

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА КОЦЮБИНСЬКОГО**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

БІЛЧЕНКО ОЛЕКСАНДР ВІТАЛІЙОВИЧ

УДК 378.093.2: [174:61] (043.5)

**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ
СЕСТЕР У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ**

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти.

Педагогічні науки.

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

О.В. Білченко

підпис Ініціали та прізвище дисертанта

Науковий керівник Холковська Ірина Леонідівна, кандидат педагогічних
наук, доцент

Вінниця – 2019

АНОТАЦІЯ

Біліченко О. В. Формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. – Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського МОН України. – Вінниця, 2019.

Дисертаційна робота присвячена комплексному вивченню педагогічних умов формування професійної етики майбутніх медичних сестер, розробці методики її формування у процесі фахової підготовки в медичному коледжі.

Професійна етика медичної сестри є професійно важливою інтегративною якістю особистості, що поєднує в собі засвоєні у процесі професіоналізації гуманістичні ціннісні орієнтації, професійно-етичні норми та етично значущі особистісні якості, які регулюють професійну діяльність і спілкування.

Сутнісний зміст професійної етики майбутніх медичних сестер адекватно розкривають чотири компоненти: мотиваційно-ціннісний, когнітивний, особистісний і діяльнісний. Мотиваційно-ціннісний компонент професійної етики майбутніх медичних сестер відображає сформованість професійно-етичної позиції, особистісного ставлення до етичних норм професійної діяльності, орієнтацію на цінності гуманізму, милосердя і збереження життя та здоров'я пацієнтів. Когнітивний компонент характеризує компетентність майбутніх медичних сестер у галузі професійної етики, розуміння норм і принципів медичної деонтології, обізнаність з особливостями регулювання професійної діяльності на основі приписів медичної етики, здатність аналізувати моральний зміст ситуацій професійної взаємодії і визначати на цій основі способи та стратегії власної поведінки. Особистісний компонент професійної етики представлений професійно важливими якостями особистості (емпатія, толерантність, тактовність, відповідальність, доброзичливість, самокритичність, впевненість у собі, цілеспрямованість та ін.), що визначають гуманістичну спрямованість медичної

діяльності і забезпечують реалізацію етичних норм у міжособистісній взаємодії з суб'єктами лікувального процесу. Діяльнісний компонент професійної етики майбутніх медичних сестер знаходить вияв у сформованості практичних умінь налагоджувати конструктивні стосунки з пацієнтами, лікарями та іншими суб'єктами лікувального процесу на основі норм і цінностей медичної етики та деонтології.

Враховуючи сутнісні характеристики і структурні компоненти професійної етики медичної сестри, ми визначили відповідні критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивний, особистісний, діяльнісний) та показники, що дають змогу оцінити рівень сформованості професійної етики у студентів медичного коледжу.

Показниками мотиваційно-ціннісного критерію професійної етики визначено: інтерес до професії; усвідомлення цінності здоров'я та життя людини; професійно-етична орієнтація на цінності гуманізму, поваги до прав і свобод особистості, служіння людям; гуманістична спрямованість діяльності; почуття значущості етичних норм спілкування для успішної професійної діяльності медичної сестри; врахування інтересів усіх суб'єктів лікувального процесу.

Показниками когнітивного критерію є: обізнаність з етичними нормами професійного спілкування медиків; усвідомлення гуманізму як основного етичного принципу спрямованості особистості медичного працівника; знання у галузі професійного спілкування; уявлення про професійно важливі якості медичної сестри; розуміння значущості гуманістичної спрямованості у професійній етиці медичної сестри; гнучкість і критичність мислення у невідкладних медичних ситуаціях; вміння прогнозувати наслідки різних способів професійної поведінки.

Особистісний критерій характеризується такими показниками: емпатія; толерантність; відповідальність за виконання професійних обов'язків; здатність до самоаналізу; адекватна самооцінка, впевненість у собі; розуміння власної ролі в лікувально-діагностичному процесі; здатність об'єктивно оцінювати результати власної діяльності; цілеспрямованість; ініціативність; дисциплінованість; доброзичливість; дбайливість; справедливість, неупередженість; безкорисливість; здатність самовдосконалюватися.

Як показники діяльнісного критерію розглядаються вміння прогнозувати і коригувати відносини, що складаються у професійній практиці медичної сестри; вміння конструктивно вирішувати професійні конфлікти; вміння відстоювати власну позицію, не погіршуючи стосунків з колегами; вміння налагоджувати конструктивні міжособистісні стосунки; володіння прийомами вербального та невербального спілкування; рефлексивні вміння; вміння створювати емоційно-комфортні умови для колективної діяльності; вміння саморегуляції.

Відповідно до визначених критеріїв і показників було підібрано комплекс діагностичних методик (тест «Професійна етика медичної сестри», методика виявлення ціннісних орієнтацій М. Рокича; методика вивчення мотивації професійної діяльності К. Замфір; методика діагностики соціально-психологічних установок особистості О. Потьомкіна, методика діагностування рівня морально-етичної відповідальності особистості І. Тимощука, методика визначення толерантних і інтолерантних установок особистості в сфері міжособистісного спілкування В. Бойко, опитувальник емоційної емпатії А. Меграбяна і М. Епштейна, метод експертних оцінок), які дали на констатувальному етапі дослідження визначити й описати три рівні сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер: високий (ціннісно-рефлексивний), середній (нормативно-репродуктивний) і низький (емпірично-інтуїтивний).

Студентів з високим (ціннісно-рефлексивним) рівнем сформованості професійної етики (26%) характеризує наявність чітко усвідомлюваної ієрархічної системи ціннісних орієнтацій, провідну роль у якій відіграють орієнтації на цінності гуманізму, здоров'я та збереження життя людини, що забезпечує морально-етичну спрямованість професійного спілкування, його відповідність нормам і принципам медичної деонтології, зорієнтованість на конструктивну реалізацію професійних функцій і врахування інтересів усіх суб'єктів лікувального процесу.

Студенти з середнім (нормативно-репродуктивним) рівнем сформованості професійної етики (52%) усвідомлюють ціннісні орієнтації, що визначають спрямованість їхнього професійного спілкування, однак їм властива певна однобічність. Студенти володіють базовими знаннями про зміст морально-етичних

норм професійної діяльності, основними інтерактивними і комунікативними вміннями, проте не завжди здатні гнучко й ефективно застосовувати їх у ситуаціях професійної взаємодії.

Для студентів з низьким (емпірично-інтуїтивним) рівнем сформованості професійної етики (22%) характерна відсутність чітко усвідомлюваної системи ціннісних орієнтацій, які визначають спрямованість їхнього професійного спілкування; поверхово-інтуїтивні уявлення про етичні норми і правила професійної діяльності; недостатнє усвідомлення значущості медичної деонтології для успішної професійної взаємодії. Загалом аналіз результатів констатувального етапу дослідження свідчить, що в умовах недостатнього педагогічного керівництва і значною мірою стихійного становлення професійної етики студентів не забезпечується належний рівень етико-деонтологічної підготовки багатьох з них до ефективного виконання професійних функцій.

Аналіз психолого-педагогічних джерел, узагальнення результатів констатувального етапу дослідження, а також урахування особливостей особистісно-професійного становлення майбутніх медичних сестер дало змогу визначити комплекс педагогічних умов формування професійної етики: створення і функціонування в медичному коледжі комплексної професійно орієнтованої виховної системи; забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу; використання ціннісного потенціалу фахових дисциплін у процесі професійно-етичного самовизначення майбутніх медичних сестер; емоційно-інтелектуальне стимулювання особистісно-професійного становлення студентів засобами діалогічного спілкування. Функціонально-цільовий блок розкриває мету, завдання та функції формування професійної етики майбутніх медичних сестер; змістово-діяльнісний блок відображає методологічні основи та оптимальні педагогічні умови формування професійної етики; управлінсько-технологічний блок характеризує принципи і способи педагогічного керівництва навчально-професійною діяльністю студентів у процесі оволодіння основами професійної етики та медичної деонтології; оцінно-результативний блок розкриває

критерії, показники та рівні сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер.

На основі врахування специфіки морально-етичного аспекту професійної діяльності медичної сестри, а також особливостей організації освітнього процесу в медичному коледжі нами була розроблена педагогічна модель формування професійної етики майбутніх медичних сестер, що складається з чотирьох блоків і комплексно відображає мету, завдання, педагогічні умови, форми, методи, етапи та рівні розвитку професійної етики студентів у процесі фахової підготовки.

У процесі дослідження з'ясовано, що формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки доцільно здійснювати за такими етапами: організаційно-мотиваційний, аналітико-діагностичний, комунікативно-діяльнісний, рефлексивно-оцінний.

Організаційно-мотиваційний етап спрямовується на формування в студентів позитивної мотивації, інтересу до проблем медичної деонтології, спрямованості на оволодіння принципами і нормами професійної етики. На цьому етапі використовується комплекс мобілізаційно-спонукальних методів (актуалізація, мобілізація, мотивація, підкріплення значущих психічних станів і поведінки студентів), що забезпечували формування професійно-етичного світогляду майбутніх медичних сестер: етичних поглядів, переконань, ідеалів, позицій та оцінок. На аналітико-діагностичному етапі використовується комплекс діагностичних методів, спрямованих на з'ясування відповідності поведінки студентів професійно-етичним вимогам, а також на рефлексивний аналіз студентами сформованості у себе професійно важливих етичних якостей і здатності до організації професійної взаємодії на основі деонтологічних норм і принципів. Завдання комунікативно-діялісного етапу полягають у формуванні в майбутніх медичних сестер орієнтувальної основи професійної діяльності і спілкування відповідно до професійно-етичних норм і цінностей. На рефлексивно-оцінному етапі відбувається підсумкова діагностика рівнів сформованості професійної етики студентів, проводяться коригувальні заходи на основі педагогічного моніторингу і

прогнозування подальшого використання виховного потенціалу соціально-професійного середовища медичного коледжу.

Результати дослідно-експериментальної роботи засвідчили, що реалізація обґрунтованих педагогічних умов та розробленої методики забезпечує розвиток всіх структурних компонентів професійної етики майбутніх медичних сестер: мотиваційно-ціннісного, когнітивного, особистісного і діяльнісного. В експериментальній групі, на відміну від контрольної, на статистично значущому рівні збільшилася кількість студентів з високим, ціннісно-рефлексивним, рівнем сформованості професійної етики (з 28% до 38%) і водночас зменшилося число студентів з низьким, емпірично-інтуїтивним, рівнем (з 22% до 8%).

