиваційний (інтерес до використання морально-етичних норм у майбутній професійній діяльності),
- особистісно-рефлексивний (морально-етичні переконання медичного працівника у професійній діяльності),
- поведінковий (реалізація деонтологічних норм у практичній діяльності лікаря).

3. У дисертації розроблено такі критерії сформованості деонтологічної культури майбутнього лікаря, як когнітивний, мотиваційно-ціннісний, діяльнісний, змістовно охарактеризовано відповідні рівні – низький, середній, високий. Констатувальний етап експерименту засвідчив переважно низький рівень сформованості деонтологічної культури студентів вищих медичних навчальних закладів.

3. Формування деонтологічної культури майбутніх лікарів представлено як невід’ємну частину навчально-виховного процесу медичного ВНЗ, у якому на основі використання наукових підходів (системний, компетентнісний, особистісно зорієнтований, культурологічний) та низки відповідних методологічних принципів організації навчання майбутні фахівці медичної галузі набувають необхідні їм у подальшій професійній діяльності деонтологічні знання, навички та вміння, розуміють деонтологічну культуру як особистісну професійно-моральну цінність, розкривають свій інтелектуальний, професійно-етичний потенціал, демонструють готовність до використання гуманістичних цінностей, етичних принципів, деонтологічних норм і правил у своїй практичній діяльності лікаря.

4. Доведено, що ефективність формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ зумовлена теоретичним обґрунтуванням та впровадженням таких педагогічних умов:

- інтеграція змісту навчальних дисциплін фахової підготовки майбутніх лікарів з метою формування їхніх деонтологічних знань, умінь та навичок;

- використання в процесі професійної підготовки студентів-медиків інноваційних інтерактивних форм та методів навчання, спрямованих на закріплення деонтологічної поведінки майбутніх лікарів у подальшій професійній діяльності;

- активізація позааудиторної, самостійної та науково-дослідної роботи студентів вищих медичних закладів освіти з метою стимулювання мотиваційно-ціннісного складника деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Теоретико-методологічними засадами наукового обґрунтування представлених умов визначено загальні положення педагогіки вищої школи, теоретико-методичні засади формування деонтологічної культури медичних працівників, професійної підготовки майбутніх лікарів у медичних ВНЗ, концепції інтеграції в освіті, наукові положення щодо сучасних інтерактивних технологій професійної підготовки майбутніх фахівців.

5. У процесі впровадження педагогічних умов доведено доцільність збагачення змісту дисциплін деонтологічної спрямованості („Латинська мова та медична термінологія”, „Іноземна мова за професійним спрямуванням”, „Історія України та української культури”, „Історія медицини”, „Етичні проблеми в медицині”, „Основи християнської етики і моралі”) додатковими модулями, використання спецкурсу „Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”, інтерактивних форм та методів навчання (робота в малих групах, дискусія, інтерактивні лекції, евристична бесіда, метод проектів, метод аналізу проблемних ситуацій (кейс-метод), дослідний метод, ігрові методики (ділові, імітаційні, рольові ігри), „мозковий штурм”, „круглий стіл”), завдань для самостійної роботи студентів-медиків, спрямованих на формування їхньої деонтологічної культури.

Деонтологічні знання, уміння та навички, отримані студентами на аудиторних заняттях, закріплювалися та розвивалися в процесі активізації їхньої самостійної, позааудиторної та науково-дослідної роботи. Активізацію позааудиторної роботи відповідно до проблеми дослідження було здійснено під час деонтологічного спілкування, зустрічей з видатними представниками медичної професії, конкурсів творчих робіт, психолого-педагогічних тренінгів з деонтологічної проблематики. Доведено доцільність різних форм активізації науково-дослідної роботи студентів-медиків у процесі формування їхньої деонтологічної культури: науково-практичних конференцій, веб-квестів, розробка наукових міні-проектів з питань медичної деонтології тощо.

6. Результати формувального етапу експериментального дослідження дозволяють стверджувати, що студенти ЕГ продемонстрували суттєві якісні

зміни в рівнях сформованості деонтологічної культури, зокрема: у майбутніх лікарів сформовано чітку систему деонтологічних медичних знань, необхідних для здійснення подальшої професійної діяльності, а також знань нормативно-законодавчих актів, які регулюють медичну діяльність лікаря. Студенти виявили розуміння деонтологічної культури як особистісної професійно значущої якості, інтерес до вивчення передового професійного досвіду представників лікарського співтовариства, здатність до аналізу конкретної професійної ситуації деонтологічного характеру з фіксацією проблеми й способів її розв'язання, уміння виявляти деонтологічні труднощі й знаходити ефективні способи їх подолання в професійній діяльності, уміння вибудовувати взаємини із хворими, їхніми родичами й колегами згідно з нормами професійного спілкування.

Усвідомлення студентами-медиками сукупності моральних цінностей та етичних норм як особистісних переконань сприяє спрямуванню професійної діяльності майбутнього медичного працівника на формування й відтворення сучасних морально-етичних вимог суспільства в галузі охорони здоров'я.

Аналіз результатів експериментального дослідження засвідчив ефективність розроблених та впроваджених у навчально-виховний процес медичного ВНЗ педагогічних умов формування деонтологічної культури майбутніх лікарів.

Перспективними напрямками наукових пошуків у межах досліджуваної проблематики вважаємо підготовку викладачів медичних ВНЗ до морального, професійно-етичного й деонтологічного виховання майбутніх лікарів, розробку методичних рекомендацій щодо педагогічної підтримки самоосвітньої діяльності студентів медичних ВНЗ у процесі формування їхньої деонтологічної культури.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В. Б. Державне управління : теорія і практика / В. Б. Авер'янов. – К. : Факт, 2003. – 384 с.
2. Аврахова Л. Я. Англійська мова для студентів-медиків / Л. Я. Аврахова. – К. : ЗАТ „Атлант ЮЕМСі”, 2003. – 169 с.
3. Автоматический расчет χ^2 – критерия Пирсона [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.psychol-ok.ru/statistics/pearson/>.
4. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07 / А. О. Агаркова. – К., 2011. – 21 с.
5. Алексеев С. С. Введение в юридическую специальность / С. С. Алексеев. – М. : Юрид. лит., 1976. – 122 с.
6. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья / Н. М. Амосов. – М. : АСТ, Сталкер, 2002. – 592 с.
7. Андреев А. Л. Компетентностная парадигма в образовании : опыт философско-методологического анализа / А. Л. Андреев // Педагогика. – 2005. – № 4. – С. 19 – 27.
8. Андреев В. И. Педагогика : учеб. курс для творческого саморазвития / В. И. Андреев. 2-е изд. / В. И. Андреев. – Казань : Центр инновационных технологий, 2000. – 608 с.
9. Андрейчин С. М. Деонтологічне виховання студентів / С. М. Андрейчин, В. О. Михацяка, С. А. Маланчук // Мед. освіта. – 2004. – № 1. – С. 43 – 45.
10. Андрущенко В. П. Пріоритети розвитку освіти ХХІ ст. / В. П. Андрущенко // Актуальні філософські та культурологічні проблеми сучасності. – К. : Знання України, 2000. – С. 3 – 11.
11. Антоненко М. Ю. Диференційовані підходи до вибору інтерактивного методу навчання в післядипломній освіті лікарів-стоматологів / М. Ю. Антоненко, Н. А. Зелінська, Т. А. Мельничук,

Л. М. Саяпина, О. А. Значкова // Современная стоматология. – 2015. – № 5. – С. 109 – 111.

12. Аристотель. Сочинения : В 4-х т. / Аристотель. – М. : Мысль, 1978. – Т. 2. – 687 с.

13. Атанов Г. А. Возрождение дидактики – залог развития высшей школы / Г. А. Атанов. – Донецк : ДООУ, 2003. – 180 с.

14. Бабанский Ю. К. Избранные педагогические труды / Ю. К. Бабанский // сост. М. Ю. Бабанский. – М. : Педагогика, 1989. – 560 с.

15. Барабанщиков А. В. Проблемы педагогической культуры преподавателей вузов и задачи секции педагогики высшей школы педагогического общества РСФСР / А. В. Барабанщиков // Профессиональное мастерство преподавателя высшей школы. – М., 1980. – С. 4 – 23.

16. Безрукова В. С. Интеграционные процессы в теории и практике : монография / В. С. Безрукова. – Екатеринбург, 1994. – 152 с.

17. Безрукова В. С. Педагогика профессионально-технического образования. Теоретические основы : Текст лекций / В. С. Безрукова / Свердлов. инж.-пед. ин-т. – Свердловск, 1989. – 88 с.

18. Беликов В. А. Педагогические условия как цель педагогических исследования / В. А. Беликов // Проблемы образования и развития личности учащихся. – Магнитогорск : МаГУ, 2001. – С. 69 – 73.

19. Белінкіна Л. Т. Морально-етичні і деонтологічні аспекти діяльності медичної сестри, фельдшера і акушерки : навч. посібник для студ. мед. училищ і коледжів / Л. Т. Белінкіна та ін. // ред. Р. І. Поцюрко. – Борислав : Б. в., 1997. – 72 с.

20. Бентам И. Введение в основания нравственности и законодательства / И. Бентам. – М. : РОССПЭН, 1998. – 416 с.

21. Берулава М. Н. Интеграция содержания образования / М. Н. Берулава. – М. : Педагогика, 1993. – 170 с.

22. Беспалько В. П. Образование и обучение с участием компьютеров /

В. П. Беспалько. – М. : Изд-во Моск. психол.-социал. ин-та, 2002. – 352 с.

23. Бех І. Д. Виховання особистості / І. Д. Бех. – К. : Либідь, 2003. – Кн. 1: Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. – 280 с.

24. Бех І. Д. Гуманізм у вихованні підростаючої особистості / І. Д. Бех // Рід. шк. – 1995. – № 9. – С. 23 – 25.

25. Бех І. Д. Відчуття провини в моральному розвитку особистості / І. Д. Бех // Рід. шк. – 1991. – № 4. – С. 37 – 42.

26. Бехтерев В. М. Избранные произведения (статьи и доклады) / В. М. Бехтерев. – М. : Государственное издательство медицинской литературы Медгиз, 1954. – 525 с.

27. Билибин А. Ф. Горизонты деонтологии / А. Ф. Билибин // Вестн. АМН СССР. – 1979. – № 5. – С. 35 – 45.

28. Биомедицинская этика / ред. В. И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 224 с.

29. Бібік Н. М. Компетентісний підхід : рефлексивний аналіз застосування / Н. М. Бібік // Компетентісний підхід у сучасній освіті : світовий досвід та українські перспективи. – К. : К.І.С., 2004. – С. 47 – 52.

30. Бідучак А. С. Оптимізація профілактики поведінкових чинників ризику в практиці медичного працівника / А. С. Бідучак // Лікарська справа. – 2015. – № 1-2. – С. 112 – 115.

31. Біленчук П. Д. Правова деонтологія : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / П. Д. Біленчук, С. С. Сливка. – К. : АТІКА, 1999. – 320 с.

32. Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти : Матеріали науково-практичної конференції, м. Львів, 26-27 березня 2009 року. – Львів : ЛНМУ ім. Д. Галицького, 2009. – 630 с.

33. Богомаз В. М. Особливості взаємовідносин лікар – пацієнт в системі добровільного медичного страхування / В. М. Богомаз, Н. М. Лелюх [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/arhiv/53/1914.asp>.

34. Болонская Декларация 19 июня 1999 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://nkaoko.kz/bolon_process/key_documents_of_the_bologna_process/136/.
35. Болотіна Н. Б. Медичне право у системі права України / Н. Б. Болотіна // Право України. – 1999. – № 7. – С. 116–121.
36. Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. Т. 2 / С. П. Боткин. – М. : Медгиз, 1950. – 580 с.
37. Булах І. Є. Медична інформатика в модулях. Практикум / І. Є. Булах. – К. : Медицина, 2009. – С. 7 – 25.
38. Вагнер Е. А. Раздумья о врачебном долге / Е. А. Вагнер. – Пермь : Изд-во «Пермское книжное издательство», 1986. – 222 с.
39. Вайнола Р. Х. Деонтологічна культура : навч.-метод. посіб. для студ. мед. та пед. вищ. навч. закл. / Р. Х. Вайнола, С. С. Хлестова. – Вінниця : ДКФ, 2010. – 60 с.
40. Валицкая А. П. Культуротворческая школа : концепция и модель образовательного процесса / А. П. Валицкая // Педагогика. – № 4. – 1998. – С. 12 – 18.
41. Валицкая А. П. Философские основания современной парадигмы образования / А. П. Валицкая // Педагогика. – 1997. – № 2. – С. 3 – 8.
42. Васильєва М. П. Основи педагогічної деонтології : навч. посіб. / М. П. Васильєва. – Х. : Нове слово, 2003. – 200 с.
43. Вежновець Т. А. Вплив досвіду керівної роботи на стиль ухвалення управлінського рішення керівником закладу охорони здоров'я / Т. А. Вежновець // Лікарська справа. – 2013. – № 8. – С. 116 – 120.
44. Великий психологічний словник / заг. ред. Б. Мещеряков, В. Зінченко. – К. : Прайм-Єврознак, 2003. – 672 с.
45. Великий тлумачний словник сучасної української мови / Уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. – К. : Ірпінь: ВТФ „Перун”, 2009. – 1736 с.
46. Веселова Е. К. Психологическая деонтология / Е. К. Веселова. – СПб. : Издательский дом Санкт-Петербургского гос. ун-та 2002. – 316 с.

47. Водяха А. А. Ценностно-смысловые компоненты профессиональной идентичности врача : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.03 / Водяха Алена Александровна. – Кемерово, 2009. – 175 с.

48. Волкова Н. П. Переконання у професійній комунікації викладача вищого навчального закладу / Н. П. Волкова // Вісн. КрНУ імені Михайла Остроградського. – 2015. – Вип. 1(2). Сер. „Педагогічні науки”. – С. 16 – 23.

49. Волосовець О. П. Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів / О. П. Волосовець, С. П. Кривоустов, Н. В. Нагорна. – Донецьк : Донбас, 2004. – 84 с.

50. Гааз Ф. И. Педагогическая психология / Ф. И. Гааз. – М., 2003. – 240 с.

51. Гавайська декларація II. Всесвітня психіатрич. Асоціація ; Декларація, Міжнародний документ від 10.07.1983 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_872.

52. Гавайська декларація. Одобрена Генеральною ассамблеєю ВПА, Вена, 1977 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mybiblioteka.su/tom2/4-33217.html>.

53. Гаврилькевич В. К. Учение живой этики и медицина о литии / В. К. Гаврилькевич, Л. Г. Васильевых, Т. В. Самойлова, И. О. Эрметов [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://manvantara.info/forum/threads/uchenie-zhivoj-ehniki-i-medicina-o-litii.51/>.

54. Галімов А. В. Теоретико-методичні засади підготовки майбутніх офіцерів-прикордонників до виховної роботи з особовим складом : монографія / А. В. Галімов. – Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2004. – 376 с.