Ключові слова: медична етика, професійна етика медичної сестри, підготовка майбутніх медичних сестер, компоненти професійної етики, рівні сформованості професійної етики, педагогічні умови формування професійної етики майбутніх медичних сестер.

Список публікацій здобувача

Праці, в яких відображено основні результати дослідження:

1. Bilichenko O. Theoretical Approaches to Determine the Nature of Medical Ethics. Dyskursy o kulturze. Discourses on Culture. Łódź, 2017. № 7. S. 249–259.
2. Біліченко О. В. Структура професійної етики майбутніх медичних сестер. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2018. Вип. 54. С. 32–37.
3. Біліченко О. В. Аналіз змісту компонентів професійної етики майбутніх медичних сестер. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми / редкол. Р. С. Гуревич та ін. Київ ; Вінниця, 2018. Вип. 52. С. 168–172.
4. Біліченко О. В. Сутність і зміст професійної етики майбутніх медичних сестер. Особистісно-професійний розвиток майбутніх фахівців соціономічних професій в умовах трансформації суспільства: монографія / В. І. Шахов, В. М. Галузяк та ін. Вінниця, 2018. С. 65–81.

5. Біліченко О. В. Модель формування професійної етики студентів медичного коледжу Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2018. Вип. 55. С. 49–54.
6. Біліченко О. В. Забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2018. Вип. 56. С. 75 – 80.
7. Біліченко О. В. Критерії та показники сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету. Серія: Педагогічні науки. Ізмаїл, 2019. Вип. 42. С. 41–49.
8. Біліченко О. В. Етапи реалізації методики формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2019. Вип. 57. С. 61–66.
9. Біліченко О. В. Аналіз результатів сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2019. Вип. 58. С. 35–42.

Праці апробаційного характеру:

10. Біліченко О. В. Виховна система медичного коледжу як чинник формування професійної етики майбутніх медичних працівників. Актуальні проблеми сучасної науки і наукових досліджень: 6-а Всеукраїнська конференція молодих учених і студентів: зб. наук. пр. / редкол.: Р. С. Гуревич (гол.) та ін. Вінниця, 2018. Вип. 10(13). С. 14–17.
11. Біліченко О. В. Правовий аспект професійної етики майбутніх медичних працівників. Актуальні проблеми сучасної науки і наукових досліджень: зб. наук. пр. / редкол.: Р. С. Гуревич (гол.) та ін. ; Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Вінниця, 2017. Вип. 7(10). С. 68–70.

12. Біліченко О. В. Вимоги до професійно-етичного аспекту підготовки та діяльності медичних сестер. Особистісно-професійний розвиток майбутнього вчителя : матеріали всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Вінниця, 29–30 листопада 2017 р.). Вінниця, 2017. С. 5–10.
13. Біліченко О. В. Моральні якості особистості медика як складова професійної етики. Теоретико-методологічні основи розвитку освіти та управління навчальними закладами : матеріали III Всеукраїнської (з міжнародною участю) науково-методичної конференції (5 грудня 2017 року, м. Херсон): у 3 ч. / за ред. В. В. Кузьменка, Н. В. Слюсаренко. Херсон, 2017. Ч. 1. С. 59–64.
14. Біліченко О. В. Проблеми морально-етичного становлення майбутніх медичних сестер. Педагогічний пошук : зб. наук. пр. студентів і молодих вчених. Вінниця, 2018. Вип. 9. С. 12–16.
15. Біліченко О. В. Критерії сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Інноваційні технології навчання в епоху цивілізаційних змін : матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Інноваційні технології навчання в епоху цивілізаційних змін», Вінниця, 30–31 жовтня 2018 р. ВДПУ ім. М. Коцюбинського / ред. кол.: Р. С. Гуревич та ін. Вінниця, 2018. С. 51–53.
16. Біліченко О. В. Педагогічні умови формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Освіта в міждисциплінарному вимірі : матеріали науково-практичної конференції студентів і молодих вчених (м. Вінниця, 5–6 грудня 2018 р.). Вінниця, 2018. С. 17–20.
17. Біліченко О. В. Прийоми підготовки студентів – майбутніх медиків до побудови професійно-етичних відносин. Особистісно-професійний розвиток майбутнього вчителя : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Вінниця, 29–30 листопада 2018 р.). Вінниця, 2018. С. 50–54.
18. Біліченко О. В. Шляхи підвищення ефективності етичної підготовки майбутніх медичних сестер. International Scientific Conference Scientific Development of New Eastern Europe : Conference Proceedings, Part I, April 6th. Riga, 2019 P. 24–27.

Публікації, які додатково відображають наукові результати дисертації:

19. Біліченко О. В. Формування професійної етики майбутніх медичних сестер у

процесі фахової підготовки: методичні рекомендації. Вінниця, 2019. 80 с.

20. Біліченко О. В. Основи професійної етики медичних працівників: навчальний посібник. Вінниця, 2019. 224 с.

ANNOTATION

Bilichenko O. V. Future nurses' professional ethics formation in the process of specialists' training. – Manuscript.

Thesis for a Candidate of Pedagogical Sciences Degree in Specialty 13.00.04 – Theory and Methods of Vocational Education. – Vinnytsia State Pedagogical University named after Mykhailo Kotsiubynsky Ministry of Science and Education of Ukraine. – Vinnytsia, 2019.

The dissertation determines the essence of future nurses' professional ethics as a complex professionally important personal quality which integrates the humanistic value orientations, professional and ethical principles, acquired in the process of moral qualities' professionalization governing professional activity and communication. It was based on the analysis of psychological, pedagogical literature and peculiarities of future nurses' professional formation.

There are four interrelated components in the structure of professional ethics of future nurses: motivational-value, which reflects the formation of professional-ethical position and personal attitude to the values of professional activity (humanism, charity and preservation of patients' life and health); cognitive, which characterizes the competence of future nurses in the field of professional ethics, understanding of the norms and principles of medical deontology; personal, represented by professionally important moral qualities of the individual, and active, that finds expression in the formation of practical skills to establish constructive relationships with subjects of the healing process on the basis of norms and values of medical ethics and deontology.

According to the distinguished components, the criteria (motivational-value, cognitive, personal, activity) and indices of future nurses' professional ethics formation were determined. Motivational value criterion indices are: interest in the

profession; awareness of the value of health and human life; professional and ethical orientation on the values of humanism, respect for the rights and freedoms of the individual, dedicating to people; humanistic orientation of activity; a sense of the importance of ethical standards of communication for the successful professional activity of the nurse; taking into account the interests of all subjects of the medical process. Cognitive criteria showings are: physicians' erudition in ethical standards of professional communication; awareness of humanism as the basic ethical principle of the orientation of the health care worker; knowledge in the field of professional communication; conception of the nurse's professionally important qualities; understanding the importance of the humanistic orientation in the professional ethics of the nurse; flexibility and critical thinking in medical emergencies; ability to predict the consequences of different types of professional behavior. Empathy; tolerance; responsibility for the performance of professional duties; ability to introspect; adequate self-esteemation, self-confidence; understanding of their own role in the medical-diagnostic process; the ability to evaluate the results of their own activities objectively; purposefulness; initiativity; discipline; goodwill; care; fairness, impartiality; selflessness; the ability to self-improvement are the personal criterion features. The activity criterion indices are the ability to predict and adjust the relationships developing in the professional practice of the nurse; ability to resolve professional conflicts constructively; ability to defend one's position without impairing relations with colleagues; ability to adjust co nstructive interpersonal relationships; mastering of verbal and non-verbal communication techniques; reflexive skills; ability to create emotional and comfortable conditions for common activity; self-regulation skills.

Considering the distinguished criteria and indicators made it possible to identify and describe three levels of future nurses' ethics: high (value-reflective), medium (normative-reproductive) and low (empirically-intuitive). Students with a value-reflective level are characterized by the presence of a clearly understood hierarchical system of orientations in values that are adequately applied in professional integration. Students with a normative and reproductive level are aware of

orientations in values determining the orientation of their professional communication, have basic knowledge of moral and ethical standards content of professional activity, basic interactive and communicative skills, but not always able to apply them fluently and effectively in the situation. Students with empirically-intuitive levels have super-intuitive understanding of professional activity ethics and rules, are not sufficiently aware of the importance of medical deontology for successful professional engagement, often find bias, subjectivity, intolerance, and make other mistakes in professional communication.

The pedagogical model of future nurses' professional ethics formation was developed on the consideration basis of the content and specifics of the moral and ethical aspect of the nurses' professional activity, as well as the educational process organizational peculiarities in the medical college. It includes four stages functional-purposal, contentual-active, management-technological, evaluative-effective. It reflects the purpose, tasks, pedagogical conditions, forms, methods, stages and levels of students' professional ethics development in the professional training process.

Analysis of psychological and pedagogical sources, generalization of the research ascertaining stage findings, as well as taking into account the future nurses' personal and professional formation peculiarities made it possible to determine the complex of pedagogical conditions for the formation of professional ethics. The complex professionally oriented system was created and is successfully functioning in the medical college. The educational process in medical college is focused on the development of students' subjectivity, their ability for personal self-actualization. The value potential of professional disciplines is used in the process of professional and ethical self-determination of future medical professionals. Dialogical communication as a means of emotional and intellectual stimulation of students' personal and professional formation is organised.

The result of the research revealed that the future nurses professional ethics formation in the process of professional training should be carried out in the following stages: organizational-motivational, analytical-diagnostic, communicative-activity, reflexive-evaluation. At the organizational and motivational stage, students

develop an interest in the problems of medical deontology, an orientation towards mastering the principles and norms of professional ethics. At the analytical and diagnostic stage, students are assessed the formation of knowledge about professional and ethical norms and rules of behavior, as well as the level of development of professionally important moral and ethical personality traits. At the communication and activity stage, the future nurses form an orientation base of professional activity and communication in accordance with professional ethical norms and values. At the reflexive-evaluation stage, the final diagnosis of the levels of students' professional ethics is formed, corrective measures are taken on the basis of pedagogical monitoring and forecasting of the further use of the educational potential of the socio-professional environment of the medical college.

Keywords: medical ethics, nurse's professional ethics, future nurses' training, components of professional ethics, levels of professional ethics formation, pedagogical conditions of future nurses' professional ethics formation.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	15
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	24
1.1. Сутність і зміст професійної етики майбутніх медичних сестер	24
1.2. Структура професійної етики майбутніх медичних сестер.....	43
Висновки до першого розділу.....	67
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СФОРМОВАНOSTІ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	68
2.1. Критерії, показники сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер	68
2.2. Характеристика сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер	96
Висновки до другого розділу	128
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР.....	130
3.1. Педагогічні умови формування професійної етики студентів медичного коледжу.....	130
3.2. Модель формування професійної етики майбутніх медичних сестер	145
3.3. Методика формування професійної етики майбутніх медичних сестер	156
3.4. Аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи	186
Висновки до третього розділу.....	207
ВИСНОВКИ	210
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	213
ДОДАТКИ.....	238

ВСТУП

Актуальність і ступінь дослідженості проблеми. Стрімкі зміни, що відбуваються в соціокультурному житті нашого суспільства, реформування системи охорони здоров'я, динамізм і напружений характер професійної діяльності медичних працівників обумовлюють необхідність удосконалення підготовки майбутніх медичних сестер, від яких очікується не лише ґрунтовний рівень фахової компетентності, а й дотримання високих етичних стандартів медичної діяльності. Діяльність медичних сестер повинна базуватися на принципах гуманізму, глибокому розумінні професійного і людського обов'язку, високому рівні загальної та професійної етичної і деонтологічної культури, усвідомленні моральної відповідальності за результати своєї роботи. Професійна етика є основним регулятором діяльності медичних працівників, забезпечуючи функціонування медицини як соціально-професійної і морально-етичної системи та сфери особистісної самореалізації фахівців медичного профілю.

Формування професійної етики має особливе значення у підготовці майбутніх медичних сестер, адже їхня діяльність має соціономний характер і може бути ефективною лише за умови активного втілення етичних цінностей і деонтологічних норм у взаємовідносинах з лікарями, пацієнтами і колегами. Як свідчить практика, успішність діяльності медичних працівників залежить не тільки від предметно-функціональних складових їх професійної готовності (фахових знань, умінь, навичок), але й від розвитку моральної свідомості та особистісних якостей (доброї, терпіння, милосердя, тактовності, чуйності, відповідальності тощо), що визначають етичний аспект професійної взаємодії. У зв'язку з цим формування професійної етики майбутніх медичних сестер має стати одним із пріоритетних завдань їхньої підготовки в медичному коледжі.

Проблема морально-етичної підготовки майбутніх медичних працівників привертала увагу багатьох науковців. Шляхи підвищення якості професійної підготовки фахівців медичного профілю, особливості їх професійної діяльності в сучасних соціокультурних умовах, можливості професійного розвитку і

саморозвитку розглядали М. Бабич, А. Волосовець, М. Гавраш, Л. Дудікова, І. Криницька, Я. Кульбашна, Ю. Лавриш, І. Мельничук, В. Москаленко, В. Передерій, І. Скрипник, С. Тихолаз, М. Філоненко та ін. Питання медичної етики досліджували А. Алексєнко, О. Більченко, Ю. Віленський, А. Грандо, Н. Касевич, П. Назар, Н. Пасечко, І. Сенюта, Й. Турак та ін. Етико-деонтологічним аспектам професійної діяльності медичних працівників, проблемам формування морально-етичного простору медичної діяльності присвячені праці О. Андрійчук, Б. Веденко, С. Вековшиніна, Ю. Євтушенко, І. Кміть, О. Ковальнової, Ю. Колісник-Гуменюк, В. Корнацького, В. Кулініченко, О. Насінник та ін.

У виконаних упродовж останніх років дисертаційних дослідженнях розглядалася проблематика формування різних професійно важливих якостей і характеристик майбутніх медичних працівників: професійного мовлення (М. Лісовий), емпатійної культури (І. Кузнецова), комунікативної культури (О. Уваркіна), професійної культури (О. Наливайко), професійної спрямованості (А. Мельник, С. Тихолаз, О. Неловкіна-Берналь), пізнавальної активності (Т. Темерівська) та ін.

Водночас, огляд наукових джерел свідчить про недостатню увагу дослідників до проблеми формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі їх підготовки в медичному коледжі. Окремі її аспекти лише побіжно розглядалися в контексті проблематики формування професійних цінностей майбутніх медсестер (К. Куренкова), формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності (С. Поплавська), підготовки студентів медичних спеціальностей до професійної взаємодії засобами моделювання комунікативних ситуацій (Н. Шигонська), організаційно-педагогічних умов виховної роботи в медичному коледжі (Х. Мазепа). Частково проблематика етико-деонтологічної підготовки розглядається в загальному контексті особистісно-професійного становлення майбутніх медичних працівників (Л. Дудікова, І. Сірак, К. Соцький, Ю. Устименко, Я. Цехмістер та ін.). Питання формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки в медичному коледжі поки що не виступали предметом спеціального

дослідження. Існує необхідність в науковому обґрунтуванні змісту й структури професійної етики майбутніх медичних сестер, визначенні критеріїв та показників її сформованості, педагогічних умов цілеспрямованого формування у процесі фахової підготовки.

Теоретичний аналіз проблеми й ознайомлення з сучасною практикою професійної підготовки студентів медичних коледжів свідчить про наявність низки суперечностей, що актуалізують проблему формування професійної етики майбутніх медичних сестер:

- між потребою суспільства у підготовці медичних працівників з високим рівнем морально-етичної культури та домінуючою спрямованістю педагогічного процесу у медичних коледжах на формування у студентів предметно-фахових знань, вмінь і навичок;

- між декларуванням важливості гуманістичного аспекту особистісно-професійного становлення медичних працівників і недостатньою розробленістю науково-методичних основ їх етико-деонтологічної підготовки;

- між гуманістичним характером медичної професії й прагматично-утилітарними орієнтаціями сучасної молоді, що ускладнюють формування професійної етики майбутніх медичних працівників та їх інтеграцію в професійне співтовариство;

- між необхідністю педагогічного керівництва формуванням професійної етики майбутніх медичних сестер в освітньому середовищі медичного коледжу і відсутністю відповідної педагогічної моделі.

Враховуючи виявлені суперечності, результати аналізу психологічної і педагогічної літератури, а також сучасної практики підготовки фахівців у медичних навчальних закладах, ми визначили проблему дослідження, що полягає в обґрунтуванні педагогічних умов формування професійної етики майбутніх медичних сестер.

Актуальність проблеми, її недостатня теоретична і практична розробленість у педагогічній науці зумовили вибір теми дослідження – *«Формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки»*.

Зв'язок дисертаційної роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота є складовою комплексного наукового дослідження кафедри педагогіки і професійної освіти Вінницького державного педагогічного університету імені М. Коцюбинського «Методологія і технологія моніторингу якості педагогічної діяльності» (державний реєстраційний номер 0108U001064), а також входить до плану наукової роботи циклової комісії хірургічних дисциплін Вінницького медичного коледжу імені акад. Д. К. Заболотного «Формування професійно-етичних якостей студента у процесі фахового навчання» (протокол № 1 від 28.08.2017 р.). Тема дисертації затверджена Вченою радою Вінницького державного педагогічного університету імені М. Коцюбинського (протокол № 17 від 26.04.2017 р.) і узгоджена в Міжвідомчій Раді з координації наукових досліджень у галузі освіти, педагогіки і психології України (протокол №4 від 20.06.2017 р.).

Мета дослідження полягає у визначенні, теоретичному обґрунтуванні й експериментальній перевірці педагогічних умов формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки.

Гіпотеза дослідження: успішне формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки в медичному коледжі можливе за таких педагогічних умов:

- створення і функціонування в медичному коледжі комплексної професійно орієнтованої виховної системи;
- забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу;
- використання ціннісного потенціалу фахових дисциплін у процесі професійно-етичного самовизначення майбутніх медичних сестер;
- емоційно-інтелектуальне стимулювання особистісно-професійного становлення студентів засобами діалогічного спілкування.

Об'єкт дослідження: професійна підготовка майбутніх медичних сестер.

Предмет дослідження: педагогічні умови формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки в медичному коледжі.

Відповідно до поставленої мети і сформульованої гіпотези були поставлені такі **завдання дослідження**:

1. З'ясувати зміст і сутнісні характеристики професійної етики майбутніх медичних сестер.
2. Визначити критерії, показники та рівні сформованості професійної етики студентів медичного коледжу.
3. Обґрунтувати педагогічні умови і розробити модель формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі їхньої фахової підготовки в медичному коледжі.
4. Розробити й експериментально перевірити методику реалізації педагогічних умов формування професійної етики студентів медичного коледжу, укласти відповідні методичні рекомендації для викладачів.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять: положення культурологічного (В. Біблер, О. Бондаревська, О. Газман, С. Гессен, О. Запесоцький, Н. Крилова та ін.), аксіологічного (Н. Асташова, В. Караковський, І. Котова, Є. Шиянов, Н. Щуркова, Є. Ямбург та ін.) і компетентнісного (В. Байденко, І. Зимняя, В. Меськов, Ю. Татур, А. Хуторський та ін.) підходів; психолого-педагогічні концепції професійного розвитку особистості (О. Акімова, А. Вербицький, Р. Гуревич, А. Деркач, Є. Зеєр, І. Зязюн, Є. Климов, Т. Кудрявцев, Н. Кузьміна, А. Маркова, Н. Ничкало, В. Шахов та ін.); теорії суб'єктності та самоактуалізації особистості (Л. Божович, В. Бойко, Є. Ільїн, Л. Попов, С. Рубінштейн, Д. Фельдштейн, В. Шадриков та ін.); концепції морально-етичного виховання особистості (І. Бех, О. Богданова, Н. Боритко, Д. Гришин, І. Мар'єнко, Л. Рувінський, М. Станчиць, В. Сухомлинський, І. Харламов та ін.); результати психолого-педагогічних досліджень особистісно-професійного становлення майбутніх медичних працівників (В. Аверін, А. Васюк, І. Вітенко, Г. Кондратенко, Б. Ороховський, Б. Ясько та ін.); ідеї медичної етики і деонтології (Є. Вагнер, А. Грандо, А. Іванюшкін, І. Кассирський, Ф. Комаров, Л. Лещинський, В. Петленко, Б. Петрівський, Н. Ельштейн та ін.).