55. Гальперин П. Я. Психология как объективная наука : изб. психол. тр. / П. Я. Гальперин. – Воронеж : Издательство «Институт практической психологии», НПО «МОДЭК», 1998. – 480 с.

56. Гераймович І. О. Шляхи формування моральних якостей особистості студентів у навчальному процесі / І. О. Гераймович // Створення

системи менеджменту якості освітніх послуг у ВНЗ : матеріали наук.-практ. конф., (Луганськ, 24 квітня 2008 р.). – Луганськ : Альма-матер, 2008. – С. 23 – 31.

57. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення України / З. С. Гладун. – К. : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.

58. Гладун З. С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун. – Тернопіль : Укрмедкнига, 1999. – 312 с.

59. Гладун З. С. Законодательство о здравоохранении : проблемы формирования новой теоретической модели / З. С. Гладун // Государство и право . – 1994. – № 2. – 37 с.

60. Гладун З. С. Правове становище громадян в галузі охорони здоров'я / З. С. Гладун // Право України. – 1994. – № 10. – 49 с.

61. Глоссарий современного образования (терминологический словарь) / Л. В. Левчук // Народное образование. – 1997. – № 3. – С. 93 – 103.

62. Глуховский В. В. Права пациента. Терминологический словарь-справочник / В. В. Глуховский, А. В. Ангелов. – М. : Изд-во ООО «Дизайн и полиграфия», 2008. – 132 с.

63. Глуховский В. В. Стандарты и механизмы обеспечения прав пациентов в системах здравоохранения / В. В. Глуховский. – М. : Изд-во ООО «Дизайн и полиграфия», 2008. – 136 с.

64. Гмурман В. Е. Элементы приближенных вычислений : учеб. пос. / В. Е. Гмурман. – М. : Высш. шк., 2005. – 93 с.

65. Годлевская Д. М. Коммуникативные умения как составляющая коммуникативности личности социального работника / Д. М. Годлевская // Социальная педагогика : теория и практика. – Луганск : «Альма-матер», 2004. – № 2. – С. 96 – 100.

66. Годлевская Д. М. Концептуальные подходы к определению сущности профессиональной компетентности социального работника /

Д. М. Годлевская // Социализация личности : Сб. науч. трудов / Под общ ред. проф. А. И. Капской. Т. XXIV. – М. : Логос, 2005. – С. 111 – 121.

67. Голік О. В. Формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології засобами кооперативного навчання : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. Наук : 13.00.02 / О. В. Голік. – К., 2015. – 20 с.

68. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник / С. У. Гончаренко. – К. : Либідь, 1997. – 376 с.

69. Гончарук Е. И. Опыт работы комиссии по биоэтике Национального медицинского университета им. А. А. Богомольца : научные и дидактические аспекты / Е. И. Гончарук, А. И. Егоренков, А. П. Яворовский // В сб. «Философский век», альманах № 21 – «Науки о человеке в современном мире». – Ч. 1. – СПб., 2002. – С. 314 – 324.

70. Горкуненко П. П. Підготовка студентів педагогічного коледжу до науково-дослідної роботи : автореф дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04 / П. П. Горкуненко. – Вінниця, 2007. – 20 с.

71. Городов П. Н. Концепция воспитательной работы в Вооруженных Силах: гуманистическое осмысление / П. Н. Городов // Воспитательная работа в Вооруженных Силах : состояние и перспективы развития. – М. : ГА ВС, 1995. – С. 88 – 92.

72. Горшенев В. М. Юридическая деонтология : учеб. пособие / В. М. Горшенев, И. В. Бенедик. – К. : Изд-во УМК при Минвузе УССР, 1988. – 78 с.

73. Грандо А. А. Врачебная этика : пособие / А. А. Грандо, С. А. Грандо. – К. : Триумф, 1994. – 256 с.

74. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология / А. А. Грандо. – К. : Вища шк., 1982. – 168 с.

75. Группмэн Дж. Как думают доктора? Почему врачи ошибаются, и как пациент может спасти себя, задавая им правильные вопросы / Дж. Группмэн. – М. : Эксмо, 2008. – 320 с.

76. Гузеев В. В. Планирование результатов образования и образовательная технология / В. В. Гузеев. – М. : Народное образование, 2001. – 240 с.
77. Гусарев С. Д. Юридична деонтологія : навч. посібник / С. Д. Гусарев, О. М. Карпов. – К. : Б. в., 1998. – 156 с.
78. Гусев В. О. Методологічні підходи до формування системи інноваційного законодавства / В. О. Гусев, Г. М. Довгаль // Менеджер. Вісн. ДонДУУ. – 2004. – № 4(30). – С. 11 – 17.
79. Дан Г. П. Етика для лікарів, медсестер і пацієнтів / Г. П. Дан. – Львів : Свічадо, 2008. – 200 с.
80. Декарт Р. Сочинения : в 2-х т. : пер. с лат. и фр. / Р. Декарт // сост., ред., вступ. ст. В. В. Соколова – М. : Мысль, 1989. – Т. 1. – 1989. – 654 с.
81. Деонтология в медицине : в 2 т. / под ред. Б. В. Петровского. – М. : Медицина, 1988. – Т. 1. Общая деонтология. – 1988. – 237 с.
82. Добрович А. Б. Общение: наука и искусство / А. Б. Добрович. – М. : Знание, 1978. – 144 с.
83. Довгань А. А. Деякі аспекти біологічної безпеки населення / А. А. Довгань // Безпека життєдіяльності. – 2013. – № 7. – С. 28 – 30.
84. Дробик О. Паліативна допомога як протидія евтаназії / О. Дробик. – Львів : Друкарські куншти, 2011. – 276 с.
85. Дубовицкая Т. Д. Диагностика уровня профессиональной направленности студентов / Т. Д. Дубовицкая // Психологическая наука и образование. – 2004. – № 2. – С. 82 – 87.
86. Духовні потреби дітей України : монографія / О. М. Бабак, О. В. Безпалько, О. В. Биковська та ін. // Під заг. ред. Ж. В. Петрочко. – К. : Видавничий дім „Калита”, 2005. – 108 с.
87. Дышлюк И. С. Содержание исторического образования как фактор межпредметной интеграции в школе : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. пед. наук : 13.00.01 / И. С. Дышлюк. – Ростов н/Д : 2000. – 20 с.

88. Етико–правові підходи до оцінки недобровільних мір і ризику завдання шкоди хворому під час психіатричного втручання : Методичні рекомендації / Укл. Н. О. Марута, В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова. – К., 2011. – 31 с.

89. Етичний кодекс лікаря: довідник / за ред. І. Д. Герича. – Л. : Галицька видавнича спілка, 2008. – 21 с.

90. Етичний кодекс лікаря України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://health-ua.com/pics/pdf/19/30-31.pdf>.

91. Етичні аспекти роботи лікаря-стоматолога / А. В. Мальований, В. С. Гриновець, В. В. Синиця, Ю. В. Сулим // Львівський медичний часопис. АСТА МЕДИКА LEOPOLIENSIA (дар). – 2009. – № 2. – С. 52 – 55.

92. Женевская декларация (Международная клятва врачей). Принята 2^{ой} Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948 года, дополнена 22^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 года и 35^{ой} Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябре 1983 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.med-pravo.ru/Ethics/seventh.htm>.

93. Жернов В. И. Теоретико-методологические основы формирования профессионально-педагогической направленности личности студента педагогического вуза : монография / В. И. Жернов. – Магнитогорск : Магнитогорский гос. пед. ин-тут, 1999. – 116 с.

94. Жуков Г. Н. Основы общей профессиональной педагогики : учеб. пособие / Г. Н. Жуков. – М. : Гардарики, 2005. – 200 с.

95. Заблоцька О. С. Компетентнісний підхід як освітня інновація : порівняльний аналіз / О. С. Заблоцька // Вісник Житомирського державного університету. – Житомир, 2008. – Вип. 40. – С. 63 – 68.

96. Завилянский И. Я. Врач и больной. Вопросы врачебной деонтологии, этики и психотерапии / И. Я. Завилянский. – К. : Здоров'я, 1964. – 88 с.

97. Загальна декларація про геном людини та права людини ООН, ЮНЕСКО; Декларація, Міжнародний документ від 11.11.1997 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_575.

98. Загородній Ю. І. Педагогічні умови політичної соціалізації студентської молоді в умовах великого промислового міста : дис. канд. пед. наук : 13.00.05 / Загородній Юрій Іванович. – Луганськ, 2004. – 201 с.

99. Закон України про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги. Верховна Рада України; Закон від 07.07.2011 № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>.

100. Захист персональних даних в закладах охорони здоров'я / Зб. нормативно-правових актів. Вип. 7 // ДОЗ ЛОДА, Львівський обласний центр здоров'я. – Львів, 2014. – 63 с.

101. Зверев И. Д. Межпредметные связи в современной школе / И. Д. Зверев, В. Н. Максимова. – М. : Педагогика, 1981. – 160 с.

102. Зеер Э. Ф. Психология профессий : учеб. пособие / Э. Ф. Зеер. – М. : Академ. проект ; Екатеринбург : Деловая кн., 2003. – 336 с.

103. Золотухін Г. О. Фахова мова медика / Г. О. Золотухін, Н. П. Литвиненко, Н. В. Місник. – К. : Здоров'я, 2001. – 395 с.

104. Зюзіна Т. О. Культурологічна підготовка студентів у вищих навчальних закладах: теоретико-методологічні засади змісту освіти : монографія / Т. О. Зюзіна. – Луганськ : Вид-во ЛНУ ім. Тараса Шевченка, 2009. – 384 с.

105. Зязюн І. А. Педагогіка добра: ідеали і реалії : наук.-метод. посіб. / І. А. Зязюн. – К. : МАУП, 2000. – 312 с.

106. Исаев И. Ф. Творческая самореализация учителя: культурологический подход / И. Ф. Исаев, М. И. Ситникова. – Москва – Белгород : БГУ, 1999. – 224 с.

107. Истомина Е. В. Деонтологическое поведение стоматолога-ортопеда в зависимости от характеристических особенностей пациентов : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Истомина Елена Владимировна. – М., 2007. – 163 с.

108. Казаков В. С. Новые принципы подготовки и переподготовки специалистов с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием / В. С. Казаков, В. В. Шило, А. И. Кубарко // Здоровоохранение Белоруссии. – 1991. – № 4. – С. 4 – 7.

109. Калашников Н. А. Аспекты взаимодействия пациента и врача, возможности их оптимизации в медицинской практике (Часть 1) / Н. А. Калашников, С. Н. Куница // Український медичний вісник. Therapia. – 2015. – № 6. – С. 36 – 39.

110. Калиновская Т. Г. Научно-исследовательская работа студентов как фактор развития творческой активности / Т. Г. Калиновская, С. А. Косолапова, А. В. Прошкин // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2010. – № 1. – С. 75 – 78.

111. Калібабчук В. О. Інструментальні методи для студентів фармацевтичного факультету. Модуль 3. Лабораторні та практичні заняття : метод. посіб. / В. О. Калібабчук, С. М. Гождзінський, В. Л. Сліпчук, Г. М. Зайцева, Т. Д. Рева, О. М. Чхало. – К., 2011. – 44 с.

112. Камінська І. П. Психологічні особливості формування деонтологічної культури майбутніх медиків засобами іноземної мови : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.07 / І. П. Камінська. – К., 2015. – 20 с.

113. Караханова Г. А. Формирование деонтологической культуры учителя в системе непрерывного профессионального образования : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.08 / Караханова Галина Алиевна. – М., 2007. – 409 с.

114. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія : підручник для студ. вищ. мед. навч. закладів I-III рівнів акредитації / Н. М. Касевич. – К. : Медицина, 2009. – 200 с.

115. Кассирский И. А. О врачевании. Проблемы и раздумья / И. А. Кассирский. – М. : Медицина, 1970. – 272 с.
116. Кертаева Г. М. Деонтологическая подготовка социального работника / Г. М. Кертаева // Самопознание и самопроектирование как условия самореализации личности : сб. науч. трудов по материалам междунар. форума. – 2012. – С. 64 – 70.
117. Климчук В. О. Психологічна деонтологія : етичні кодекси : хрестоматія / В. О. Климчук // уклад. В. О. Климчук ; Міжрегіональна академія управління персоналом. – К. : МАУП, 2005. – 86 с.
118. Кобзар О. Б. Роль інформаційних технічних засобів навчання в підготовці лікаря до суспільно-професійної діяльності / О. Б. Кобзар // Соціалізація особистості. – Вип. 14. – К. : Логос , 2001. – С. 104 – 111.
119. Кобзар О. Б. Система навчального процесу в медичному вузі : монографія / О. Б. Кобзар. – К. : СТИЛОС, 1997. – 242 с.
120. Коваль П. Б. Юридичні аспекти співпраці лікаря і пацієнта (огляд законодавчої бази) / П. Б. Коваль, О. І. Прохно // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – № 2. – С. 11 – 16.
121. Ковтун А. Ю. Психологічна деонтологія : хрестоматія / Ю. П. Никоненко, А. Ю. Ковтун. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2012. – 388 с.
122. Кодекс врачебной этики Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.svfirstov.ru/self-regulation-in-health-care/Juridical-aspects-doctor-work/522/>.
123. Кодекс медицинской деонтологии. – К. : Дух и література; Сфера, 1998. – 164 с.
124. Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект) : дис. ... канд. наук. з держ. упр. : 25.00.02 / Козуліна Світлана Олександрівна. – Одеса, 2004. – 191 с.

125. Колесина К. Ю. Построение процесса обучения на интегративной основе : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. пед. Наук : 13.00.01 / К. Ю. Колесина. – Ростов-н/Д, 1995. – 22 с.
126. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах : монографія / Ю. І. Колісник-Гуменюк. – Львів, 2013. – 296 с.
127. Комаров Ю. М. Тезаурус по проблеме : «Управление качеством медицинской помощи» / Ю. М. Комаров, А. В. Короткова. – М. : «Медсоцэкономинформ», 1997. – 36 с.
128. Комунальна гігієна / Є. Г. Гончарук, В. Г. Бардов, С. І. Гаркавий, О. П. Яворовський та ін. // За ред. Є. Г. Гончарука. – К. : Здоров'я, 2006. – 792 с.
129. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину Рада Європи, Європейський Союз; Конвенція, Міжнародний документ від 04.04.1997 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/994_334.
130. Кондрух В. И. Теоретические основы построения педагогической системы исследовательской подготовки преподавателей профессионально-педагогического колледжа : автореф. дис. на соиск. учен. степени д-ра пед. наук : 13.00.08 / В. И. Кондрух. – Магнитогорск, 2001. – 47 с.
131. Конституція України. Верховна Рада України; Закон від 28.06.1996 № 254к /96 ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
132. Коробова Е. В. Формирование деонтологической готовности студентов университетов : на основе общих положений педагогической деонтологии : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Коробова Екатерина Викторовна. – Курган, 2001. – 196 с.
133. Корсаков С. С. Избранные произведения / С. С. Корсаков. – М. : Гос. изд-во мед. литературы, 1954. – 772 с.