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань і досягнення мети

відповідно до логіки дослідження на різних його етапах був використаний комплекс взаємодоповнюваних дослідницьких методів:

– *теоретичних*: аналіз, синтез, порівняння, конкретизація, узагальнення з метою з'ясування сутності, структури, критеріїв і показників сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер; моделювання і обґрунтування педагогічних умов формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки в медичному коледжі;

– *емпіричних*: спостереження, бесіда, анкетування, тестування, метод експертних оцінок, за допомогою яких визначався актуальний стан сформованості професійної етики студентів медичного коледжу; педагогічний експеримент здійснювався з метою перевірки ефективності визначених педагогічних умов та розробленої методики формування професійної етики майбутніх медичних сестер;

– *статистичних*: математичні методи обробки і статистичного аналізу одержаних даних використовувалися для перевірки достовірності результатів дослідження.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася на базі Вінницького медичного коледжу імені акад. Д. К. Заболотного, Могилів-Подільського медичного коледжу, Погребищенського медичного коледжу, Гайсинського медичного коледжу, Бершадського медичного коледжу. Загалом у дослідженні на різних його етапах взяли участь 634 студенти і 114 викладачів.

Дослідження здійснювалось упродовж 2017-2019 рр. і передбачало кілька етапів науково-педагогічного пошуку:

на першому, *теоретико-пошуковому*, етапі (2017-2018 рр.) здійснено аналіз психологічної, філософської, педагогічної та методичної літератури з досліджуваної проблеми з метою визначення теоретичних засад і понятійно-категоріального апарату дослідження; визначено мету, завдання і гіпотезу дослідження;

на другому, *проектувально-формуальному*, етапі (2018-2019 рр.) проаналізовано актуальний стан сформованості професійної етики студентів медичного коледжу, обґрунтовано та експериментально перевірено педагогічні умови і методику формування професійної етики майбутніх медичних сестер;

на третьому, *узагальнювальному*, етапі (2019 р.) проаналізовано та узагальнено результати експериментальної роботи, сформульовано загальні висновки, оформлено текст дисертації, визначено перспективи подальших досліджень.

Наукова новизна і теоретичне значення дослідження полягають у тому, що:

– *вперше обґрунтовано* педагогічні умови формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки в медичному коледжі (створення і функціонування в медичному коледжі комплексної професійно орієнтованої виховної системи; забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу; використання ціннісного потенціалу фахових дисциплін у процесі професійно-етичного самовизначення майбутніх медичних сестер; емоційно-інтелектуальне стимулювання особистісно-професійного становлення студентів засобами діалогічного спілкування); *визначено* критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивний, особистісний, діяльнісний), показники та рівні сформованості професійної етики студентів медичних коледжів;

– *уточнено* сутність і структуру професійної етики майбутніх медичних сестер;

– *розроблено* педагогічну модель формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки;

– *подальшого розвитку набули* наукові положення щодо етапів, форм і методів етико-деонтологічної підготовки студентів в освітньому процесі медичного коледжу.

Практичне значення результатів дослідження полягає в створенні і впровадженні в освітній процес медичних коледжів методики реалізації педагогічних умов формування професійної етики, яка забезпечує гуманістичну спрямованість професійної підготовки майбутніх медичних сестер; розробленні й використанні в освітньому процесі медичного коледжу методичних рекомендацій і навчального посібника «Основи професійної етики медичних працівників»; визначенні комплексу методів і форм етико-деонтологічної підготовки майбутніх медичних сестер у процесі аудиторної та поза аудиторної діяльності; розробленні й адаптації діагностичного інструментарію, що дає змогу здійснювати моніторинг

формування професійної етики студентів медичного коледжу.

Одержані результати й матеріали дослідження можуть бути використані в системі професійної орієнтації та профвідбору в медичні ЗВО, під час розробки навчальних програм, створення елективних і факультативних курсів для студентів медичних навчальних закладів, а також слухачів системи підвищення кваліфікації медичних працівників.

Результати дослідження *впроваджено* в освітній процес Вінницького медичного коледжу ім. акад. Д. К. Заболотного (довідка № 313 від 24.05.2019 р.), Гайсинського медичного коледжу (довідка № 116 від 07.05.2019 р.), Бершадського медичного коледжу (довідка № 164 від 23.04.2019 р.), Погребищенського медичного коледжу (довідка № 01-37/140 від 07.05.2019 р.), Могилів-Подільського медичного коледжу (довідка № 01/261 від 21.05.2019 р.).

Апробація результатів дослідження. Основні положення й результати дослідження доповідались та обговорювались на наукових і науково-практичних конференціях: *міжнародних* – «Теоретико-методологічні основи розвитку освіти та управління навчальними закладами» (Херсон, 2017); «Інноваційні технології навчання в епоху цивілізаційних змін» (Вінниця, 2018); Scientific development of new eastern Europe (Рига, 2019); *всеукраїнських* – «Актуальні проблеми сучасної науки і наукових досліджень» (Вінниця, 2017); «Особистісно-професійний розвиток майбутнього вчителя» (Вінниця, 2017); «Актуальні проблеми сучасної науки і наукових досліджень» (Вінниця, 2018); «Особистісно-професійний розвиток майбутнього вчителя» (Вінниця, 2018); щорічних науково-практичних конференціях Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, наукових семінарах кафедри педагогіки і професійної освіти ВДПУ імені Михайла Коцюбинського, та також науково-практичних конференціях і методичних об'єднаннях Вінницького медичного коледжу імені акад. Д. К. Заболотного (2017-2019 рр.).

Публікації. Результати дослідження висвітлено у 20 одноосібних публікаціях, з них 8 статей у наукових фахових виданнях України, 2 – в іноземних виданнях, 8 – у матеріалах конференцій, 1 – методичні рекомендації, 1 – навчальний посібник.

Структура й обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (264 найменування, з них 12 іноземною мовою), 18 додатків. Повний обсяг роботи становить 360 сторінок, з них основного тексту – 212 сторінок. Робота містить 2 таблиці і 28 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

1.1. Сутність і зміст професійної етики майбутніх медичних сестер

Загальна і професійна етика взаємно проникають одна в одну, і міра цього проникнення відображає відмінності різних сфер професійної діяльності. У контексті нашого дослідження вважаємо за доцільне розглянути поняття професійної етики взагалі та професійної етики майбутніх медичних сестер зокрема.

Професійна етика має своїм завданням на основі методології етики обґрунтувати певну систему норм, що регулюють взаємовідносини людей у тій чи іншій сфері діяльності [122]. Професій без специфічної етики немає, кожна з них має відносну самостійність у суспільстві. Це обумовлює особливий характер професійних вимог і певним чином відображається на моралі носіїв цієї професії.

Представники кожної професії покликані виконувати певні соціальні функції. Їхня діяльність обумовлена конкретністю цілей, призначенням, особливостями реалізації професійних завдань. Кожна професія окреслює специфічне середовище спілкування, яке накладає свій відбиток на особливості професійної взаємодії людей, незалежно від їхнього бажання. Всередині професійних груп формуються і підтримуються притаманні для них зв'язки і стосунки між людьми.

У зв'язку з тим, що професії відрізняються не тільки за об'єктом і обсягом трудових зусиль, але й за цілями впливу, розрізняють конкретні види професійної моралі і відповідно професійної етики: етика політична, юридична, дипломатична, медична, педагогічна, театральна, етика менеджера, вченого, журналіста тощо [122].

Специфіка окремих видів людської діяльності обумовлює особливо високі та надвисокі моральні вимоги до осіб, котрі професійно нею займаються. Однією з таких професій є медична, в якій на основі загальних принципів моралі вироблений своєрідний кодекс честі, професійної поведінки, який поряд із загально-моральними правилами ввібрав у себе весь досвід даного виду людської діяльності.

До представників медичної та інших людиноорієнтованих професій суспільство пред'являє особливо підвищені вимоги, оскільки їх діяльність пов'язана з людьми. Важливою ознакою професії медичної сестри є тісна взаємодія з пацієнтом, пов'язана з необхідністю медичного впливу на здоров'я, що й породжує особливі, часто делікатні моральні колізії. Все це утворює складну систему взаємообумовлених етичних відносин.

Медична етика – це наука про систему норм і правил поведінки всього медичного персоналу. Мораль регулює ставлення медичного працівника до пацієнта, його родичів, здорової людини, до колег, суспільства, держави. Етичні закони лежать в основі медичної діяльності, стосунків медичного працівника і пацієнта. Медична етика містить постулати щодо обов'язків кожного, хто повинен турбуватися про пацієнта, лікарську таємницю, лікарські помилки, ятрогенію, проблеми евтаназії [122].

У сучасних умовах питанням медичної етики в усіх країнах приділяють велику увагу. Прийнята низка декларацій, кодексів, правил, які покликані визначити етичні норми поведінки лікарів. У багатьох країнах (Франції, Італії, Швейцарії, США та ін.) існують національні деонтологічні кодекси. Деякі документи мають міжнародний характер. До них варто віднести Женевську декларацію (1948) [188, с. 18], Міжнародний кодекс медичної етики (Лондон, 1949) [188, с. 20], Токійську та Хельсінську декларації (1964, 1975) [188, с. 24 – 28], Сіднейську декларацію (1969) [188, с. 30], декларацію, що стосується ставлення лікарів до тортур (1975) та ін. [188, с. 32].

В основу Женевської декларації покладена «Клятва Гіппократа», але в ній знайшли відображення і найбільш гострі соціальні проблеми ХХ століття. Так, у декларацію внесені фрази: «Я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика або соціальне положення мали вплив на виконання мого обов'язку... Навіть під загрозою я не використаю мої знання в галузі медицини на противагу законам людяності» [188, с.18]. Остання фраза, відображаючи досвід Другої світової війни, закріплює положення «Десяти Нюрнберзьких правил» (Нюрнберзький кодекс, 1947), в яких підкреслюється неприпустимість злочинних

дослідів на людях.

Міжнародний кодекс медичної етики, низка положень Женевської декларації, що його конкретизувала, схвалені Генеральним директором Всесвітньої організації охорони здоров'я і є найбільш поширеним документом, на який посилаються багато дослідників проблем медичної деонтології. У цих документах звертається увага на питання оплати лікарської допомоги, на неприпустимість переманювання пацієнтів, самореклами тощо.

У 1970 році питання медичної етики обговорювалися на X Міжнародному конгресі терапевтів у Варшаві і на Міжнародному конгресі істориків медицини у Бухаресті. У 1973 році деонтологічні питання медицини в умовах науково-технічної революції стали предметом обговорення спеціального симпозиуму XV Міжнародного філософського конгресу у Варні, а в 1974 році – XVIII Міжнародного конгресу з прикладної психології в Монреалі. У 1989 році орган ВООЗ «Здоров'я світу» присвятив проблемі «етики і здоров'я» спеціальний номер, в якому розглядалося багато питань медичної етики [79; 188].

Особливе значення для регламентації права на охорону здоров'я має нормативно-правова база Організації Об'єднаних Націй (ООН), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародної організації праці (МОП), Ради Європи (РЄ), Європейського Союзу (ЄС) та інших організацій, присвячених правам людини, що так чи інакше стосуються різних аспектів здоров'я, а також і тих, що спеціально розроблені, прийняті і відображають проблеми здоров'я саме в контексті прав людини [167].

З метою аналізу законодавчого забезпечення охорони здоров'я в Україні доцільно детально розглянути закони, норми яких закріплюють, регулюють і захищають право людини на охорону здоров'я.

Конституція України є головним джерелом і стоїть в авангарді нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я, у тому числі надання медичної допомоги. Конституційні норми створюють правову основу статусу особи у сфері охорони здоров'я. І ця основа включає не лише закріплення відповідного права, але і засобів його забезпечення, закладених у політичній та

економічній системах держави.

Так, зокрема, стаття 49 Конституції України присвячена охороні здоров'я і медичній допомозі, в якій закріплено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Ця норма відобразила вимоги всесвітніх і регіональних міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я. Конституційні норми, які проголошують людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпеку найвищою соціальною цінністю, права і свободи невідчужуваними і непорушними, у тому числі у сфері охорони здоров'я, отримують предметне втілення у всій національній системі права. Проблеми, з якими зіткнулась Україна на сучасному етапі, – це ефективність функціонування інституту прав людини і громадянина та можливість реалізувати ті права, що гарантовані насамперед Конституцією [5].

Серед законів, які регулюють розвиток медицини, варто відзначити Цивільний кодекс України, датований 16 січня 2003 року, який вперше на такому рівні закріплює низку важливих прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема, право на охорону здоров'я (ст. 283), медичну допомогу (ст. 284), медичну інформацію (ст. 285), медичну таємницю (ст. 286) [101]. Наразі, більшість галузей медицини сьогодні мають свої етичні норми і принципи, зафіксовані у статутах, кодексах, положеннях [13; 14; 98; 181; 192], широко розповсюджується створення етичних комісій при навчально-лікувальних закладах [132]. Варто зазначити, що етичний кодекс медичної сестри був прийнятий на I з'їзді медичних сестер України у 1999 році в Чернівцях, чим підкреслюється розуміння важливості етичного спілкування при догляді у лікувально-профілактичному процесі.

В нашій державі Указом Президента України (від 15.06.1992 р. № 349) було затверджено «Клятву лікаря України» [101] та 27 вересня 2009 року в Євпаторії на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства був прийнятий і підписаний «Етичний кодекс лікаря» [98; 172], що законодавчо нормують засади медичної етики та стали документами національного рівня.

Проблемам медичної етики присвячена велика кількість літератури. У працях

багатьох видатних медиків XIX століття розглядалися питання, що стосувалися особливостей професійної взаємодії медичного персоналу і хворих: М. Мудрова, М. Пирогова, С. Боткіна, В. Манасеїна та ін. В останні десятиліття питання медичної етики досліджували К. Бері [20], А. Грандо [82], А. Іванюшкін [107; 106], В. Запорожан [103], Н. Касевич [115], С. Левенець [144] Л. Лещинський [147], Т. Мішаткіна [27], П. Назар [170], О. Насінник [172], Б. Петровський [183], І. Сенюта [201], Й. Турак [225], А. Кемпбел [118], Дж. Уільямс [227] та ін.

Питання етико – деонтологічної підготовки медиків висвітлювали у своїх роботах М. Амосов, С. Боткін, Ю. Вернадський, І. Павлов, М. Стражеско, Ф. Яновський та ін. Етичні і деонтологічні проблеми знаходили відображення в творах письменників-лікарів М. Булгакова, В. Вересаєва, А. Конан-Дойля, А. Чехова [152; 149].

У процесі вивчення науково-теоретичних публікацій нами виявлена відсутність єдиної позиції науковців щодо співвідношення і змісту понять «медична етика», «лікарська етика», «медична деонтологія». Спираючись на літературні джерела [1; 7; 25; 67; 82; 88; 107; 118; 147; 153; 183], можна стверджувати, що найбільш чітко простежується розмежування термінів «лікарська етика» і «медична етика»: лікарська етика обґрунтовує моральні принципи поведінки лікаря, тоді як медична етика містить принципи і норми, що визначають поведінку всього медичного персоналу. Що стосується термінів «медична / лікарська етика» і «медична / лікарська деонтологія», деякі автори вважають, що ці поняття не варто розділяти, а необхідно розглядати в єдності [67; 107]. Інші вважають, що термін «лікарська етика» самодостатній, оскільки включає в свій зміст усі проблеми, пов'язані з взаємовідносинами між учасниками лікувального, реабілітаційного і профілактичного процесів, а також з регламентацією поведінки медичного персоналу відповідно до критеріїв професійної честі і гідності. На погляд ще однієї групи авторів, зокрема вітчизняних фахівців старої школи, цілком можна обійтися терміном «медична деонтологія», зміст якого містить ті ж компоненти [25; 183]. Серед прибічників розділення термінів «медична деонтологія» і «лікарська етика» також немає єдності думок. Деякі автори, зокрема І. Кассирський [116], вважають,

що лікарська етика інтегрально входить у медичну деонтологію. Відповідно до іншої позиції, медична деонтологія базується на положеннях медичної психології і медичної етики, але не може ані замінити медичну етику, ані злитися з нею. Водночас більшість дослідників (О. Іванюшкін, Л. Лещинский, Р. Ловелле та ін.) дотримуються думки, що медична етика охоплює ширшу сферу моральних стосунків, ніж деонтологія, тобто деонтологія є частиною етики [106]. Деонтологію називають практичним втіленням медичної етики [88].

Як свідчить аналіз спеціальної літератури, медична етика розглядається як різновид професійної етики [190; 14; 57; 95; 125].

Історично професійна етика склалася, передусім, у медичній, юридичній, педагогічній та інших професіях, в яких предметом праці є сама людина. Специфіка морального регулювання в медицині, праві і педагогіці визначається тим, що ці сфери соціальної практики мають вплив на такі пріоритетні в усі часи соціальні цінності, як життя і здоров'я людини, її права на особисту недоторканість, на освіту, повний розвиток людської особистості [105; 107].

В. Бакштановський та Ю. Согомонов [14] підкреслюють, що професійні етики націлені на виявлення меж влади над людьми, яка виникає в процесі реалізації спеціалізованої діяльності. Професійна етика покликана, з одного боку, виправдати владу професіонала у сфері його діяльності – без цього він не зможе виконувати свої завдання, з іншого боку, – обмежувати повноту влади, яку має в розпорядженні вихователь над вихованцем, лікар – над хворим, журналіст – над одержувачем інформації. Тим самим професійна етика вносить істотні зміни в конфігурацію владних стосунків сучасного суспільства і призначена для зменшення залежності однієї особи від іншої, що виникає зважаючи на відмінності їх громадських функцій і професійних статусів [6; 49; 53].

Медична етика розглядається як специфічний прояв загальної етики в діяльності медичного персоналу. Змістовне дослідження цього поняття представлено у філософських працях О. Іванюшкіна [107; 106], який вважає, що термін «медична етика» використовується в двох значеннях. У першому значенні він ототожнюється з поняттям професійної медичної моралі, що є сукупністю

моральних норм і оцінок, а також моральних стосунків, що регулюють медичну практику. У другому значенні медична етика є науковою і навчальною дисципліною, об'єктом вивчення якої є професійна медична мораль.

Ця дисципліна обґрунтовує і систематизує норми, оцінки професійної медичної моралі, теоретично досліджує як традиційні морально-етичні проблеми лікування (наприклад, «лікарська таємниця»), так і нові аспекти медичної науки, що виникли у зв'язку з сучасним науково-технічним прогресом (наприклад, етичний контроль медико-біологічних досліджень на людині, прогнозування та контроль продуктів генної інженерії тощо).

Останніми роками для опису, аналізу і моральної оцінки всього різноманіття впливу медико-біологічних наук (генетики, молекулярної біології, імунології, медичної інженерії і психології), що бурхливо розвиваються, використовуються терміни «біомедична етика» і «біоетика» [104; 103]. Ці поняття в спеціальній літературі часто використовуються як синонімічні. Проте деякі автори вважають за необхідне розмежування цих понять. На їх думку, біоетика і біомедична етика взаємодіють як загальне і одиничне: біоетика висвітлює проблеми морального ставлення до життя будь-якого живого організму, біомедична етика конкретизує принципи біоетики стосовно людини. При цьому біомедична етика містить і традиційну медичну етику, і водночас виходить за її межі [9]. У нашому дослідженні ми розглядатимемо традиційну медичну етику як професійну етику медичного персоналу.

Аналіз спеціальної літератури дозволяє констатувати, що принципи професійної етики медиків виходять з основних морально-етичних принципів. Зasadничим вважається принцип гуманізму [8; 11; 176]. Гуманізм – це філософія життя, що розглядає людину як найвищу цінність, захищає її свободи і всебічний розвиток. Попри те, що сам термін «гуманізм» виник в епоху Відродження, ідея гуманності, людинолюбства як моральна цінність сформувалася вже в середині першого тисячоліття до н.е. Вона зустрічається у Біблії, в давньоіндійських, давньокитайських, давньогрецьких філософських джерелах VI – IV ст. до н.е. Ідея гуманізму закладена вже в знаменитому «золотому правилі моральності»: поступай

по відношенню до інших так, як ти хотів би, щоб вони поступали по відношенню до тебе. На думку В.Галузяка, медичний гуманізм визначає захист людського життя і допомогу йому як основну соціальну функцію медицини, яка повинна виконувати це завдання, керуючись науковими знаннями і професійною майстерністю. Основу медичного гуманізму складають загальнолюдські норми моральності [75]. «Святим лікарем» називали видатного терапевта і гуманіста Теофіла Гавриловича Яновського (1860-1928 рр.), який і досі становить приклад високої етики і моральності для сучасних лікарів. Разом з принципом гуманізму у вітчизняній літературі з медичної етики [6; 82; 122] проголошується принцип добросовісного ставлення людини до своєї праці. Якщо у принципі медичного гуманізму в найбільш загальному вигляді відображається мета професійної медичної діяльності, то в принципі добросовісного ставлення до праці в найбільш загальному вигляді визначається засіб досягнення цієї мети [135].

Медична етика оперує загальноетичними категоріями: рівність і справедливість, добро і зло, благо, свобода, обов'язок, відповідальність, совість, честь і гідність. Проте ці категорії, заломлюючись крізь призму професійної діяльності, набувають у медицині своєї специфіки, що часто призводить до кардинального неузгодження їх сприйняття і оцінки «звичайними» людьми і медиками. Представимо стислий огляд етичних категорій професійної етики медиків.