134. Котельников В. П. От Гиппократ и до наших дней / В. П. Котельников. – М. : Знание, 1987. – 112 с.

135. Крапівіна А. А. Ставлення лікарів до забезпечення гендерної рівності у сфері охорони здоров'я України (за даними соціологічного дослідження) / А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 61 – 66.

136. Краснов В. В. Проблеми організації системи якості у медичному ВНЗ / В. В. Краснов, П. В. Леоненко // Інтеграція української медичної освіти в європейський та американський медичний простір : матеріали навч.-наук. конф., (Тернопіль, 15-16 травн. 2006 р.). – Тернопіль : Тернопільський державний медичний університет „Укрмедкнига”, 2006. – С. 189 – 191.

137. Кречетников К. Г. Интеграция дисциплин в учебном процессе / К. Г. Кречетников [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://aeli.altai.ru>.

138. Кропачева М. Л. Приобщение студентов медицинского вуза к профессиональной этико-деонтологической культуре (на материале преподавания гуманитарных дисциплин) : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Кропачева Марина Леонидовна. – Ижевск, 2012. – 229 с.

139. Крсек О. Є. Формування професійної мовленнєвої культури у студентів медичних університетів як компоненти їх духовності : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / Крсек Ольга Євгенівна. – Луганськ, 2006. – 243 с.

140. Кудерина А. Е. Формирование деонтологических качеств будущего учителя в процессе профессиональной практики (в условиях педагогического колледжа) : автореф. дис. на соиск. учен. степени канд. пед. наук / А. Е. Кудерина. – М., 2010. – 19 с.

141. Кульгина Л. А. Интегративная основа качества процессов и результатов обучения студентов вуза / Л. А. Кульгина // Сиб. пед. журн. – 2009. – № 2. – С. 65 – 75.

142. Кундієв Ю. І. Сучасні проблеми біоетики / Ю. І. Кундієв // НАН України, Нац. наук. центр з медико-біотехн. проблем ; відп. ред. Ю. І. Кундієв. – К. : Академперіодика, 2009. – 278 с.

143. Кэмпбелл А. Медицинская этика : учеб. пособие / А. Кэмпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс // Под ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина; пер. с англ. – М. : ГЗОТАР-МЕД, 2004. – 400 с.
144. Лашкул З. В. Інформована згода пацієнта : поняття, мета та значення у процесі реалізації прав та обов'язків медичних працівників / З. В. Лашкул, Ю. Ю. Сізінцова, Я. Ю. Фершал. – Запоріжжя : Кераміст, 2013. – 190 с.
145. Левитан К. М. Основы педагогической деонтологии / К. М. Левитан. – М. : Наука, 1994. – 192 с.
146. Лернер И. Я. Логика развития дидактики в истории воспитания / И. Я. Лернер // Труды кафедры педагогики, истории образования и педагогической антропологии : Сб. науч. трудов. – Вып. 7, 8. – М. : Ун-т РАО, 2001. – С. 70 – 98, 158 – 198.
147. Лесько О. Й. Етика ділових відносин : навч. посібник / О. Й. Лесько, М. Д. Прищак, О. Б. Залюбівська, Г. Г. Рузакова. – Вінниця : ВНТУ, 2011. – 309 с.
148. Литвиненко Н. П. Сучасний український медичний дискурс : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра філол. наук / Н. П. Литвиненко. – К., 2010. – 35 с.
149. Лихтенштейн Е. И. Помнить о больном / Е. И. Лихтенштейн. – К. : Здоров'я, 2012. – 152 с.
150. Лівенцова В. А. Формування культури професійного спілкування у майбутніх менеджерів невиробничої сфери : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Лівенцова Вікторія Анатоліївна. – Вінниця, 2002. – 232 с.
151. Лісовий В. М. Основи медсестринства / В. М. Лісовий, Л. П. Ольховська, В. А. Капустник. – К. : ВСВ «Медицина», 2013. – 792 с.
152. Лісовий М. І. Формування професійного мовлення майбутніх медичних працівників у вищих медичних навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04 / М. І. Лісовий. – Вінниця, 2006. – 23 с.

153. Лутай В. С. Філософія сучасної освіти : навч. посібник / В. С. Лутай. – К. : Центр „Магістр-S” Творчої спілки вчителів України, 1996. – 256 с.
154. Любінець О. В. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України / О. В. Любінець, І. Я. Сенюта // Укр. мед. часопис. – 2006. – № 3(53). – С. 5 – 10.
155. Магомедов А. З. Ситуационные задачи по хирургии и вопросы деонтологии / А. З. Магомедов. – СПб. : Гайбатов. – 1990. – 217 с.
156. Максименко С. Д. Педагогіка вищої медичної освіти : підручник / С. Д. Максименко, М. М. Філоненко. – К. : Центр учеб. л-ри, 2014. – 288 с.
157. Маликова Н. Р. О некоторых инновационных методах преподавания социологии / Н. Р. Маликова // Социс. – 2002. – № 2. – С. 120 – 123.
158. Малькова М. О. Формування професійної готовності майбутніх соціальних педагогів до взаємодії з девіантними підлітками : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Малькова Марина Олександрівна. – Луганськ, 2006. – 255 с.
159. Манько В. М. Дидактичні умови формування у студентів професійно-пізнавального інтересу до спеціальних дисциплін / В. М. Манько // Соціалізація особистості : зб. наук. пр. Національного педагогічного університету ім. М. Драгоманова. Вип. 2. – К. : Логос, 2000. – С. 153 – 161.
160. Мартин Дж. Піраміда познання / Дж. Мартин // Школа. – 1996. – № 6. – С. 15 – 18.
161. Марусинець М. М. Система формування професійної рефлексії майбутніх учителів початкових класів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук / М. М. Марусинець. – Київ, 2012. – 39 с.
162. Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу // Пер. А. М. Татлыбаевой. – К. : PSYLIB, 2004. – 411 с.
163. Масний З. П. Проблеми деонтології в сучасній медицині / З. П. Масний. – Львів : Піраміда, 2010. – 74 с.

164. Махова Н. В. Формирование нравственной культуры студентов средствами массовой информации : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Махова Наталья Валерьевна. – М. : 2004. – 188 с.
165. Медицинская этика и деонтология / под ред. Г. В. Морозова, Г. И. Царегородцева. – М. : Медицина, 1983. – 272 с.
166. Медицинское образование в мире и в Украине / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовец, В. Ф. Москаленко и др. – Харьков : ИПП «Контраст», 2005. – 464 с.
167. Медична деонтологія в художній літературі (проза і драматургія): хрестоматія : навч. посібник для студ. вищих мед. закладів освіти III-IV рівнів акредитації. Кн. 1 / уклад. Г. С. Литвиненко, Р. А. Литвиненко. – К. : Б. в., 1999. – 200 с.
168. Медична етика й деонтологія як важливі складові у формуванні світогляду сімейного лікаря / І. М. Скрипник, М. М. Потяженко, Н. О. Люлька та ін. // Сімейна медицина. – 2006. – № 4. – С. 28 – 32.
169. Медична освіта у світі та в Україні : навч. посіб. / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, О. П. Волосовець та ін. – К. : Кн. плюс, 2005. – 384 с.
170. Мельник О. М. Державне регулювання діяльності українських миротворчих контингентів : генезис та тенденції розвитку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. : 25.00.01 / О. М. Мельник. – Київ, 2006. – 20 с.
171. Мельников О. М. Методичні рекомендації щодо організації кафедрами науково-дослідної роботи з допомоги студентам з особливими потребами / О. М. Мельников, М. І. Томчук. – Вінниця : ВСЕІ „Університету Україна”, 2006. – 38 с.
172. Міжнародний кодекс медичної етики. Всесвітня медична асоціація, Кодекс, Міжнародний документ 01.10.1949 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_002.

173. Монтескье Ш.-Л. О духе законов / Шарль-Луи Монтескье. – М. : Мысль, 1999. – 672 с.
174. Москаленко В. Ф. Основні здобутки у сфері охорони здоров'я за роки незалежності України / В. Ф. Москаленко // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 3. – С. 4 – 12.
175. Москаленко В. Ф. Підсумки законодавчої діяльності у галузі охорони здоров'я України / В. Ф. Москаленко // Проблеми мед. науки та освіти. – 2002. – № 2. – С. 5 – 11.
176. Москаленко В. Ф. Професійно-важливі риси заступника головного лікаря з медичної частини / В. Ф. Москаленко, Т. А. Вежновець, О. П. Гульчій // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2-3. – С. 74 – 79.
177. Мруга М. Р. Оцінка клінічної компетентності студентів медичних навчальних закладів за допомогою стандартизованих пацієнтів / М. Р. Мруга, І. Є. Булах // Медична освіта. – 2000. – № 4. – С. 14 – 19.
178. Мудров М. Я. Избранные произведения. Деятели отечественной медицины / М. Я. Мудров // Под ред. А. Г. Гукасян. – М. : Изд-во Академии мед. наук СССР, 1949. – 294 с.
179. Мультиановский М. П. История медицины : учебник / М. П. Мультиановский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1967 . – 272 с.
180. Мусій О. Професійна автономія лікарів і самоврядування / О. Мусій, А. Базилевич, І. Сенюта, М. Тищук. – Одеса : Вид-во Бартенєва, 2015. – 76 с.
181. Найн А. Я. О методологическом аппарате диссертационных исследований / А. Я. Найн // Педагогика. – 1995. – № 5. – С. 44 – 49.
182. Науково-практичні аспекти організації навчальної і методичної роботи в університеті : монографія / В. П. Шевченко, В. В. Христіановський, О. Б. Ступін. – Донецьк, 2004. – 254 с.

183. Нетяженко В. З. Загальний та спеціальний догляд за хворими : підручник / В. З. Нетяженко, А. Г. Сьоміна, М. С. Присяжнюк. – К. : Здоров'я, 1993. – 304 с.
184. Никоненко Ю. П. Психологічна деонтологія : хрестоматія / Ю. П. Никоненко, А. Ю. Ковтун. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2012. – 388 с.
185. Ничкало Н. Г. Педагогіка вищої школи : крок у майбутнє / Н. Г. Ничкало. – К. : ВІПОЛ, 1999. – 450 с.
186. Овакімян О. С. Науково-дослідна робота як ресурс розвитку творчого потенціалу особистості студента : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. соціол. наук : 22.00.04 / О. С. Овакімян. – Харків, 2005. – 20 с.
187. Овчарук О. В. Ключові компетентності : Європейське бачення / О. В. Овчарук // Управління освітою. – 2004. – № 2. – С. 6 – 9.
188. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка : 80 000 слов и фразеологических выражений / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. – М. : ООО «ИТИ Технологии», 2003. – 944 с.
189. Олешков М. Ю. Современные образовательные технологии : учеб. пособие / М. Ю. Олешков. – Нижний Тагил : НТГСПА, 2011. – 144 с.
190. Опришко В. Ф. Концепція розвитку законодавства України на 1997-2005 роки. Наукове видання / В. Ф. Опришко. – К. : АТ «Книга», 1997. – 122 с.
191. Орешкина М. Е. Деонтология в профессиональной деятельности логопеда : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Орешкина Мария Евгеньевна. – М., 2007. – 148 с.
192. Орлов А. Н. Клиническая биоэтика : учеб. пособие / А. Н. Орлов. – М. : Медицина, 2003. – 360 с.
193. Осмоловская И. М. Инновации и педагогическая практика / И. М. Осмоловская // Народное образование. – 2010. – № 6. – С. 182 – 188.
194. Основи діяльності етичних комісій : посібник для організації роботи етичних комісій медичних закладів / Під ред. В. М. Корнацького, Т. В. Талаєвої. – К., 2007. – 92 с.

195. Основи законодавства України про охорону здоров'я Верховна Рада України; Закон від 19.11.1992 № 2801-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
196. Основи медсестринського догляду. – Львів : Друкарські куншти, 2004. – 651 с.
197. Папуча М. В. Проблеми психології особистісного розвитку / М. В. Папуча. – Ніжин : ПП Лисенко М. М., 2008. – 384 с.
198. Педагогика : Большая современ. энцикл. / Авт.-сост. Е. С. Рапацевич. – Минск : Современ. слово, 2005. – 720 с.
199. Педагогика и психология : учеб пособие для вузов / под ред. А. А. Бодалева, В. А. Сластенина. – М. : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2006. – 584 с.
200. Педагогика и психология высшей школы : учеб. пособие для вузов / М. В. Буланова-Топоркова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2002. – 544 с.
201. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. / З. Н. Курлянд, Р. І. Хмельюк, А. В. Семенова та ін. // за ред. З. Н. Курлянд. – К. : Знання, 2007. – 495 с.
202. Педченко Т. В. Державне управління системою охорони здоров'я на засадах загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Т. В. Педченко. – Київ, 2005. – 20 с.
203. Переймибіда Л. В. Організаційні засади діяльності педагогічного колективу з розвитку деонтологічної культури учнів медичного ліцею : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Переймибіда Лариса Валентинівна. – К., 2008. – 256 с.
204. Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии / Н. Н. Петров. – М. : Медгиз, 1956. – 189 с.
205. Пехота О. М. Освітні технології : навч.-метод. посібник / О. М. Пехота, А. З. Кіхтенко // за заг. ред. О. М. Пехоти. – К. : А.С.К., 2001. – 256 с.

206. Пиріг Л. А. Етичний кодекс лікаря України та умови його реалізації / Л. А. Пиріг // Зб. матеріалів IV національного конгресу з біоетики з міжнародною участю, 20-23 вересня 2010 року. – К., 2007. – С. 35 – 41.
207. Пирогов Н. И. Избранные педагогические сочинения / Н. И. Пирогов. – М. : Педагогика, 1985. – 491 с.
208. Писаренко В. И. Педагогическая этика / В. И. Писаренко, И. Я. Писаренко. – Минск : Народная асвета, 1977. – 256 с.
209. Підручник з лікарської етики / За ред. Л. Пирога. – К. : БФ „Третє Тисячоліття”, 2009. – 137 с.
210. Пірен М. І. Деонтологія конфліктів та управління : навч.-практ. посіб. / М. І. Пірен. – К. : УАДУ, 2001. – 378 с.
211. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор / К. И. Платонов. – М. : Медгиз, 1957. – 437 с.
212. Поведская О. К. Организация научно-исследовательской работы студентов и преподавателей в рамках компетентностного подхода в образовании / О. К. Поведская // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 1. – С. 88 – 90.
213. Полат Е. С. Современные педагогические и информационные технологии в системе образования : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений / Е. С. Полат, М. Ю. Бухаркина. – М. : Издательский центр «Академия», 2007. – 368 с.
214. Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике / В. М. Полонский. – М. : Высш. шк., 2004. – 512 с.
215. Пометун О. І. Інтерактивні технології навчання : теорія, практика, досвід / О. І. Пометун, Л. В. Пироженко. – К., 2002. – 136 с.
216. Пометун О. Теорія та практика послідовної реалізації компетентнісного підходу в досвіді зарубіжних країн / О. Пометун // Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські

перспективи : Бібліотека з освітньої політики / Під заг. ред. О. В. Овчарук. – К. : К.І.С., 2004. – С. 16 – 33.