Етичні категорії «благо» і «добро» є близькими за змістом, але не тотожними. У медичній практиці найвищі прояви блага – це життя і здоров'я, головні цінності людства. Конкретними проявами блага, з якими медик має справу в своїй професійній діяльності, можуть бути і поліпшення стану хворого, і випадковий збіг обставин, що сприяють успіху лікування. У загальному вигляді модель морального вибору в медицині сформульована так: благо хворого – найперша мета професійної діяльності лікаря [107, с.33-35].

Категорія блага знаходить відображення в етичному принципі «Не зашкодь», але, як підкреслюється в науковій літературі, в конкретних умовах цей принцип може наповнюватися різним змістом. В одному випадку він може означати

стриманість у діях лікаря, вимагати від нього багаторазово перевірених засобів лікування, щоб не ускладнити непотрібним втручанням перебіг захворювання. В інших випадках, коли життю хворого загрожує смертельна небезпека, від лікаря очікуються швидкі і рішучі дії [154].

Як відомо із загальної етики, все морально відповідне є добром, а аморальне – злом. Але оскільки в реальному житті немає абсолютного добра і абсолютного зла, медична етика не завжди дозволяє розмежувати добро і зло у кожному конкретному випадку. На сторінках спеціальної літератури обговорюються етичні дилеми, з якими лікареві доводиться стикатися в практичній діяльності, адже кожне явище і дія можуть у тому чи іншому ступені нести в собі і добро, і зло; і завдання лікаря полягає в тому, щоб зуміти виявити цю міру і мінімізувати зло, максимально творячи добро [154; 236].

У багатьох медико-етичних кодексах ХХ століття особливо підкреслюється, що лікар у своїх рішеннях повинен мати професійну незалежність. На практиці свобода дій лікаря обмежена клятвою Гіппократа, дозволеними до застосування методиками, інструкціями, наказами і розпорядженнями від найвищих керівних органів до головного лікаря лікарні. Крім того, свобода лікаря обмежена і самим характером наукового знання в медицині, яке має, як правило, імовірнісний сенс. Роблячи моральний вибір, лікар повинен проявляти певну рішучість, щоб переходити від роздумів і сумнівів до дій.

Дослідники зазначають, що одним з проявів свободи є право на ризик, який є присутнім у діяльності лікаря практично постійно. Традиційно проблема ризику найтісніше пов'язана з хірургією. Оцінка ризику в клінічній практиці і ставлення до нього лікаря – найважливіший аспект проблеми морального вибору в медицині. З іншого боку, свобода передбачає відповідальність. Загальновизнана теза про виключно високу відповідальність медичних працівників означає, передусім, «високу ціну» рішень лікарів, що впливають на життя і здоров'я людей.

Висока міра відповідальності пов'язана з поняттям лікарського обов'язку. Значення лікарського обов'язку підкреслюється існуванням цілого розділу етики – медичною деонтологією – вченням про належну професійну поведінку [88].

Моральний обов'язок як загальноетична категорія – це громадська і особиста необхідність, що реалізується у формах, які визначаються суспільством і відповідають внутрішнім переконанням людини. Обов'язок – це прояв необхідності, яка змушує виконувати визначену, іноді важку роботу заради досягнення суспільного або особистого блага. При цьому людина повинна сприймати обов'язок не лише як зовнішнє, але і як внутрішнє спонукання [58].

Медична етика встановлює рівність усіх людей у випадку хвороби і перед обличчям смерті і вимагає однаково гуманного ставлення до кожного пацієнта. Тому справжнім моральним випробуванням стає для лікаря ситуація, коли у нього в силу яких-небудь причин виникає почуття антипатії до хворого або його родичів. Виходячи з принципу надання допомоги хворому незалежно від його соціального походження, обов'язок медичного працівника – приходити на допомогу передусім тим, хто в ній має потребу в першу чергу. Проте, як свідчать публікації, в умовах економічної незахищеності або моральної нестійкості лікаря значною є вірогідність того, що лікар піддається спокусі, поставивши на перше місце власний меркантильний інтерес або просте бажання уникнути занепокоєння і ризику [70]. За аналогією з існуючим в етиці «золотим правилом моральності», в медичній етиці є своє «золоте правило», що полягає в тому, що лікар може запропонувати хворому той або інший метод лікування, навіть небезпечний, ризикований, або нову операцію лише у тому випадку, якщо він може рекомендувати застосування цього методу самому собі або своїм близьким [118; 120].

Як зазначають дослідники [57; 67; 147; 167], нині існують три системи етичного регулювання діяльності в медицині. Окрім неписаних норм моралі, існують етичні кодекси і законодавчі акти. Ці системи передбачають різну міру відповідальності: одні вимагають відповіді перед совістю, інші несуть за собою адміністративну відповідальність, треті вимагають відповіді перед законом [5].

Закони й етика доповнюють один одного. Етика випереджає закони, закони ж закріплюють те, що вже склалося і випробувано етикою. Закони не можуть передбачити і вичерпати всі ситуації і варіанти людських відносин, тому етика регулює багато «вічних» проблем людських взаємовідносин у ситуаціях хвороби,

смерті, народження, страждань, що нескінченно повторюються [184].

Узагальнюючи вищевказане, можна дійти висновку що завдання медичної етики не лише в тому, щоб сформулювати кодекс певних приписів відносно лікарської діяльності, а у виробленні у лікаря здатності до моральної орієнтації в складних клінічних ситуаціях, що вимагають високих морально-ділових і соціальних якостей. Опорою для моральної орієнтації є система етичних цінностей, сформована у кожного медичного працівника. Найважливішими в цій ієрархічній системі є вже згадувані цінності життя і здоров'я, до яких варто додати пріоритет інтересів хворого. До основних і визначальних цінностей професійної медичної моралі належать відповідальність, безкорисливість, готовність надавати медичну допомогу тим, хто її потребує, самовідданість, справедливість, професійна незалежність, потреба у самовдосконаленні, милосердя, турбота про людей, повага до них, порятунк життя та ін. Нижній рівень ієрархії складають норми етично і деонтологічно правильної професійної поведінки, такі як стриманість і емоційна стійкість, уміння уважно слухати, проявляти співчуття, вселяти хворому надію на одужання тощо. Зараховуючи норми поведінки до розряду цінностей, ми спираємося на думку М. Кагана [111], яка підтверджується іншими науковцями [199], згідно з позицією яких, норма після усвідомлення особою її необхідності стає цінністю, перетворюючись із зовнішнього, відчуженого регулятора поведінки у внутрішній.

Таким чином, професійна медична етика – це прикладний розділ етики і соціології моралі, що розглядає проблеми професійного обов'язку, вимог і нормативів, належної поведінки в системах стосунків:

- 1) професіонал-фахівець і об'єкт його діяльності;
- 2) фахівець і суспільство, держава, право, закон;
- 3) фахівець і професійна група, до якої він належить, колектив, інші фахівці споріднених спеціальностей, а також керівники і підлеглі;
- 4) фахівець і громадяни, які не є безпосередніми об'єктами його діяльності, але виступають суб'єктами громадської думки про працівників його професії;
- 5) фахівець і його ставлення до самого себе, його самооцінка і оцінка ним своєї

діяльності, її відповідності етичним нормам професійної групи.

У нашому дослідженні, після опрацювання багатьох джерел [190; 11; 53; 105; 183], за основу ми приймемо визначення, запропоноване Б. Петровським, який вважає, що «професійна етика повинна розглядатися як наука про моральне, естетичне та інтелектуальне обличчя медичного працівника, про те, якими мають бути взаємовідносини між медиками, хворими і їхніми родичами, а також між колегами в медичному колективі і цілими установами, що беруть участь у боротьбі за життя і здоров'я людей» [183, с 18].

Методологічною основою професійної етики медичних працівників виступають філософія, етика, педагогіка, загальна і медична психологія. Професійна етика підрозділяється на загальну, що розглядає загальні професійно-медичні принципи, і часткову, що висвітлює проблеми окремих медичних галузей: хірургії, педіатрії, онкології, рентгенології, стоматології тощо. Крім того, розрізняють професійну етику лікарів, середніх медичних працівників, організаторів охорони здоров'я тощо.

Норми і принципи (правила) професійної етики знаходять відображення, з одного боку, в професійних кодексах, прийнятих медичним співтовариством, з іншого боку, в різних інструкціях, розпорядженнях, наказах. У той же час, в дослідженнях з проблем налагодження професійної взаємодії у медичній сфері відзначається, що професійна етика не є пасивним реєструвальним розділом знань, вона покликана виховувати у душі вірності обов'язкам і поваги до людини медичних працівників.

Професійна етика приділяє величезну увагу особі лікаря. Уявлення про те, яким має бути лікар, і вимоги, що пред'являються до його фізичних, моральних та інтелектуальних якостей, сформувалися сотні років назад. Ще в давньоіндійському трактаті «Аюрведа» говорилося про те, що лікар має бути добрим і людяним, скромним і терплячим, мати жалісливе серце, правдивий характер, спокійний темперамент, відрізнятися розважливістю. Зміна епох і культур, політичні, економічні і релігійні відмінності, безумовно, вносили корективи у вимоги, що пред'являються до особистості лікаря. Але в цілому, на думку дослідників, ідеальне

бачення особи лікаря упродовж століть кардинально не змінилося [59; 171; 172; 184; 194; 252].

Оскільки наше дослідження з формування професійної етики майбутніх медичних сестер буде здійснюватись у процесі фахової освіти, варто розглянути основи фахової підготовки середньої ланки медичної допомоги.

У Національній доктрині розвитку освіти зазначається, що освіта – основа розвитку особистості, суспільства, нації та держави, запорука майбутнього України. Вона є визначальним чинником політичної, соціально-економічної, культурної та наукової життєдіяльності суспільства. Освіта відтворює і нарощує інтелектуальний, духовний та економічний потенціал суспільства. Відповідно до Закону України «Про освіту», метою освіти є всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства, розвиток її талантів, розумових і фізичних здібностей, виховання високих моральних якостей, формування громадян, здатних до свідомого суспільного вибору, збагачення на цій основі інтелектуального, творчого, культурного потенціалу народу, підвищення його освітнього рівня, забезпечення народного господарства кваліфікованими фахівцями [83]. Однак стан справ у галузі освіти, темпи та глибина перетворень не повною мірою задовольняють потреби особистості, суспільства і держави. Глобалізація, зміна технологій, перехід до постіндустріального, інформаційного суспільства, утвердження пріоритетів сталого розвитку, інші властиві сучасній цивілізації риси зумовлюють увагу до розвитку людини як головної мети, ключового показника і основного важеля сучасного прогресу, що визначає потребу в радикальній модернізації галузі, висуває перед державою, суспільством завдання забезпечення пріоритетності розвитку освіти і науки, першочерговості розв'язання їх нагальних проблем.