217. Порох Д. О. Соціально-педагогічні умови адаптації іноземних студентів до навчання у вищих медичних навчальних закладах України : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Порох Дар'я Олександрівна. – Луганськ : Б.в., 2011. – 272 с.

218. Проблемні питання практичної психології : метод. посібник / укл. : М. В. Папуча, Я. Ф. Андрєєва, Т. Г. Здоровець та ін. – 2-е вид., випр. та доп. – Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2012. – 79 с.

219. Рискельдієва Л. Т. Деонтологія в історії філософії : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра філос. наук / Л. Т. Рискельдієва. – К., 2005. – 28 с.

220. Рогова О. Г. Право на життя в системі прав людини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юр. наук : 12.00.01 / О. Г. Рогова. – Харків, 2006. – 20с.

221. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии : в 2 т. / С. Л. Рубинштейн. – М. : Педагогика, 1989. – Т. 1. – 488 с.

222. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К., Сфера, 2005. – 272 с.

223. Савельєва Л. В. Межпредметные связи в средних техпрофучилищах строительного профиля / Л. В. Савельєва. – М. : Высш. шк., 1984. – 72 с.

224. Савенкова Л. О. Професійне спілкування майбутніх викладачів як об'єкт психолого-педагогічного управління / Л. О. Савенкова. – К. : КНЕУ, 2005. – 212 с.

225. Селевко Г. К. Компетентность и ее классификация / Г. К. Селевко // Народное образование. – 2004. – № 4. – С. 138 – 143.

226. Семиченко В. А. Визначення функцій педагогічної діяльності в контексті гуманізації навчання / В. А. Семиченко // Гуманітарні науки. – 2001. – № 1. – С. 21 – 32.

227. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні (загальнотеоретичне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юр. наук : 12.00.01 / І. Я. Сенюта. – Львів, 2006. – 16 с.

228. Сердюк В. Г. Інфекційна безпека як важлива складова Національного плану дій із безпеки пацієнтів / В. Г. Сердюк, Н. Є. Кожан, А. В. Царенко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 3. – С. 91 – 97.

229. Сидоренко В. К. Інтеграція трудового навчання і креслення (дидактичний аспект) / В. К. Сидоренко // за ред. Д. О. Тхоржевського. – К. : УДПУ, 1995. – 142 с.

230. Симоненко Н. Н. Управление образовательными услугами с применением инновационных методов обучения / Н. Н. Симоненко // Вестник Тихоокеанского государственного университета. – 2012. – № 2. – С. 201 – 206.

231. Сисоєва С. О. Психологія та педагогіка : підручник для студентів вищих навч. закладів непедагогічного профілю традиційної та дистанційної форм навчання / С. О. Сисоєва, Т. Б. Поясок. – К. : Міленіум, 2005. – 520 с.

232. Сисоєва С. О. Інтерактивні технології навчання дорослих : навч.-метод. посіб. / С. О. Сисоєва. – К. : ВД „ЕКМО”, 2011. – 324 с.

233. Скаткин М. Н. Проблемы современной дидактики. 2-е изд. / М. Н. Скаткин. – М. : Педагогика, 1984. – 96 с.

234. Слостенин В. А. Гуманизация образования и педагогические ценности / В. А. Слостенин, Е. Н. Шиянов // Гуманизация образования. – Вып. 1. – Набережные Челны, 1996.

235. Слостенин В. А. Педагогика / В. А. Слостенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов. – М. : Изд-во «Академия», 2002. – 576 с.

236. Словарь по этике / под ред. И. С. Кона. – 5-е изд. – М. : Политиздат, 1983. – 446 с.

237. Словник-довідник з професійної педагогіки / ред.-упоряд. А. В. Семенова. – Одеса : Пальміра, 2006. – 272 с.

238. Слюсарева И. П. Формирование деонтологической компетентности в профессиональной подготовке студентов медицинского колледжа : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Слюсарева Ирина Павловна. – Саратов, 2009. – 272 с.
239. Соколова В. В. Культура речи и культура общения / В. В. Соколова. – М. : Просвещение, 1995. – 190 с.
240. Сорокин Н. Д. Об инновационных методах в преподавании социологических курсов / Н. Д. Сорокин // Социс. – 2005. – № 8. – С. 22 – 26.
241. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
242. Спіріна Т. П. Формування професійної культури майбутніх соціальних педагогів у навчально-виховному процесі вищого навчального закладу : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Спіріна Тетяна Петрівна. – Житомир, 2009. – 192 с.
243. Створення модуля „Маршрутизація пацієнта” в медичній інформаційній системі лікувального закладу : Методичні рекомендації / Укл. О. К. Толстанов та ін. – К., 2013. – 41 с.
244. Стеценко С. Г. Медицинское право : учебник / С. Г. Стеценко. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 572 с.
245. Стучинська Н. В. Інтеграція фундаментальної та фахової підготовки майбутніх лікарів у процесі вивчення фізико-математичних дисциплін : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.02 / Стучинська Наталія Василівна. – К., 2009. – 468 с.
246. Таджиев К. Т. Об основах медицинской деонтологии / К. Т. Таджиев, В. И. Приписнов.– Душанбе : Ирфон, 1981. – 256 с.
247. Талызина Н. Ф. Педагогическая психология : учеб. для студентов сред. пед. учеб. заведений / Н. Ф. Талызина. – М. : Наука, 1999. – 288 с.

248. Тарасюк В. С. Медсестринство в геронтології, геріатрії і паліативній медицині / В. С. Тарасюк, Г. Б. Кучинська. – К. : ВСВ „Медицина”, 2013. – 648 с.

249. Теленгатор А. Я. Очерки по психологии, психотерапии и деонтологии в неврологии / А. Я. Теленгатор – Донецк : Заславский А. Ю., 2011. – 128 с.

250. Терешкевич Г. Т. Розвиток біоетики в Україні (державно-управлінський аспект) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Г. Т. Терешкевич. – Львів, 2004. – 20 с.

251. Технологии обучения иностранным языкам в неязыковых вузах: VI Межвузовская научно-практическая конференция (Ульяновск, 3 февраля 2010 года): сб. научных трудов / отв. ред. Н. С. Шарафутдинова. – Ульяновск : УлГТУ, 2010. – 214 с.

252. Тимошук І. В. Педагогічні умови виховання у студентів медичного технікуму гуманістичних цінностей : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / Тимошук Ірина Володимирівна. – Вінниця, 2004. – 236 с.

253. Тихомиров О. Д. Юридична деонтологія (Основи юридичної діяльності) : навч. посібник / С. Д. Гусарев, О. Д. Тихомиров. – 2. вид., перероб. – К. : Знання, 2006. – 488 с.

254. Токийська декларація. Всесвітня медична асоціація ; Декларація, Міжнародний документ від 01.10.1975 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_011.

255. Третьяков В. М. Нормотворча діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я і формування в Україні галузі медичного права та її правових інститутів / В. М. Третьяков, Е. Ю. Махмудов // Економіка та держава. – 2006. – № 3. – С. 69 – 70.

256. Турбан В. В. Навчально-методичні матеріали з курсу „Психологічна деонтологія” для студентів психологічних факультетів / В. В. Турбан. – Ніжин : НДУ, 2005. – 116 с.

257. Уваркіна О. В. Стан і тенденції розвитку психолого-педагогічної підготовки в системі вищої медичної освіти України / О. В. Уваркіна // Вища освіта України. – 2005. – № 1. – С. 100 – 103.

258. Уваркіна О. В. Сутність і зміст професійної культури спеціаліста / О. В. Уваркіна // Вища освіта України. – 2005. – № 4. – С. 68 – 73.

259. Уваркіна О. Специфіка гуманітарної підготовки студентів вищих медичних закладів освіти / О. Уваркіна // Освіта і управління. – 2002. – № 2. – Т. 5. – С. 183 – 186.

260. Угрюмов В. Л. О медицинской деонтологии / В. Л. Угрюмов // Клинич. медицина. – 1993. – № 3. – С. 9 – 11.

261. Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів : результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів / В. В. Глуховський, О. В. Ангелов, Г. А. Слабкий, Л. П. Білоконь. – К. : Вид-во ТОВ „Дизайн і поліграфія”, 2012. – 158 с.

262. Ушинский К. Д. Педагогические сочинения : в 6 т. / К. Д. Ушинский // сост. С. Ф. Егоров. – М. : Педагогика, 1990. – Т. 1. – 1990. – 416 с.

263. Федорова К. В. Формування професійно-етичних якостей майбутніх лікарів у виховному просторі вищого медичного навчального закладу : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Федорова Катерина Валеріївна. – Старобільськ, 2016. – 250 с.

264. Федосова И. В. Школа молодого исследователя как форма повышения качества научно-исследовательской работы студентов / И. В. Федосова // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 6. – С. 65 – 67.

265. Филатова И. А. Деонтологическая подготовка педагогов-дефектологов в условиях современного образования : дис. ... д-ра пед наук : 13.00.03 / Филатова Ирина Александровна. – М., 2012. – 401 с.

266. Философский энциклопедический словарь. – М. : ИНФРА. – М., 2001. – 576 с.
267. Філософський словник / за ред. В. І. Шинкарука. – 2-ге вид., переробл. і доп. – К. : Голов. ред. УРЕ, 1986. – 800 с.
268. Фоменко В. Т. Построение процесса обучения на интегрированной основе. Современный образовательный процесс : содержание, технологии, организационные формы / В. Т. Фоменко. – Ростов-на-Дону, 1996. – 130 с.
269. Хартія працівників служби охорони здоров'я. – Львів : Вид-во ЛОБФ „Медицина і право”, 2010. – 112 с.
270. Хельсинская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации. Принята 18-й Всемирной медицинской ассамблеей (Хельсинки, 1964 г.). Пересмотрена 41-й Всемирной медицинской ассамблеей (Гонконг, 1989 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.med-pravo.ru/International/Helsinki%201.htm>.
271. Хлестова С. С. Вивчення стану проблеми формування деонтологічної культури студентів вищих навчальних закладів / С. С. Хлестова // Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Сер. № 11. Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління : зб. наук. праць. – Вип. 8. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2008. – С. 38 – 43.
272. Хоружа Л. Л. У пошуках нової моделі педагогічної освіти / Л. Л. Хоружа // Вища школа. – 2009. – № 11. – С. 23 – 31.
273. Цехмистер Я. В. Особенности профессиональной подготовки специалистов фармацевтической отрасли в Украине на пороге XXI века / Я. В. Цехмистер, В. Л. Слипчук // Вектор науки Тольяттинского гос. ун-та. – 2015. – Вып. № 3 (22). – С. 168 – 171.
274. Чазов Е. И. Вопросы деонтологии в практике кардиолога / Е. И. Чазов // Проблемы медицинской деонтологии : Тезисы докл. II Всесоюз. конф. – М. : Медицина, 1977. – С. 71 – 73.

275. Чапаев Н. К. Теоретико-методические основы педагогической интеграции : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Чапаев Николай Кузьмич. – Екатеринбург, 1998. – 462 с.
276. Черкасов М. Н. Инновационные методы обучения студентов / М. Н. Черкасов // XIV Международная заочная научно-практическая конференция «Инновации в науке». – Новосибирск, 2012. – С. 11 – 15.
277. Шейко В. М. Організація та методика науково-дослідницької діяльності : підручник / В. М. Шейко, Н. М. Кушнарєнко. – К. : Знання-Прес, 2003. – 295 с.
278. Ширяева Т. М. Психолінгвістичні засоби розвитку пізнавальної сфери студентів в умовах оволодіння іноземною мовою : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Ширяева Тетяна Михайлівна : Нац.університет „Острозька академія”. – Острог, 2009. – 256 с.
279. Шишацька Н. Ф. Загальні результати комплексного дослідження забезпечення прав пацієнтів у системі охорони здоров'я України / Н. Ф. Шишацька, В. В. Глуховський // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 4. – С. 66 – 68.
280. Щербо А. Б. Характеристика эстетических способностей / А. Б. Щербо // Красота воспитывает человека. – К. : Рад. Школа, 1977. – С. 22 – 41.
281. Эльяшевич Е. Г. Деонтология взаимоотношений между фармацевтами / Е. Г. Эльяшевич // Новая аптека. – 1999. – № 9. – С. 28 – 31.
282. Эльяшевич Е. Г. Фармацевту о деонтологии / Е. Г. Эльяшевич. – Минск : «Высшая школа», 1982. – 224 с.
283. Этика и деонтология санитарного врача : научное издание / Т. А. Бажан, Н. М. Паранько, Н. Г. Карнаух. – Д. : Поліграфіст, 2002. – 142 с.
284. Ягупов В. В. Діагностика навчання : (контроль і оцінка як педагогічні категорії ; види, форми й методи контролю та оцінки підготовленості учнів ; оцінка знань, навичок і вмінь) / В. В. Ягупов // Ягупов В. В. Педагогіка : навч. посіб. – К., 2002. – С. 403 – 420.

285. Яковлева Н. М. Теория и практика подготовки будущего учителя к творческому решению воспитательных задач : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Яковлева Надежда Максимовна. – Челябинск, 1992. – 403 с.
286. Ясько Б. А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации : автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра психол. наук : спец. 19.00.03 «Психология труда, инженерная психология, эргономика» / Б. А. Ясько. – Краснодар, 2004. – 42 с.
287. Alexander L. Deontology at the Threshold / L. Alexander // San Diego Law Review. – 2000. – No. 37(4). – P. 893 – 912.
288. Appelbaum P. S. Informed consent : Legal theory and clinical practice / P. S. Appelbaum, Ch. W. Lidz, A. Meisel. – N.Y. : Oxford univ. press, 1987. – 286 p.
289. Beauchamp T. Principles of Biomedical Ethics / T. Beauchamp, J. Childress. – Oxford : Oxford University Press, 1979. – 314 p.
290. Bentham J. Deontology or, The Science of Morality / J. Bentham. – Vol. 1. – London : Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1834. – 320 p.
291. Coulehan J. Conflicting Professional Values in Medical Education / J. Coulehan, P. C. Williams // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 2003. – Vol. 12. – P. 7 – 20.
292. Damodharan V. S. Innovative Methods of Teaching / V. S. Damodharan, V. Rengarajan // Yearbook of International University College. – 2010. – Vol. 7. – P. 127 – 138.
293. Ethical Issues in Modern Medicine / ed. by John D. Arras, Bonnie Steinbock. – 5th ed. – London ; Toronto : Mayfield Publ. Co. – 1999. – XXII. – 760 p.
294. Gorman A. Moral education. Peace and social justice / A. Gorman. – Boston : O'Hare Press, 2001. – 189 p.
295. Kohlberg L. Moral stages and moralization: the cognitive developmental approach // Moral development and behavior: theory, research, and social issues / Ed. By T. Lickona. N.Y.; etc., 1976. – P. 31 – 53.

296. Kohlberg L. The relationship of moral judgment to moral action / Kohlberg L., Condee D. – N.-Y. : Appleton-Century-Crofts, 2004. – 162 p.
297. Leigh H. The patient : Biological, Psychological and social dimensions of medical Practice / H. Leigh, M. F. Reiser. – New York ; London, 1992. – 351 p.
298. Mack P. Utilitarian ethics in healthcare / P. Mack // International Journal of the Computer, the Internet and Management. – 2004. – No. 12(3). – P. 63 – 72.
299. Medical professionalism in the new millennium : a physician charter / Project of the ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine // Annals of Internal Medicine. – 2002. – Vol. 136. – No. 3. – P. 243 – 246.
300. Panditrao M. M. Medical deontology : The fading science and need of the hour / M. M. Panditrao // Indian Journal of Pain. – 2011. – No. 25(1). – P. 6 – 10.
301. Playford R. C. Deontological and utilitarian ethics : A brief introduction in the context of disorders of consciousness / R. C. Playford, T. Roberts // Disability and Rehabilitation. – 2015. – No. 37. – P. 2006 – 2011.
302. Potter V. R. Bioethics : bridge to the future / V. R. Potter. – Englewood cliffs (New Jersey) : Prentice Hall, 1971. – 205 p.
303. Rhodes R. Understanding, Being and Doing : Medical Ethics in Medical Education / R. Rhodes, D. Cohen // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. – 2003. – Vol. 12. – P. 39 – 53.
304. Roger D. Emotion control, coping strategies, and adaptive behavior / D. Roger // Stress and Emotion. – 1995. – Vol. 15. – P. 10 – 30.
305. Williams J. R. Medical Ethics Manual / J. R. Williams // World Medical Association. – 2005. – 134 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА № 1

на встановлення рівня сформованості деонтологічної культури майбутніх лікарів

Уважно прочитайте, будь ласка, анкету та відзначте відповідь, яку вважаєте за потрібну.

Заздалегідь вдячні Вам за щирі відповіді.

1. Чим мотивувалися Ви у виборі майбутньої професії?

- бажання батьків;
- вплив друзів;
- власне бажання працювати з людьми;
- Ваш варіант відповіді:

2. Які, на Вашу думку, складові професійної культури медика є найголовнішими? (підкресліть 2-3).

- *Культура праці*
- *Психологічна культура*
- *Естетична культура*
- *Етична культура*
- *Інформаційна культура*
- *Комунікативна культура*

3. Які ознаки з наведеного переліку Ви вважаєте обов'язковими для працівника медичного профілю (підкресліть)?

культура почуттів, уміння контролювати емоції, меркантильність, щирість, вразливість, прагнення до творчості в праці, суворість, запальність, раціональність, зовнішня привабливість, культура поведінки.

4. Ваша майбутня професія обов'язково передбачає контактування з людьми. Для Вас – це (підкресліть):

- можливість проявити себе в колективі як кваліфікованого фахівця;
- конструктивна співпраця з колегами;
- отримати якнайбільше інформації про пацієнта з метою найкращого його лікування;
- необхідність приділити пацієнту, його рідним, медичному персоналу певний час.

5. Оцініть у балах (від 1 до 9) важливість для фахівців сфери охорони здоров'я таких моральних якостей:

терпимість ___

чесність ___

гуманність ___

благодійність ___

тактовність ___

відданість ___

толерантність ___

милосердя ___

співчуття ___

6. Оцініть у балах (від 1 до 9) важливість для фахівців сфери охорони здоров'я таких складових професійної готовності:

сформовані моральні принципи ___

дотримання юридичні норми ___

етичні переконання ___

прагнення до самовдосконалення ___

професійно-практичні навички ___

комунікабельність ___

моральні засади поведінки ___

професійно-етична компетентність ___

ключові кваліфікації ___

7. Яке значення у становленні власної особистості Ви надаєте професійно-етичній культурі (відзначте)?

- *дуже важливе;*
- *важливе;*
- *я не надаю цьому особливого значення;*
- *мені байдуже.*

8. Чи вважаєте Ви, що гуманітарна підготовка сприяє виробленню професійно-етичних якостей медика (підкресліть)?

Так Ні

9. Оцініть за 12-бальною шкалою свої якості:
особистісні _____ медико-професійні _____ соціально значущі _____

АНКЕТА № 2**на встановлення рівня сформованості деонтологічної культури
майбутніх лікарів**

Уважно прочитайте, будь ласка, запитання і дайте відповіді, які відображають вашу точку зору.

1.

1. Що для Вас, означають поняття чесність, працелюбність?

2. У чому проявляються ваші здатність і прагнення до самовдосконалення?

3. Назвіть основні проблеми, які стоять на шляху вашої особистісної самореалізації?

4. Дайте визначення поняття «терпіння» у тому сенсі, в якому воно вживається у медицині.

5. Який зміст вкладений у поняття:

а) цілеспрямованість;

б) сумлінність;

в) самодисципліна?

6. Як ви розумієте термін «самовладання» у медицині? Яку роль відіграє самовладання у професійній діяльності медичного персоналу?

7. Назвіть основні характерні риси особистості медика.

8. Як гуманістична спрямованість впливає на міжособистісні зв'язки медичного персоналу?

9. Чи добродесність і моральна стійкість впливають на формування професійно-етичної культури медика?

10. Яка у вас активна життєва позиція?

2.

1. Чим закріплена ваша мотивація до навчання?

Розкрийте суть поняття медична деонтологія.

3. Як пов'язані між собою в медицині такі терміни: професійна честь,

професійна гідність, професійний обов'язок?

4. Як співвідносяться між собою поняття «професійний обов'язок» і «професійна рефлексія»?

5. Як професійна рефлексія допомагає вам у професійних відносинах?

6. Які професійно значущі психологічні якості притаманні медичному персоналу?

7. Дайте визначення термінам точність і відповідальність з погляду медицини.

8. На вашу думку, як творче ставлення до обов'язків та ініціативність впливають на формування професійно-етичної культури медика?

9. Чи самовпевненість або соромливість медичного персоналу впливає на здатність правильно оцінити потреби іншої людини, особливо при наданні хворим невідкладної допомоги?

10. Як самостійність і рішучість у прийнятті рішень впливають на професійне становлення особистості?

3.

1. Як комунікабельність впливає на відношення медичних працівників один до одного? Розкрийте її вплив на професійну діяльність?

2. Чи існує пряма залежність між моральним кліматом у колективі і продуктивністю праці?

3. У чому полягає суть поняття «колегіальність»? Чи взаємоповага і взаємодопомога сприяють колегіальності?

4. У чому виявляється шанобливе ставлення медичних працівників один до одного?

5. Дайте загальну характеристику поняттям тактовність і толерантність?

6. Перелічіть основні особистісні вимоги, які стосуються медичного персоналу?

7. У чому полягає вміння конструктивно будувати стосунки?

8. Перелічіть основні вимоги мовленевої культури медиків.

9. Як соціальна мобільність та адаптивність впливають на професійну діяльність медичного персоналу?

АНКЕТА № 3**на встановлення рівня сформованості деонтологічної культури
майбутніх лікарів**

Уважно прочитайте, будь ласка, запитання і дайте відповіді, які відображають вашу точку зору.

1.

1. Чи притаманна, на Вашу думку, студентів мотивація до набуття професії?

Так. Ні.

2. Яке місце, на Вашу думку, посідає мотивація до навчання у майбутніх медиків?

3. Які морально-етичні якості майбутніх медичних працівників, на Вашу думку, можна сформувати у процесі вивчення гуманітарних дисциплін?

4. Чи вважаєте Ви гуманітарну підготовку майбутніх медиків засобом розвитку їхньої професійно-етичної культури?

Так. Ні.

2.

1. У чому проявляється усвідомлення студентами морально-етичних цінностей?

2. Чи здобули студенти необхідні професійно-етичні знання при вивченні гуманітарних дисциплін?

Так. Ні.

3. Які професійно-етичні вміння і навички, отримані під час навчання, допомагають студентам усвідомити соціальну значущість обраної професії?

4. Чи притаманні майбутнім медикам гуманні риси, завдяки яким вони можуть полегшити страждання хворого?

Так. Ні.

3.

1. Чи відповідають здобуті студентами професійні та етичні знання вимогам до професійно-етичної культури медичних сестер?

Так. Ні.

2. Чи здатні студенти під час практичної діяльності систематизувати та інтегрувати отримані знання, вміння і навички?

Так. Ні.

3. Чи має місце вплив гуманітарної підготовки на отримання ключових кваліфікацій та професійних компетенцій медичного працівника?

- так, обов'язково;
- не завжди;
- я не надаю цьому особливого значення;
- головне професійні знання

4. Чи вміють студенти співвідносити зміст гуманітарних предметів з цілями і завданнями професійної підготовки медика?

Так. Ні.

4.

1. Чи у процесі професійної взаємодії та спілкуванні студенти опановують методи здійснення медичної діяльності з дотриманням професійно-етичних норм?

Так. Ні.

2. Яким чином студенти проявляють готовність використовувати засвоєні гуманітарні знання, вміння та навички у професійній діяльності?

3. Чи допоможе професійно-орієнтована гуманітарна підготовка застосовувати студентам отримані знання й навички у практичних ситуаціях галузі охорони здоров'я?

Так. Ні.

4. Оцініть рівень опанування студентами методів здійснення професійної діяльності з дотриманням професійно-етичних норм :

- дуже високий;

- *високий;*
- *середній;*
- *низький.*

5.

1. Чи сформована у студентів потреба формування професійно-етичної культури?

Так. Ні.

2. Чи можете Ви засвідчити, що студенти розуміють необхідність постійного самовдосконалення й самореалізації у професійній діяльності?

Так. Ні.

3. Чи притаманне їм усвідомлення власного рівня професійно-етичної культури та розуміння власних потреб у її розвитку?

- *так;*
- *частково;*
- *ні;*
- *важко визначити.*

4. Чи розуміють студенти цілі і завдання гуманітарної освіти в контексті професійної медичної підготовки?

- *так;*
- *частково;*
- *ні;*
- *важко визначити.*

6.

1. Чи спроможні студенти до професійної гнучкості та варіативності у виробничих ситуаціях?

Так. Ні.

2. Чи здатні студенти медичного коледжу до винахідливості, рішучості?

Так. Ні.

3. Чи притаманна майбутнім медикам нетрадиційність прийняття рішень у професійній діяльності, пов'язаній з вирішенням складних професійно-етичних ситуацій?

Так. Ні.

4. Чи здатні студенти до інновацій, використання та розповсюдження одержаного в процесі вивчення гуманітарних дисциплін досвіду в професійній діяльності?

- *так;*
- *частково;*
- *ні;*
- *важко визначити.*

ПИТАЛЬНИК

Дайте, будь ласка, відповідь на кожне наведене судження. Оберіть один з варіантів відповідей та поставте в дужках відповідний знак, маючи на увазі, що:

+ – погоджуюсь із судженням;

– – не погоджуюсь.

1. Громадянськість передбачає усвідомлення кожним громадянином своїх прав і обов'язків щодо держави, суспільства, почуття відповідальності за їхнє становище. ()

2. Особистість відповідальна в міру свободи вибору, тобто вона відповідає лише за те, що об'єктивно могла й суб'єктивно мала була обрати й реалізувати у вчинку. ()

3. Щоб мати право вимагати від інших обов'язкового виконання норм поведінки, необхідно вміти висувати вимоги до себе. ()

4. Вияв людяності медиком завжди сприяє прийняттю правильного професійного рішення. ()

5. Співпереживати чужому горю може людина, чуйна та уважна до інших людей. ()

6. Медичний працівник має вміти співіснувати з іншими людьми, миритися з розбіжностями поглядів, стилів життя, орієнтацій. ()

7. Лікар має відчувати себе громадянином, тобто людиною, яка ідентифікує себе з країною, де він наділений відповідним статусом, що є основа для послугування певними правами та для дотримання обов'язків. ()

8. Нічого особливого не трапиться, якщо лікар трохи із запізненням розпочне огляд хворого. ()

9. Я часто замислююсь над тим, скільки в мене недоліків, яких треба позбутися. ()

10. Особистість виявляє милосердя як здатність відгукуватися на чужий біль, прагнення безкорисливо допомагати людям, вибачати їм. ()

11. Завжди співпереживати та співчувати іншим – означає зашкоджувати собі. ()
12. Лікар зобов'язаний шанувати та дотримуватись народних звичаїв у стосунках з представниками різних країн. ()
13. Бути людиною обов'язку – означає розуміти його сутність, вимоги. ()
14. Лікар відповідає тільки за свої дії, тому може й не помітити порушення закону, норм поведінки колегою, бо в того своя голова. ()
15. Лікар має бути вимогливим до інших, але не зобов'язаний виявляти повагу щодо них. ()
16. Коли любиш людей, з якими спілкуєшся, то докладаєш зусиль, щоб їх зрозуміти, аби не зачепити їхню честь, гідність, не примусити страждати, допомагаєш їм зберегти та поповнити свою самоцінність. ()
17. Емпатійна здатність з роками зменшується. ()
18. Неможливо з терпінням ставитись до людини, якщо вона мислить і говорить не так, як я, виглядає й одягається не так, як я. ()
19. Честь і гідність для людини більш значущі, ніж її матеріальне благополуччя, здоров'я й навіть життя. ()
20. Я завжди прагну виконати доручену мені справу якнайкраще, навіть якщо знаю, що контроль за її виконанням відсутній. ()
21. Під час виконання функційних обов'язків в умовах фіксованого терміну наявність помилок у роботі лікаря є цілком можливим та зрозумілим явищем. ()
22. Нічого страшного не вбачаю в тому, що іноді поганий, пригнічений настрій лікаря є причина нестриманості у висловленнях щодо колег, хворих. ()
23. Під час виконання професійних обов'язків варто відчувати настрій хворих, співчувати їм, поділяти їхню думку, відчувати їхні емоції. ()
24. У будь-якій конкретній ситуації треба з терпінням ставитись до хворого, як би важко це не було. ()

25. Лікар не повинен поважати інтереси, права інших людей, якщо вони самі не поважають і не відстоюють їх. ()
26. Лікар несе моральну відповідальність за неналежне виконання своїх обов'язків. ()
27. Людині (хворому), яка потрапила в біду, треба негайно допомогти. ()
28. Я розумію гуманізм як людяність, любов до людей, захист людської гідності, права людей на щастя. ()
29. Я переконаний, що лікар має шанувати людей, бути чуйним і дбайливим до них, дотримуватися виконання своїх обіцянок. ()
30. Я розумію, що одним із обов'язків лікаря є витримане, помірковане ставлення до інших людей, чужих думок. ()
31. Безкорислива допомога людям є високоморальною за своєю сутністю. ()
32. Лікар не повинен вибачати тих, хто конфліктує з іншими. ()
33. На мій погляд, моральний розвиток фахівця може бути ефективним лише за умови домінування принципу: „Я маю виховати себе сам”. ()
34. Реальне втілення людська моральність знаходить лише в царині людського спілкування, у якому виявляються духовність та душевність, повага до людської гідності. ()
35. Я вважаю, що лікар має завжди знаходити спільну мову з будь-якою категорією дітей та молоді. ()
36. Нічого особливого не трапиться, якщо лікар прагнутиме інколи небезкорисливо допомагати людям. ()
37. Коли любиш людей, з якими спілкуєшся, то докладаєш зусиль, щоб їх вислухати, зрозуміти, аби не принизити їхню гідність, не примусити страждати. ()
38. Я розумію, що потреба у спілкуванні для лікаря є важливою характеристикою його професійної діяльності. ()

39. Лікар має бути людиною, яка вибірково встановлює контакти з іншими, ділиться думками, почуттями та може відчувати задоволення від спілкування. ()

40. Я переконаний, що лікар має відчувати особисту гідність у стосунках з хворими, колегами. ()

41. Лікар завжди має аналізувати способи і результати власної професійної діяльності. ()

42. Нічого страшного не вбачаю в тому, що іноді поганий, пригнічений настрій лікаря є причиною некоректного спілкування з колегами. ()

43. На мій погляд, моральні вчинки людей (колег, хворих) лікар має аналізувати з метою набуття морального досвіду. ()

44. Лікар не повинен звертати увагу на моральні вчинки своїх колег (це їхній головний біль). ()

45. Коли мене принижують, я відстоюю свої інтереси, виявляючи власне „Я”, самоповагу. ()

46. Я часто замислююсь над тим, що моральні вчинки людей не збігаються з моїми поглядами на ті чи ті дії. ()

47. Щоб мати право вимагати від інших, треба бути самому гідним своєї професії та мати власну життєву позицію. ()

48. Завжди аналізувати власні дії, вчинки – означає зашкоджувати собі. ()

49. Лікар не повинен вибачати тих, хто не має особистої гідності й поводить себе непристойно. ()

50. Якщо я захочу, можу стати гідним своєї професії, але не в нашій країні. ()

Тест з медичної деонтології

1. Хто відкрив у Лондоні школу медичних сестер?