Однією з важливих проблем медичної освіти є фахова підготовка майбутніх медичних сестер до професійно орієнтованого спілкування. Професійна підготовка майбутніх фахівців, з огляду на державні документи в галузі освіти (Закон України «Про освіту», Закон України «Про вищу освіту», Державна національна програма «Освіта» («Україна XXI століття»), Національна стратегія розвитку освіти в Україні

на 2012 – 2021 роки, Національна доктрина розвитку освіти), потребує вдосконалення та особливої уваги з боку навчальних закладів. Проблема фахової підготовки майбутніх медичних працівників висвітлена в працях учених-медиків М. Амосова, Б. Веденко, Є. Вагнера, Ю. Віленського, О. Грандо, О. Громова, Б. Карвасарського, П. Назара, С. Левенця, присвячених специфічним особливостям медичної діяльності, етики та деонтології, формуванню особистості медичного працівника.

Професія медичної сестри належить до типу «людина-людина», що передбачає постійну безпосередню взаємодію та активне спілкування з великою кількістю людей. Тому важливо майбутньому фахівцю оволодіти вміннями і навичками професійно орієнтованого спілкування в процесі фахової підготовки. Професійна підготовка у навчальному закладі – це цілеспрямований процес формування особистості професіонала, який забезпечується наявними в освітньому закладі засобами і передбачає готовність особистості до конкретного виду професійної діяльності. Так, на думку І. Радзієвської [194], М. Банчук [19], одним із головних завдань фахової підготовки медичних сестер є першочергова орієнтація навчання на формування професійної компетентності студентів на основі оволодіння ними фаховими знаннями, вміннями і навичками роботи з різними категоріями пацієнтів у майбутній практичній діяльності в медичних закладах. Тому особливої значущості набуває вдосконалення професійної підготовки фахівців шляхом упровадження інноваційних технологій навчання, що ґрунтуються на активній міжособистісній взаємодії.

Аналіз науково-теоретичної літератури [7; 89; 147; 159] показав, що для формування професійної компетентності медичного працівника необхідно декілька складових. Л. Лещинський виокремлює три базові компоненти: 1) медичні знання; 2) уміння як володіння багатьма лікувальними маніпуляціями і прийомами; 3) особливий медичний характер – стиль мислення і поведінки, моральний, професійно-етичний потенціал. Автор вказує, що багато фахівців розглядають цей «третій компонент» як найбільш цінний і такий, що в той же час далеко не просто досягається і підтримується [147].

Аналогічної думки дотримуються й інші дослідники. Так, С. Вековшиніна та В. Кулініченко вважають, що професіоналізм медичного працівника складають не лише знання на рівні останніх досягнень медичної науки, знання в галузі психології, вміння логічно мислити, наявність розвиненої інтуїції і здатності до аналізу і синтезу фактів, володіння високою технікою виконання необхідних дій; але і високі моральні якості, такі як гуманність і вірність обов'язку. При цьому обов'язок полягає у виконанні всіх вимог, пов'язаних з роботою [59].

На необхідності володіння медичним персоналом високими моральними якостями акцентують увагу і зарубіжні фахівці [253; 257; 263]. Американські дослідники констатують, що Американська рада з внутрішніх хвороб (The American Board of Internal Medicine) визначає професіоналізм як встановлення таких стосунків і такого стилю поведінки, що сприяє збереженню пріоритету інтересів хворого над власними інтересами медичного працівника [256]. Окрім цього, на думку багатьох педагогів, професіоналізм медика передбачає наявність таких якостей, як чесність, альтруїзм, стриманість, відповідальність, принциповість і здатність забути про власні інтереси [255].

Людинолюбство і почуття обов'язку є тими якостями, які в різний час розглядалися вченими, педагогами і лікарями як фундаментальні властивості характеру медичного працівника, що визначають його моральне обличчя і стиль поведінки [25].

Розвиваючи вчення про гуманізм у медицині, відомий хірург-онколог М. Петров зазначав: «Основне завдання медичної етики полягає в тому, щоб постійно нагадувати медичним працівникам, що медицина повинна слугувати на користь хворих людей, а не хворі люди – на користь медицини... різні фахівці надто легко і часто переоцінюють роль своєї професії, забуваючи про тих, кому вона повинна слугувати» [183; с.12].

Безумовно, з гуманізмом пов'язують душевність, чуйність, постійну готовність прийти на допомогу, позбавити від страждання, полегшити біль. Окрім цього, повага до хворої людини, на думку фахівців, означає вміння вселити в неї віру в себе і надію на одужання. Лікарям добре відомо, зазначає А. Грандо, що напружене

очікування хворим поліпшення стану здоров'я буває настільки сильним, що організм мобілізує всі свої ресурси і хворий відчуває себе краще, навіть якщо покращення насправді немає [82].

Багато фахівців вважають, що медичний працівник – передусім людина обов'язку. Професійно розвинене почуття обов'язку, підкреслює Л. Лещинський, вимагає від медичної сестри особливої точності, акуратності в усіх справах, призначеннях, виконанні процедур, записах, словах і обіцянках [147]. *Esse quam videri* (лат.) – «Бути таким, а не видавати себе за такого». Це почуття не дозволяє людині у білому халаті затягувати обстеження хворого, відкладати вирішення важливих питань, застосування дієвих лікувальних засобів, виконання маніпуляцій тощо.

До двох згаданих вище фундаментальних рис характеру медичного працівника, на думку деяких авторів (О. Більченко, Л. Лещинський та ін.), варто додати розвинену професійну здатність до постійного навчання і роботи над собою [26; 147]. Як зазначає Л. Лещинський, лікар, що перестав поповнювати свої знання, через 1-2 роки вже не в змозі застосовувати найефективніші новітні методи діагностики і лікування [147].

Розглянуті вище три якості, що характеризують професіоналізм медичного працівника, можна назвати «історичними», вони виокремлювалися і підкреслювалися представниками медицини упродовж багатьох століть. Звичайно, професійному медичному працівникові, як і кожному фахівцеві, властива і ціла низка інших цінних позитивних якостей, які необхідно формувати за умов професійно-етичної підготовки студента-медика. Ці якості знайшли відображення в розроблених моделях фахівця з вищою освітою. Так, у 80-х роках ХХ століття була розроблена модель лікаря-педіатра, що містить набір професійно важливих особистісних якостей, що охоплюють усі сфери професійної і громадської діяльності. Понад 90 якостей було зібрано в 9 груп: 1) якості, що характеризують сферу взаємовідносин; 2) якості, що характеризують ставлення до праці; 3) якості, що характеризують загальну активність особистості лікаря; 4) якості, що характеризують організаторські здібності лікаря; 5) якості, що характеризують

ставлення лікаря до самого собі; 6) якості, що характеризують емоційну сферу і мотивацію; 7) сфера професійних знань і розумових здібностей лікаря; 8) якості, що характеризують лікаря як громадянина; 9) якості, що характеризують лікаря як культурну, інтелігентну людину. Результати дослідження, проведеного розробниками моделі, показали, що ефективність виконання лікарями своїх функцій забезпечується, передусім, за рахунок наявності у них якостей, що характеризують їх взаємовідносини з людьми. Наступною значущою групою є якості, що характеризують ставлення до праці. І тільки третє місце займають професійні знання. Таким чином, успішність професійної діяльності визначається не стільки власне професійними знаннями, вміннями і навичками, скільки вмінням реалізувати, використати їх у своїй майбутній діяльності за рахунок розвитку професійно важливих якостей особистості. Окрім цього, в кожній з груп був визначений перелік провідних якостей, необхідних для успішної діяльності лікаря-педіатра. Так, серед якостей, що характеризують взаємовідносини з людьми, найважливішими є тактовність, доброзичливість, принциповість, повага до людей, вимогливість, чуйність, ввічливість. З якостей особистості, що характеризують ставлення до праці, найбільш значущими є відповідальність, акуратність, дисциплінованість. Таким чином, ведучими визначені ті якості медичного працівника, які є результатом виховних дій [20; 75].

Наведемо для порівняння думку зарубіжних авторів про те, якими рисами характеризується ідеальна професійна поведінка лікаря. Дослідники зазначають великодушність і здатність прощати, альтруїзм, життєрадісний позитивний настрій, здатність викликати гарне ставлення людей, скромність відносно власних досягнень, милосердя по відношенню до хворих і колег, уміння знімати напруженість у спілкуванні з невірноваженими і неспокійними пацієнтами і колегами, здатність бути зразком для наслідування на роботі і поза нею, а також поступати правильно, керуючись моральними мотивами [58].

Описані в моделі лікаря якості визначаються як професійно важливі або професійно значущі особистісні якості. Терміни «професійно важливі якості» і «професійно значущі якості» широко використовуються в психолого-педагогічній

літературі. Так, Е. Корчак під професійно важливими якостями розуміє ті якості суб'єкта діяльності, які впливають на ефективність діяльності і успішність її освоєння [133]. Є. Ільїн вважає, що професійно важливі якості – це такі функціональні якості і особистісні особливості людини, що сприяють успішному виконанню цієї професійної діяльності [108]. І. Сенюта вважає, що професійно значущі якості визначають ставлення людини до професійних функцій і професіоналізації в цілому [201]. На відміну від них, професійно важливі якості визначають не ставлення до професійних функцій, а процес і результат їх виконання. Розмежування визначень цих якостей і їх аналіз не є істотними для цілей нашого дослідження. Проте зазначимо, що, спираючись на наведені вище визначення, вважатимемо допустимим використання терміну «якості, що відповідають вимогам професійної етики» для позначення тих особистісних якостей, які потрібні медичному працівникові для побудови тих стосунків, що відповідають етичним нормам у професійній діяльності. Окрім професійно важливих, дослідники визначають і «професійно шкідливі якості особистості лікаря». До них експерти відносять грубість, замкнутість, самовпевненість. Професійно неприпустимими якостями були названі неетична конкуренція, безтурботність і схильність до ризику [98; 118; 172; 225]. У науці існує термін «ятрогенія», яким позначаються захворювання, що виникли з вини лікаря або під впливом контакту з медичним працівником. Розвиток ятрогеній часто є наслідком порушень професійно-етичних норм. Серед різних причин ятрогенних захворювань дослідники називають, зокрема, «відсутність загальної культури, неухважність, нетактовність медичного працівника» і «необережність висловлювань». Джерелом ятрогеній може бути непродумане інформування хворого про діагноз або результати досліджень, розмови і поведінка медичних сестер у присутності пацієнта. На думку І. Харді, коріння ятрогеній необхідно шукати в неповазі до світогляду хворої людини, до її почуттів і думок [236]. Усе це свідчить про те, наскільки важливим є високий рівень професійної етики медичного працівника.