- А) С.Корсаков
- Б) Т.Більрота
- В) Ф.Найтінгейл
- Г) М.Амосов
- Д) С.Руданський

2. У якому році була прийнята декларація про захист прав пацієнтів в Європі?

- А) 1994
- Б) 2002
- В) 1956
- Г) 1873
- Д) 1999

3. Скільки розділів містить Закон України «Про права пацієнтів в Україні»?

- А) 5
- Б) 7
- В) 2
- Г) 4
- Д) 6

4. Стаття 4 Закону України „Про права пацієнтів в Україні” має назву?

- А) Сфера застосування закону
- Б) Принципи забезпечення прав пацієнтів
- В) Права пацієнтів
- Г) Право на доступ до медичної допомоги
- Д) Право на конфіденційність

5. *Стаття 12 Закону України „Про права пацієнтів в Україні” має назву?*

- А) Сфера застосування закону
- Б) Принципи забезпечення прав пацієнтів
- В) Права пацієнтів
- Г) Право на доступ до медичної допомоги
- Д) Право на конфіденційність

6. *Стаття 3 Закону України „Про права пацієнтів в Україні” має назву?*

- А) Сфера застосування закону
- Б) Принципи забезпечення прав пацієнтів
- В) Права пацієнтів
- Г) Право на доступ до медичної допомоги
- Д) Право на конфіденційність

7. *Стаття 5 Закону України „Про права пацієнтів в Україні” має назву?*

- А) Сфера застосування закону
- Б) Принципи забезпечення прав пацієнтів
- В) Права пацієнтів
- Г) Право на доступ до медичної допомоги
- Д) Право на конфіденційність

8. *Стаття 16 Закону України „Про права пацієнтів в Україні” має назву?*

- А) Сфера застосування закону
- Б) Принципи забезпечення прав пацієнтів
- В) Права пацієнтів
- Г) Права розумово відсталих осіб
- Д) Право на конфіденційність

9. *Розділ II Закону України „Про права пацієнтів в Україні” має назву?*

- А) Сфера застосування закону

- Б) Принципи забезпечення прав пацієнтів
- В) Права пацієнтів
- Г) Право на доступ до медичної допомоги
- Д) Спеціальна частина

10. Розділ IV Закону України „Про права пацієнтів в Україні” має назву?

- А) Сфера застосування закону
- Б) Заключні положення
- В) Права пацієнтів
- Г) Право на доступ до медичної допомоги
- Д) Спеціальна частина

11. У якій статті Кримінального кодексу України говориться про „Незаконне розголошення лікарської таємниці”?

- А) 154
- Б) 123
- В) 148
- Г) 145
- Д) 163

12. Яку назву має захворювання, при якому стан пацієнта зветься словом?

- А) ятрогенія
- Б) трансплантологія
- В) клонування
- Г) біоетика
- Д) евтаназія

13. Хто із лікарів у своїй книзі „Про лікарювання” наводить характеристику форм ятрогенних захворювань?

- А) О.Лурія
- Б) Гіппократ
- В) С.Боткін

Г) Ф.Найтінгейл

Д) І.Кассирський

14. Як зветься нав'язливий стан страху серйозного захворювання?

А) невроз

Б) евтаназія

В) нозофобія

Г) гіпохондричний стан

Д) ятрогенія

15. Як зветься фізичне відчуття болю без відповідних соматичних даних?

А) невроз

Б) евтаназія

В) нозофобія

Г) гіпохондричний стан

Д) ятрогенія

16. Відтворення живого об'єкта в деякій кількості копій має назву:

А) ятрогенія

Б) трансплантологія

В) клонування

Г) біоетика

Д) евтаназія

17. Скільки стадій проходить траурна реакція?

А) 5

Б) 4

В) 3

Г) 2

Д) 1

18. Прискорення настання смерті шляхом припинення лікування зветься:

А) пасивна евтаназія

- Б) активна евтаназія
- В) добровільна евтаназія
- Г) примусова евтаназія
- Д) евтаназія

19. Використання засобів і дій, які прямо або опосередковано призводять до смерті хворих зветься:

- А) пасивна евтаназія
- Б) активна евтаназія
- В) добровільна евтаназія
- Г) примусова евтаназія
- Д) евтаназія

20. Коли думка пацієнта не береться до уваги це:

- А) пасивна евтаназія
- Б) активна евтаназія
- В) добровільна евтаназія
- Г) примусова евтаназія
- Д) евтаназія

21. Назвіть номер статті Етичного кодексу медичної сестри України, яка називається „Медична сестра і право пацієнта на якісну медичну допомогу”

- А) 1
- Б) 2
- В) 3
- Г) 4
- Д) 5

22. Назвіть номер статті Етичного кодексу медичної сестри України, яка має назву „Медична сестра і право пацієнта на інформацію”

- А) 6
- Б) 5
- В) 3

Г) 1

Д) 2

23. Назвіть номер статті Етичного кодексу медичної сестри України, яка має назву „Повага до своєї професії”

А) 1

Б) 14

В) 5

Г) 11

Д) 9

24. Відповідальність, яка полягає в застосуванні майнових санкцій і здійснюється не тільки в судовому, але і в адміністративному і громадському порядку має назву:

А) дисциплінарна

Б) цивільна

В) матеріальна

Г) адміністративна

Д) кримінальна

25. Як називаються проступки медичних працівників, які включають в себе нанесення шкоди лікувальному закладу в зв'язку з порчею майна, розтратою медикаментів та перев'язувального матеріалу?

А) дисциплінарні

Б) цивільні

В) матеріальні

Г) адміністративні

Д) кримінальна

26. Хто створив кодекс законів для багатьох поколінь лікарів?

А) Гіпократ

Б) Боткін

В) Пирогов

Г) Амосов

Д) Мудров

27. *Хто був основоположником вітчизняної клінічної медицини?*

А) Гіпократ

Б) Боткін

В) Пирогов

Г) Амосов

Д) Мудров

28. *Хто відкрив перший безкоштовний санаторій для бідних хворих на туберкульоз?*

А) С.Корсаков

Б) А.Чехов

В) Ф.Найтінгейл

Г) М.Амосов

Д) С.Руданський

29. *Система норм поведінки це:*

А) мораль

Б) деонтологія

В) медична деонтологія

Г) етика

Д) медична етика

30. *Одна з форм громадської свідомості це:*

А) мораль

Б) деонтологія

В) медична деонтологія

Г) етика

Д) медична етика

31. *Сукупність етичних норм, необхідних медичним працівникам для виконання своїх професійних обов'язків це:*

А) мораль

Б) деонтологія

В) медична деонтологія

Г) етика

Д) медична етика

32. *Основна категорія медичної етики це:*

А) обов'язок

Б) совість

В) честь

Г) гідність

Д) такт

33. *Етична категорія, яка виражає вищу форму здатності особистості здійснювати моральний самоконтроль це:*

А) обов'язок

Б) гідність

В) честь

Г) совість

Д) такт

34. *Велика емоційна сила, яка здатна керувати вчинками та діями медичного працівника це:*

А) обов'язок

Б) гідність

В) совість

Г) честь

Д) такт

35. *Етична категорія, що визначає мету, до якої прагне людина як у своєму особистому, так і в суспільному житті це*

А) щастя

Б) честь

В) гідність

Г) такт

Д) совість

36. *Зовнішні чинники щастя це:*

- А) розум
- Б) воля
- В) темперамент
- Г) становище людини в суспільстві
- Д) моральні якості особистості

37. *Внутрішні чинники щастя це:*

- А) становище людини в суспільстві
- Б) рівень матеріального добробуту
- В) моральні якості особистості
- Г) характер трудової діяльності
- Д) коло улюблених занять

38. *Ознака того, що людина знайшла особистий сенс життя на якийсь конкретний період свого життєвого шляху це:*

- А) сенс життя
- Б) щастя
- В) обов'язок
- Г) совість
- Д) гідність

39. *Що називають етичним гімном лікарювання?*

- А) клятва Ф.Найтінгейл
- Б) „Канон лікарської науки”
- В) „Києво-Печерський патерик”
- Г) „Факультетська обітниця лікаря”
- Д) клятва Гіпократа

40. *Яка стаття Кримінального кодексу України карає за порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини?*

- А) 145
- Б) 142
- В) 131

Г) 138

Д) 143

41. Яка стаття Кримінального кодексу України карає за насильницьке донорство?

А) 145

Б) 142

В) 144

Г) 138

Д) 143

42. Яка стаття Кримінального кодексу України карає за неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби?

А) 145

Б) 131

В) 144

Г) 138

Д) 143

43. Яка стаття Кримінального кодексу України карає за розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної хвороби?

А) 145

Б) 131

В) 144

Г) 138

Д) 132

44. Яка стаття Кримінального кодексу України карає за незаконне проведення абортів?

А) 145

Б) 131

В) 134

Г) 138

Д) 132

45. Яка стаття Кримінального кодексу України карає за незаконне проведення дослідів над людиною?

А) 145

Б) 142

В) 144

Г) 138

Д) 143

46. Яка стаття Кримінального кодексу України карає за порушення прав пацієнта?

А) 141

Б) 142

В) 144

Г) 138

Д) 143

47. Яка стаття Кримінального кодексу України карає за незаконну лікувальну діяльність?

А) 145

Б) 131

В) 144

Г) 138

Д) 132

48. Яка стаття Кримінального кодексу України карає за ненадання допомоги хворому медичним працівником?

А) 145

Б) 131

В) 144

Г) 138

Д) 139

49. Яка стаття Кримінального кодексу України карає за неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником?

- А) 145
- Б) 140
- В) 144
- Г) 138
- Д) 139

50. У якому році випускники сестринської школи вперше дали клятву Ф.Найтінгейл?

- А) 1983
- Б) 2002
- В) 1956
- Г) 1873
- Д) 1999

Критерії оцінювання тестових завдань

Правильні відповіді		Оцінка
відсоток	кількість	
100% - 90%	50-45	„5” (відмінно)
89% - 80%	44-34	„4” (добре)
79% - 64%	33-17	„3” (задовільно)
63% та менше	16-0	„2” (незадовільно)

**Фрагмент робочої програми
із спецкурсу
„Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря”**

1. Назва спецкурскурсу.
„Деонтологічна культура у професійній діяльності лікаря” Форма(-и) навчання: денна. Спеціальність (-ості): 7.12010001 „Лікувальна справа”, 7.12010002 „Педіатрія” та 7.12010005 „Стоматологія”
2. Код курсу.
3. Тип курсу (обов’язковий або за вибором студента).
За вибором навчального закладу
4. Рік (роки) навчання.
4
5. Семестр / семестри.
8
6. Кількість кредитів ECTS.
3
7. Прізвище ім’я по-батькові, посада, вчене звання та науковий ступінь викладача (викладачів), які викладають дисципліну.
Євтушенко Ю.О. – старший викладач кафедри медичної та біологічної фізики, медичної інформатики та біостатистики ДЗ „Луганський державний медичний університет”
8. Мета курсу (в термінах результату навчання й компетенції).
Мета спецкурсу: формування деонтологічної культури у майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ
9. Передумови (актуальні знання, необхідні для опанування курсу).
1. Сприяння вдосконаленню теоретичної медичної підготовки майбутніх лікарів у галузі медичної деонтології й розвитку практичних умінь та навичок лікування пацієнтів та догляду за хворими. 2. Ознайомлення й адаптація студентів-медиків до умов роботи медичних установ і підрозділів. 3. Розвиток особистих професійних якостей майбутнього медичного фахівця. 4. Розвиток орієнтації студентів-медиків на довгочасну медичну діяльність, освоєння різних форм професійного навчання й самонавчання. 5. Виховання в студентів глибокої відповідальності, почуття обов’язку, моралі,

гуманізму, чуйного уважного ставлення до хворих.						
10. Зміст курсу.						
№	Змістовні модулі	загальна	лекції	семінари / (пр. зан.)	лаб.	самост.
1	Перший модуль Теоретичні засади деонтологічної культури лікаря	44	4	20	–	20
2	Другий модуль Практичні аспекти деонтологічної поведінки лікаря у його професійній діяльності	44	6	18	–	20
	ЗАЛКОВЕ ЗАНЯТТЯ	2	–	2	–	–
	ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ ГОДИН	90	10	40	–	40
11. Список рекомендованої навчальної літератури.						
Основна навчальна література						
<p>1. Антоненко М. Ю. Диференційовані підходи до вибору інтерактивного методу навчання в післядипломній освіті лікарів-стоматологів / М. Ю. Антоненко, Н. А. Зелінська, Т. А. Мельничук, Л. М. Саяпіна, О. А. Значкова // Современная стоматология. – 2015. – № 5. – С. 109 – 111.</p> <p>2. Белінкіна Л. Т. Морально-етичні і деонтологічні аспекти діяльності медичної сестри, фельдшера і акушерки : навч. посібник для студ. мед. училищ і коледжів / Л. Т. Белінкіна та ін. // ред. Р. І. Поцюрко. – Борислав : Б. в., 1997. – 72 с.</p> <p>3. Биомедицинская этика / ред. В. И. Покровский. – М. : Медицина, 1997. – 224 с.</p> <p>4. Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти : Матеріали науково-практичної конференції, м. Львів, 26-27 березня 2009 року. – Львів : ЛНМУ ім. Д. Галицького, 2009. – 630 с.</p> <p>5. Вагнер Е. А. Раздумья о врачебном долге / Е. А. Вагнер. – Пермь : Изд-во «Пермское книжное издательство», 1986. – 222 с.</p> <p>6. Волосовець О. П. Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів / О. П. Волосовець, С. П. Кривоустов, Н. В. Нагорна. – Донецьк : Донбас, 2004. – 84 с.</p> <p>7. Глуховский В. В. Права пациента. Терминологический словарь-справочник / В. В. Глуховский, А. В. Ангелов. – М. : Изд-во ООО «Дизайн и полиграфия», 2008. – 132 с.</p> <p>8. Гончарук Е. И. Опыт работы комиссии по биоэтике Национального медицинского университета им. А. А. Богомольца : научные и дидактические аспекты / Е. И. Гончарук, А. И. Егоренков, А. П. Яворовский // В сб. «Философский век», альманах № 21 – «Науки о человеке в современном мире». – Ч. 1. – СПб., 2002. – С. 314 – 324.</p> <p>9. Грандо А. А. Врачебная этика : пособие / А. А. Грандо, С. А. Грандо. – К. : Триумф, 1994. – 256 с.</p> <p>10. Дан Г. П. Етика для лікарів, медсестер і пацієнтів / Г. П. Дан. – Львів : Свічадо, 2008. – 200 с.</p> <p>11. Деонтология в медицине : в 2 т. / под ред. Б. В. Петровского. – М. : Медицина, 1988. – Т. 1. Общая деонтология. – 1988. – 237 с.</p>						

12. Камінська І. П. Психологічні особливості формування деонтологічної культури майбутніх медиків засобами іноземної мови : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.07 / І. П. Камінська. – К., 2015. – 20 с.
13. Климчук В. О. Психологічна деонтологія : етичні кодекси : хрестоматія / В. О. Климчук // уклад. В. О. Климчук ; Міжрегіональна академія управління персоналом. – К. : МАУП, 2005. – 86 с.
14. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах : монографія / Ю. І. Колісник-Гуменюк. – Львів, 2013. – 296 с.
15. Крапівіна А. А. Ставлення лікарів до забезпечення гендерної рівності у сфері охорони здоров'я України (за даними соціологічного дослідження) / А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2. – С. 61 – 66.
16. Кундієв Ю. І. Сучасні проблеми біоетики / Ю. І. Кундієв // НАН України, Нац. наук. центр з медико-біотехн. проблем; відп. ред. Ю. І. Кундієв. – К. : Академперіодика, 2009. – 278 с.
17. Лихтенштейн Е. И. Помнить о больном / Е. И. Лихтенштейн. – К. : Здоров'я, 2012. – 152 с.
18. Любінець О. В. Медичний кодекс як основа в реформуванні охорони здоров'я України / О. В. Любінець, І. Я. Сенюта // Укр. мед. часопис. – 2006. – № 3(53). – С. 5 – 10.
19. Медицинское образование в мире и в Украине / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовец, В. Ф. Москаленко и др. – Харьков : ИПП «Контраст», 2005. – 464 с.
20. Мусій О. Професійна автономія лікарів і самоврядування / О. Мусій, А. Базилевич, І. Сенюта, М. Тишук. – Одеса : Вид-во Бартенєва, 2015. – 76 с.
21. Основи законодавства України про охорону здоров'я Верховна Рада України; Закон від 19.11.1992 № 2801-ХІІ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
22. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – К., Сфера, 2005. – 272 с.
23. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
24. Стеценко С. Г. Медицинское право : учебник / С. Г. Стеценко. – СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. – 572 с.
25. Третьяков В. М. Нормотворча діяльність Всесвітньої організації охорони здоров'я і формування в Україні галузі медичного права та її правових інститутів / В. М. Третьяков, Е. Ю. Махмудов // Економіка та держава. – 2006. – № 3. – С. 69 – 70.
26. Угрюмов В. Л. О медицинской деонтологии / В. Л. Угрюмов // Клинич. медицина. – 1993. – № 3. – С. 9 – 11.
27. Цехмистер Я. В. Особенности профессиональной подготовки специалистов фармацевтической отрасли в Украине на пороге XXI века / Я. В. Цехмистер, В. Л. Слипчук // Вектор науки Тольяттинского гос. ун-та. – 2015. – Вып. № 3 (22). – С. 168 – 171.
28. Эльяшевич Е. Г. Деонтология взаимоотношений между фармацевтами / Е. Г. Эльяшевич // Новая аптека. – 1999. – № 9. – С. 28 – 31.
29. Этика и деонтология санитарного врача : научное издание / Т. А. Бажан, Н. М. Паранько, Н. Г. Карнаух. – Д. : Поліграфіст, 2002. – 142 с.

12. Методи викладання.

Діяльність студента:

- слухання лекцій;

<ul style="list-style-type: none">- семінарські заняття;- вирішення практичних завдань;- вирішення самостійних завдань; <p>Поточний контроль: Дві письмові модульні роботи.</p> <p>Форма семестрового контролю: Залік</p>
13. Критерії оцінювання (у %).
Семестрова рейтингова оцінка розраховується, виходячи з критеріїв: <ul style="list-style-type: none">- письмова модульна робота 10% (<i>у тому числі 5% на контроль самостійної роботи студента</i>)- участь в практичних роботах 45%- самостійна робота 45%
14. Мови викладання.
Українська

Етичний кодекс лікаря України

(Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та X З'їздом Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в м. Євпаторії 27.09.2009)

Виходячи з принципів гуманізму та милосердя, Декларацій Всесвітньої медичної асоціації та законодавства України про права громадян на якісну та доступну охорону здоров'я, декларуючи провідну роль лікарів в системі охорони здоров'я, керуючись Клятвою лікаря України, враховуючи особливий характер взаємовідносин лікаря та пацієнта і необхідність доповнення механізмів правового регулювання цих взаємовідносин нормами медичної етики і деонтології, а також моральну відповідальність лікаря перед медичною спільнотою та суспільством за свою професійну діяльність, Всеукраїнський з'їзд лікарських організацій приймає цей Етичний кодекс лікаря України.

ВСТУП

Життя та здоров'я людини – головні, фундаментальні цінності. Діяльність лікаря 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, взаємодовіри, порядності та справедливості. Лікар повинен пам'ятати, що головний суддя на його професійному шляху – це, насамперед, совість.

Ці моральні засади систематизовані в Етичному кодексі лікаря України (далі – Кодекс) з урахуванням положень Міжнародного кодексу лікарської етики, Гельсінської декларації, Загальної декларації про геном і права людини (995_575) й Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на застосування досягнень біології та медицини (994_334).

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 та смерть.

РОЗДІЛ 1. ДІЯ КОДЕКСУ

1.1. Положення Кодексу необхідно виконувати лікарям, адміністративному персоналу і науковцям, які мають безпосереднє відношення до лікувально-профілактичної та наукової діяльності у галузі охорони здоров'я.

1.2. Підтримувати і контролювати виконання Кодексу повинні етичні комісії та комітети при закладах охорони здоров'я і наукових установах; медичних та наукових федераціях, асоціаціях, товариствах та інших громадських організаціях у галузі охорони здоров'я, що визнають цей Кодекс.

1.3. Визнання Кодексу колективом лікарів закладу охорони здоров'я, наукової установи, вищого медичного навчального закладу або закладу післядипломної освіти, медичною чи науковою федерацією, асоціацією, товариством або іншою громадською організацією, що діє у галузі охорони здоров'я, підтверджується офіційною заявою до Комісії з питань біоетики при Міністерстві охорони здоров'я України (далі – Комісія з питань біоетики).

У разі порушення Кодексу лікарями медичних, наукових, освітніх закладів, членами федерацій, асоціацій, товариств або інших громадських організацій, що діють у галузі охорони здоров'я та визнають цей Кодекс, до них можуть бути застосовані санкції з боку етичних комісій або комітетів цих закладів і організацій.

Крайньою формою громадського осуду порушення фахових і загальнолюдських морально-етичних принципів є виключення лікаря або науковця з професійної асоціації, членом якої він є.

1.4. У кожному випадку невизнання або порушення Кодексу громадськими організаціями, окремими юридичними та фізичними особами, які діють у сфері охорони здоров'я, відповідна Комісія з питань біоетики зобов'язана досліджувати можливі негативні наслідки для окремих людей і суспільства та вживати заходи з їх профілактики і усунення шляхом клопотання перед відповідними організаціями та органами державної влади про дисциплінарні, адміністративні та юридичні санкції.

1.5. У разі виникнення непередбачених Кодексом ситуацій, невизначених питань і суперечок щодо тлумачення, виконання або порушення положень Кодексу остаточне рішення залишається за Комісією з питань біоетики.

1.6. Комісія з питань біоетики, етичні комісії або комітети закладів охорони здоров'я, наукових установ, вищих навчальних закладів, лікарські об'єднання і асоціації мають право у разі потреби відстоювати і захищати у засобах масової інформації, суспільному житті та в суді честь і гідність лікаря за його згодою, якщо його професійні дії відповідають Етичному кодексу лікаря України.

РОЗДІЛ 2. ЛІКАР ТА СУСПІЛЬСТВО

2.1. Головна мета професійної діяльності лікаря (практика і вченого) – збереження та захист життя й здоров'я людини в пренатальному і постнатальному періоді, профілактика захворювань і відновлення здоров'я, а також зменшення страждань при невиліковних хворобах, при народженні і настанні смерті.

Етичне ставлення до особистості пацієнта не припиняється і після його смерті.

2.2. Лікар виконує свої обов'язки з повагою до життя, гідності і особистості кожного пацієнта на основі морально-етичних принципів суспільства, виходячи з Клятви лікаря України та цього Кодексу.

2.3. Лікар несе повну відповідальність за свої рішення і дії щодо життя та здоров'я пацієнтів. Він зобов'язаний систематично вдосконалювати свій професійний рівень, використовуючи у своїй діяльності найбільш ефективні відомі раніше і новітні досягнення медичної науки в порядку, встановленому законодавством.

2.4. Гуманні цілі, яким служить лікар, дають йому підставу вимагати законного захисту власних морально-етичних позицій і принципів, особистої гідності, матеріального забезпечення, створення належних умов для здійснення фахової діяльності.

2.5. Лікар ні в якому разі не повинен втрачати професійної незалежності. При прийнятті лікарем фахових рішень мотиви матеріальної та особистої вигоди, кар'єри, задоволення власних амбіцій не повинні переважати.

2.6. У державних та комунальних лікувально-профілактичних установах лікар надає пацієнтам медичну допомогу безкоштовно в межах фінансування, виділеного цій установі. Вимагання лікарем від пацієнта або його родичів будь-яких винагород, не передбачених законодавчими і нормативними актами, є злочинним та аморальним.

Право лікаря на приватну практику регулюється законом.

2.7. Лікар має право на матеріальну винагороду своєї праці у встановленому законом порядку, він повинен захищати право на справедливую оцінку й оплату своєї праці з боку держави, уникати принижень і фінансової дискримінації, працюючи в приватних установах і під час приватної практики.

Разом з тим лікар не повинен:

- займатися недобросовісною рекламою і дозволяти використовувати своє ім'я та висловлювання з метою реклами недостовірної медичної інформації;

- розповсюджувати з метою прибутку лікарські засоби та вироби медичного призначення, за винятком окремих, визначених законодавством обставин;

- брати участь у змові з лікарями, фармацевтами, представниками медичної та фармацевтичної промисловості, іншими фізичними чи юридичними особами з метою отримання незаконного прибутку;

- приймати винагороди від виробників і розповсюджувачів за призначення запропонованих ними лікарських засобів, лікувальних, діагностичних і гігієнічних

медичних виробів, продуктів дієтичного харчування, за винятком окремих, визначених законодавством обставин;

- займатися іншою діяльністю, несумісною з його професійною честю і авторитетом;

- використовувати свою виборну, адміністративну чи іншу службову посаду для необґрунтованого збільшення кількості пацієнтів власної лікарської практики або закладу охорони здоров'я, який ним очолюється;

- створювати передумови для нелегального отримання винагород та ухилятися від сплати податків.

2.8. Лікар може займатися будь-якою іншою діяльністю, якщо вона сумісна з фаховою незалежністю, не принижує його гідності та не завдає шкоди пацієнтам і його лікарській практиці.

2.9. Лікар повинен надавати медичну допомогу за спеціальністю хворим незалежно від віку, статі, раси, національності, віросповідання, соціального стану, політичних поглядів, місця проживання, громадянства та інших немедичних ознак, включаючи матеріальне положення.

2.10. Лікар своїм професіоналізмом, морально-етичними переконаннями, поведінкою у будь-яких життєвих ситуаціях, ставленням до людини і до виконання фахових обов'язків повинен бути гідним прикладом для своїх колег та інших членів суспільства.

2.11. Лікар зобов'язаний своєю поведінкою та іншими доступними йому засобами (лекції, бесіди, ЗМІ, Інтернет тощо) пропагувати здоровий спосіб життя і бути прикладом у дотриманні його норм і правил.

2.12. Лікар має право брати активну участь в роботі професійних об'єднань і асоціацій, одночасно отримуючи їх захист і підтримку. Лікарські об'єднання та асоціації зобов'язані сприяти і надавати кожному із своїх членів допомогу у дотриманні та відстоюванні принципів високого професіоналізму, фахової незалежності, моральності, етики і деонтології.

2.13. Лікар повинен бути чесним з пацієнтами та колегами, принциповим у своїй позиції щодо професійних недоліків інших лікарів, визнавати власні помилки, а також не допускати обману і шахрайства.

2.14. Лікар не повинен займатись політичною, релігійною агітацією і пропагандою в робочий час, спонукати колег до дій та вчинків, несумісних із званням лікаря.

2.15. Лікар має право брати участь в передбачених законодавством України формах протесту, але не звільняється від обов'язку забезпечувати необхідну медичну допомогу пацієнтам, які знаходяться під його спостереженням.

РОЗДІЛ 3. ЛІКАР І ПАЦІЄНТ

3.1. Від моменту прийняття лікарем рішення про особисте надання будь-якій людині необхідної лікарської допомоги або про залучення її до наукових досліджень як волонтера він повинен планувати свої дії стосовно цієї людини і стосунки з нею на засадах загальнолюдської етики і моралі, проголошеної Клятвою лікаря України, лікарської деонтології, а також Етичного кодексу лікаря України та Міжнародного кодексу лікарської етики.

3.2. Лікар несе відповідальність за якість і гуманність медичної допомоги, яка надається пацієнтам, та будь-яких інших професійних дій щодо втручання в життя та здоров'я людини. У своїй роботі він зобов'язаний дотримуватись Конституції (254к/96-ВР) і законів України, діючих нормативних документів стосовно лікарської практики, з урахуванням особливостей захворювання, використовувати методи профілактики, діагностики і лікування, які вважає найбільш ефективними в кожному конкретному випадку, виходячи з інтересів хворого. У разі необхідності лікар зобов'язаний звернутися за допомогою своїх колег.

У ситуаціях надання допомоги хворому, за обставин які не передбачені законодавством, нормативними актами і посадовими інструкціями, лікар зобов'язаний враховувати, насамперед, інтереси хворого, принципи лікарської етики і моралі.

3.3. Дії лікаря повинні бути спрямовані на досягнення максимальної користі для життя і здоров'я пацієнта, його соціального захисту.

Протягом усього лікування під час надання інформації хворому про його стан і рекомендоване лікування лікар повинен брати до уваги персональні особливості пацієнта, стежачи за оцінкою хворим ситуації.

Лікар не повинен:

- без достатніх фахових причин втручатися в приватні справи пацієнта і членів його родини;

- наражати пацієнта на невиправданий ризик, а тим більше використовувати свої знання в негуманних цілях. При виборі будь-якого методу лікування лікар, насамперед, повинен керуватися не тільки принципом "Не нашкодь", але й "Принеси найбільшу користь".

Лікар зобов'язаний приділяти пацієнту достатньо часу і уваги, необхідних для встановлення правильного діагнозу, виконання повного обсягу допомоги, обґрунтування приписів і рекомендацій щодо подальшого лікування, надання їх хворому у детальному і зрозумілому для нього вигляді.

Лікар не має права свідомо перебільшувати чи занижувати оцінку тяжкості захворювання з метою отримання пацієнтом соціального захисту і матеріальної підтримки, що не відповідають реальному стану його здоров'я.

3.4. За винятком випадків невідкладної допомоги, лікар має право відмовитися від лікування хворого, якщо впевнений, що між ним і пацієнтом відсутня необхідна взаємна довіра, коли відчуває себе недостатньо компетентним або не має у своєму розпорядженні необхідних для проведення лікування можливостей та в інших випадках, якщо це не суперечить Клятві лікаря України. У цій ситуації лікар повинен вжити всіх заходів щодо інформування про це хворого та надати йому відповідні рекомендації.

Лікар також не повинен перешкоджати реалізації права пацієнта на отримання консультації іншого лікаря.

3.5. Лікар повинен шанувати право пацієнта на вибір лікаря та його участь у прийнятті рішень про проведення лікувально-профілактичних заходів, крім випадків примусового лікування у встановленому законом порядку. Добровільну згоду пацієнта на обстеження, лікування чи дослідження з його участю лікар повинен одержати при особистій розмові з ним. Ця згода має бути усвідомленою, хворого необхідно обов'язково поінформувати про методи лікування, наслідки їхнього застосування, зокрема про можливі ускладнення, а також інші альтернативні методи лікування. Якщо пацієнт неспроможний усвідомлено висловити свою згоду, то її дає законний представник або постійний опікун пацієнта.

Проведення лікувально-діагностичних заходів без згоди пацієнта дозволено тільки у випадках загрози його життю та здоров'ю у разі нездатності його адекватно оцінювати ситуацію. Рішення в подібних випадках необхідно приймати колегіально і за участі його близьких.

Під час лікування дитини або хворого, який перебуває під опікою, лікар зобов'язаний надавати повну інформацію його батькам або опікунам, одержати їхню згоду на застосування того чи іншого методу лікування або лікарського засобу.

Лікар повинен захищати інтереси дитини чи хворого, який не може самостійно прийняти рішення, якщо очевидно, що інтереси його життя і здоров'я байдужі оточуючим чи недостатньо ними усвідомлюються.

3.6. Лікар повинен поважати честь і гідність пацієнта, його право на невтручання в особисте життя, ставитися до нього доброзичливо, з розумінням сприймати занепокоєння рідних і близьких станом хворого.

Кожен пацієнт має право на зберігання особистої таємниці. Лікар, як й інші особи, які беруть участь у наданні медичної допомоги, зобов'язаний зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта, як і факт звернення за медичною допомогою, за відсутності іншого розпорядження хворого, або якщо це захворювання не загрожує його близьким і суспільству.

Таємниця поширюється на всю інформацію, отриману в процесі лікування хворого (у т.ч. діагноз, методи лікування, прогноз тощо).

Медична інформація про пацієнта може бути розголошена:

- у разі письмової згоди самого пацієнта;
- у випадку мотивованої вимоги органів дізнання, слідства, прокуратури і суду, санепідемслужби;
- якщо зберігання таємниці істотно загрожує здоров'ю і життю пацієнта і/або/інших осіб (небезпечні інфекційні захворювання);
- у випадку залучення до лікування інших спеціалістів, для яких ця інформація є професійно необхідною.

Особи, які крім лікаря, користуються правом доступу до медичної інформації, зобов'язані зберігати в таємниці всі отримані про пацієнта відомості, і мають бути поінформовані лікарем про відповідальність, пов'язану з її розголошенням.

У процесі наукових досліджень, навчання студентів і підвищення кваліфікації лікарів повинна дотримуватися лікарська таємниця. Демонстрація хворого можлива тільки за згоди його, його батьків або опікунів.

3.7. Пацієнт має право на вичерпну інформацію про стан свого здоров'я, але він може від неї відмовитися або визначити особу, якій можна повідомляти про стан його здоров'я.

Інформація може бути прихована від пацієнта в тих випадках, якщо є вагомі підстави вважати, що вона може завдати йому серйозної шкоди. Проте у разі наполегливої вимоги пацієнта, лікар зобов'язаний надати йому вичерпну інформацію. У випадку несприятливого для хворого прогнозу необхідно поінформувати його делікатно й обережно, залишивши надію на продовження життя, можливий успішний результат.

3.8. У разі допущення лікарем помилки або виникнення в результаті його дій непередбачених ускладнень він зобов'язаний поінформувати про це хворого, старшого колегу або керівника підрозділу, а за їх відсутності адміністрацію установи, в якій він працює, і негайно спрямувати свої дії на виправлення негативних наслідків, не чекаючи вказівок. За необхідності слід залучити інших спеціалістів, чесно поінформувати їх про суть помилки або ускладнення, що виникли.

Лікар повинен ретельно аналізувати допущені помилки та обговорювати їх з колегами і керівництвом з метою попередження подібних випадків в клінічній практиці інших лікарів.

3.9. Практичну діяльність лікар повинен здійснювати тільки під власним прізвищем, не вказуючи неофіційно наданих титулів, ступенів, звань.

3.10. Лікар має сприяти здійсненню права пацієнта на отримання духовної підтримки з боку представника відповідної релігійної конфесії.

3.11. Лікар зобов'язаний перебувати поряд з вмираючим хворим до останньої миті його життя, забезпечувати відповідні його стану лікувальні заходи і нагляд, підтримувати можливий рівень життя, максимально полегшувати фізичні і психічні страждання хворого і його близьких усіма доступними засобами.

Питання про припинення реанімаційних заходів слід вирішувати за можливості колегіально і у випадку коли стан людини визначається як безповоротна смерть відповідно до критеріїв, визначених Міністерством охорони здоров'я України.

Лікар не має права свідомо прискорювати настання смерті, вдаватися до евтаназії або залучати до її проведення інших осіб.

3.12. Лікар не має права залишати хворих у випадках загальної небезпеки.

3.13 Лікар не може залишати без уваги будь-які прояви жорстокості або приниження людської гідності.

3.14. Лікар не може пропонувати пацієнту методи лікування, лікарські засоби і медичні вироби, не допущені до загального застосування Міністерством охорони здоров'я України у визначеному законодавством порядку. Лікар може поінформувати пацієнта про те, що за кордоном використовуються й інші засоби і методи лікування його захворювання.

3.15. Лікар повинен мати належний зовнішній вигляд, який має позитивно впливати на пацієнта.

РОЗДІЛ 4. КОЛЕГІАЛЬНІСТЬ ЛІКАРІВ

4.1. Протягом усього життя лікар зобов'язаний зберігати повагу і почуття подяки до тих, хто навчав його мистецтву лікування.

4.2. Лікар зобов'язаний охороняти честь і шляхетні традиції медичного співтовариства, з повагою і доброзичливістю ставитися до колег.

4.3. Лікар не має права публічно ставити під сумнів чи дискредитувати професійну кваліфікацію іншого лікаря. Фахові зауваження на адресу колеги повинні бути аргументованими, необразливими за формою, висловленими в особистій розмові до того як це питання буде обговорюватися медичним співтовариством або етичним комітетом чи комісією.

4.4. У тяжких клінічних випадках лікарі повинні надавати поради і допомогу своїм колегам у коректній формі. За процес лікування всю відповідальність несе тільки лікуючий лікар, який може врахувати або відмовитися від рекомендацій, керуючись при цьому винятково інтересами хворого. Лікар не повинен створювати умови щодо переходу до нього пацієнтів від інших колег.

4.5. Лікарі-керівники закладів охорони здоров'я та наукових і освітніх установ зобов'язані піклуватися про захист морально-етичних позицій і принципів, особистої гідності, а також достатнє матеріальне забезпечення і соціальний захист, створення належних умов для здійснення фахової діяльності, підвищення фахової кваліфікації підлеглих.

4.6. Лікарі зобов'язані з повагою ставитися до іншого медичного і допоміжного персоналу, постійно забезпечувати підвищення його кваліфікації.

РОЗДІЛ 5. НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗА УЧАСТЮ ПАЦІЄНТА

5.1. Лікар може поєднувати дослідження з наданням медичної допомоги лише у випадках, коли дослідження обґрунтоване профілактичною, діагностичною або терапевтичною метою.

5.2. Перед початком біомедичних досліджень, апробації нових лікарських препаратів, лікувально-діагностичних методів та обладнання лікар повинен дістати письмову згоду на їх проведення від відповідної етичної комісії або комітету із затвердженням плану (протоколу) вказаного дослідження, в якому повинні бути чітко визначені його цілі, етичні аспекти, хід та можливі ускладнення.

5.3. Після ознайомлення пацієнта (учасника дослідження) з цілями, методами, потенційною користю і можливим ризиком лікар повинен отримати у встановленому порядку його письмову згоду на участь у дослідженні, яке на будь-якому етапі, за бажанням пацієнта, може бути безперешкодно ним перерване або припинене.

5.4. Що стосується недієздатних пацієнтів, то їх згода на участь у дослідженні повинна бути отримана в письмовій формі від батьків або іншого законного представника (юридично відповідальної особи). Подібні дослідження можуть проводитися тільки в інтересах врятування життя, відновлення чи підтримки здоров'я досліджуваного без нанесення йому шкоди або погіршення стану.

5.5. Наукові дослідження з участю пацієнтів лікарі можуть проводити лише при одночасному дотриманні всіх перерахованих нижче умов:

- якщо вони спрямовані на поліпшення здоров'я пацієнтів, які беруть участь в експерименті;
- якщо вони зроблять істотний внесок у медичну науку і практику;
- якщо результати попередніх досліджень та існуючі дані не свідчать про ризик розвитку ускладнень;
- за умови забезпечення усіх необхідних заходів для безпеки пацієнта.

5.6. Медичні дослідження, пов'язані із залученням пацієнтів, повинні проводитись в умовах, що забезпечують права і безпеку досліджуваних, захищають їх гідність; виконуватись висококваліфікованими лікарями і науковцями під наглядом етичних комісій або комітетів. Дослідження припиняється у випадках виникнення незрозумілих і непередбачених ситуацій, а також у разі появи ознак небезпеки для життя і здоров'я учасника дослідження.

5.7. Лікар-дослідник несе особисту відповідальність у випадку, коли внаслідок його дії (недбалості, неправильно проведеного експерименту тощо) стан здоров'я пацієнта погіршився. Лікар має всебічно сприяти відновленню нормального стану здоров'я пацієнта.

5.8. Усі учасники досліджень повинні бути застрахованими на випадок заподіяння ненавмисної шкоди їх здоров'ю.

5.9. В експериментах на тваринах лікар-дослідник повинен дотримуватись принципів гуманності, намагатися максимально зменшити кількість експериментальних тварин, сприяти розробці методів, які дозволяють їх не використовувати під час дослідів.

РОЗДІЛ 6. НОВІТНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

6.1. Дії лікаря при застосуванні новітніх медичних технологій (трансплантація людських органів і тканин, втручання в геном людини, у репродуктивну функцію тощо) визначаються етико-правовими і законодавчо-нормативними актами України, рекомендаціями та вимогами Всесвітньої організації охорони здоров'я, Біоетичного комітету ЮНЕСКО та Комісії з питань біоетики.

6.2. При відборі хворих, які потребують проведення складних профілактичних, діагностичних і особливо лікувальних заходів (наприклад, трансплантація органів), лікарі, які вимушено встановлюють черговість у наданні допомоги, повинні виходити лише із медичних показань, приймаючи рішення самостійно чи колегіально за участю членів етичного комітету (комісії).

РОЗДІЛ 7. ІНФОРМАЦІЯ

7.1. Лікар зобов'язаний постійно підвищувати свою кваліфікацію, бути поінформованим стосовно найновіших досягнень у сфері професійної діяльності. Він повинен активно протистояти будь-якій недостовірній інформації у наукових виданнях та засобах масової інформації.

7.2. Видання медичного характеру, виступи лікарів на наукових форумах, просвітницька діяльність через засоби масової інформації повинні бути бездоганними в етичному плані, обмежуватися об'єктивною науково-практичною інформацією і не містити елементів несумлінної конкуренції, реклами і самореклами.

7.3. Лікар зобов'язаний невідкладно повідомляти в передбаченому чинним законодавством порядку про всі невідомі, небажані та побічні дії лікарських засобів і виробів медичного призначення, що спостерігались ним під час наукових досліджень і в практичній роботі.

7.4. В інтересах забезпечення життя та здоров'я пацієнтів лікар повинен активно протистояти пропаганді й застосуванню методів діагностики і лікування та засобів, не передбачених чинним законодавством.

7.5. Лікарські довідки необхідно видавати тільки відповідно до чинних законодавчих, нормативно-методичних і інструктивних документів.

7.6. Про результати своїх досліджень після оформлення авторського права на відкриття, винахід тощо лікар повинен повідомити колег, перш за все, в спеціальних виданнях.

7.7. У наукових публікаціях лікарі повинні дотримуватися вимог щодо авторського права. Включення себе чи інших осіб без достатніх на те причин до авторського колективу або умовчання прізвищ осіб, які брали активну участь в дослідженнях, як і плагіат, є грубим порушенням принципів фахової етики. Безпринципне ставлення і байдужість до спотворення наукової істини, приховування членом наукового колективу принципових погіршень наукового дослідження є неприпустимим.

РОЗДІЛ 8. ПОВАГА ДО ПРОФЕСІЇ ЛІКАРЯ

8.1. Принцип поваги до своєї професії повинен бути витриманим у всіх сферах діяльності лікаря: професійній, громадській, публіцистичній тощо. Кожний лікар повинен утримуватися від будь-яких дій чи висловлювань, які підривають повагу до медичної спеціальності. Своєю діяльністю він повинен сприяти збереженню та підвищенню престижності професії, до якої належить, а також дієвості цього Кодексу.