Професійна етика – та дисципліна, яка допомагає відповісти на питання: «Медицина – це наука чи мистецтво?». Визнання медицини наукою є безперечним

(хоча іноді її зараховують до недостатньо точних наук унаслідок того, що в ній часто відсутня чіткість висновків), а відносно професійної етики висловлюються різні думки. Зокрема, П. Назар вважає, що роботи з професійної етики медичних працівників мають описовий, емоційно-чуттєвий і зовсім не науковий характер [170]. Переважає літературно-художній, публіцистичний стиль викладу, тоді як для науки потрібні кількісні оцінки, достовірні результати, тобто не просто набір випадкових (несистематизованих) фактів, а переконливі докази їх взаємозв'язку.

Інші автори (В. Акопов, Е. Ліхтенштейн), навпаки, вважають, що література з медичної професійної етики має бути захопливою і виховуючою. Сповідувальний характер багатьох робіт з професійної етики підтверджує той факт, що лікування не лише наука, але і мистецтво [4; 154]. На думку фахівців, у низці галузей людської діяльності сплав науки і мистецтва проявляється особливо рельєфно. До таких сфер належать, зокрема, педагогіка і медицина. У зв'язку з цим, вважають Д. Білібін і Г. Литвиненко, наявність у медицині елементів мистецтва не збіднює, а збагачує її. Як зазначають дослідники [25; 149], під мистецтвом лікування варто розуміти не лише рівень мануальної техніки, але і особистий духовний досвід, здатність до людського спілкування, до вирішення морально-етичних колізій, з якими неминуче пов'язана клінічна практика, здатність впливати на хворого, духовність особистості медичного працівника.

Фахівці в сфері професійної етики вважають, що недостатня професійна кваліфікація лікаря не завжди може бути розпізнана хворим або його близькими, водночас моральне обличчя медичного працівника виявляється без зусиль і може отримувати негативну оцінку населення.

А. Білібін стверджує: «Вирішальною і визначальною якістю клінічної роботи є не просто і не стільки методика дослідження (нехай і добре оснащена технікою), а культура лікаря. Тільки підвищення культури особистості лікаря може мати наслідком підвищення якості лікарської роботи» [25, с. 98].

Переходячи до формулювання поняття професійної етики майбутніх медичних сестер, варто зазначити, що, хоча це поняття і використовується в науковій літературі, зміст його, як правило, не розкривається.

Отже, спираючись на наведені вище визначення понять «етика», «професійна етика», в нашому дослідженні ми розглядатимемо професійну етику майбутнього фахівця-медика як професійно важливу інтегративну якість особистості, результат особистісного росту в процесі професіоналізації, основними складовими компонентами якого є гуманістична спрямованість ціннісних орієнтацій, сукупність засвоєних професійно-етичних норм, сформованість етично значущих якостей особистості фахівця, що реалізуються в професійній діяльності.

Проблема набуття студентами навчального медичного закладу в процесі фахової підготовки знань і вмінь, що забезпечують відповідний рівень професійної етики, передбачає визначення структури якості, що підлягає формуванню. Цьому присвячений наступний параграф.

1.2. Структура професійної етики майбутніх медичних сестер

Професійна етика, що обумовлена виконанням професійних обов'язків, є одним з основних параметрів особистості, який визначає здатність до співпраці за умов необхідності спільних зусиль; здатність до встановлення горизонтальних і вертикальних контактів; здатність до розуміння, сприйняття інших, прояву щирих почуттів, толерантності, вміння та бажання прощати; здатність вирішувати конфлікти, що розгортаються при виконанні професійних обов'язків; здатність до побудови оптимальних відносин під час організації роботи. Відомо, що загальноетичні правила взаємодії є визначальними для всіх рівнів спілкування, але кожен фах спрямовує етичні постулати у своє, особливо сформоване річище. Своєрідність прикладного етичного знання полягає в тому, що ідеальні регулятори тієї чи іншої професійної діяльності практично завжди містять певний відступ від загальноприйнятих моральних уявлень. Ці відступи мають форму підвищеного значення певного морального принципу або форму зниження порогу вимогливості. Професійна етика, як правило, виправдовує деякі послаблення щодо моральних вимог, залишаючи місце для компромісу, здорового ризику, новизни, а значить, для подальшого розвитку галузі. У цьому контексті варто говорити про міру і прояви *медико-етичної акцентуації або медико-етичної толерантності*, які визначаються

особливостями професійної діяльності. На нашу думку, в цьому «етичному дисбалансі» задіяні основні аксіологічні поняття: свободи та цінностей, і, оскільки це стосується життя і здоров'я, прикладна етика медичного працівника відкидає уявні або не критичні цінності і свободи, а виносить на перший план лише найвищі, зорієнтовані на збереження існування окремого індивіда і людства взагалі. Вищезазначене дозволяє дійти висновків, що медико-етична акцентуація чи медико-етична толерантність – це система ціннісних орієнтацій, свідомо вироблених у професійному середовищі медичних працівників, що покликана забезпечити максимально позитивний результат взаємодії фахівця і пацієнта. На відміну від акцентуацій характеру, визначені етичні характеристики є професійними постулатами, викарбованими багатьма поколіннями фахівців у галузі медицини. Такі особливості професійної етики фахівця медичного профілю середньої ланки обумовлені необхідністю набуття системи знань, що відображають змістову сутність інтелектуальних, світоглядних і моральних цінностей майбутніх медичних сестер; розвитку вмінь прогнозувати й конструювати процес професійної діяльності з урахуванням специфіки взаємодії з колегами і пацієнтами. В практичному середовищі медична сестра повинна фахово виконувати призначення лікаря, водночас медик середньої ланки працює не просто з людьми, а з пацієнтами, які мають втрату здоров'я, що накладає особливий відбиток на характер, тональність, манеру спілкування. Тому спілкування, догляд і маніпуляції, що виконуються медичною сестрою, знаходяться в межах правил, табу, принципів («не зашкодь», «роби благо», «конфіденційність», «правдивість взаємин» тощо), які мають етичну основу професійного спрямування і покликані нівелювати вплив хвороби на емоційно-духовний стан пацієнта. Медичні сестри знаходяться поряд з пацієнтом, починаючи з процесу діагностики патології і до закінчення процедур, пов'язаних з реабілітацією. Зважаючи на те, що кожен хворий – індивід, особистість, зрозуміло, що не може бути єдиної схеми поведінки медичного працівника, а стиль взаємовідносин між учасниками лікувального процесу обирається на основі професійних знань, досвіду, в межах чітко структурованої професійної етики.

Аналіз педагогічної літератури, останніх досліджень і публікацій [1; 49; 125; 135; 143; 171; 187; 208; 210] дає підстави стверджувати про відсутність єдиного підходу науковців до визначення структури професійної етики майбутніх медичних працівників. Є істотні розбіжності з приводу сутності, змісту, кількості компонентів, що виокремлюються дослідниками.

Аналізуючи деонтологічну компетентність студентів медичного коледжу, І. Слюсарева зазначає, що основними її компонентами виступають: мотиваційно-особистісний, креативно-смісловий, когнітивно-деонтологічний і рефлексивний. Мотиваційно-особистісний компонент деонтологічної компетентності дослідник розкриває через формування у фахівця мотивів, обумовлених цілями та завданнями професійної діяльності. Мотиви визначають способи досягнення цілей, окреслюють умови діяльності, визначають характер ставлення майбутнього фахівця до роботи, що виконується. Креативно-смісловий компонент забезпечує стійку професійну спрямованість загально етичних засад, що визначається співвідношенням мотивів, дій і мети. Когнітивно-деонтологічний компонент представлений етичною поведінкою людини щодо об'єкта впливу, вміннями виявляти і розуміти причини тих чи інших способів поведінки, прогнозувати, вирішувати, коригувати відносини, що складаються у професійній практиці медичних працівників. Рефлексивний компонент характеризується самоактуалізацією, яка базується на стійкій мотивації, саморозвитку та самовдосконаленні [210].

М. Кропачова, визначаючи структуру етико-деонтологічної культури студентів медичного ЗВО, пропонує виокремлювати у її складі три компоненти: когнітивний, що складається зі знання етичних принципів і деонтологічних норм, рефлексивних, розумових здібностей; емоційно-ціннісний, що визначає значущість для особистості моральних норм і цінностей, здатність до емпатії і взаєморозуміння, гуманістичну спрямованість, орієнтацію на самовдосконалення; діяльнісний, орієнтований на реалізацію етичних цінностей, етичних принципів, деонтологічних норм і правил у житті і професійній діяльності [135].

А. Агаркова, узагальнюючи підходи до визначення структурних компонентів характеристики фахівця з погляду його моральності, виокремлює компоненти

професійно-етичної культури майбутнього лікаря. Інтелектуально-когнітивний компонент, визначений науковцем, окреслює інтелектуальну діяльність особистості з оволодіння знаннями та зумовлює спосіб і якість когнітивної активності. Аксіологічний компонент дозволяє визначити цілі, мотиви діяльності, вихідну систему цінностей, обумовлену сукупністю загальнолюдських етичних цінностей. Психолого-рефлексивний компонент регулює співвідношення мотивів і мети діяльності, створення та переосмислення схем діяльності. Комунікативно-діяльнісний компонент передбачає оцінювання, формування, використання, вдосконалення, створення нових методів, засобів; забезпечує успішність комунікації під час навчання, професійної діяльності; розкриває професійно-етичну культуру як спосіб реалізації індивідуально-сутнісних особливостей людини [1].

У монографії Ю. Колісник-Гуменюк структурно-компонентний склад професійно-етичної культури визначено за такими критеріями, як якості особистості медичного працівника та його поведінки, узгодженої з вимогами професійно-етичних правил: мотиваційний, аксіологічний, когнітивний, операційно-діяльнісний, особистісно-рефлексивний, креативний компоненти [125].

О. Пономаренко вважає за необхідне у структурі професійно-етичної культури соціального педагога виокремити чотири компоненти, що забезпечують її повноцінну реалізацію: аксіологічний, який дозволяє розкривати професійно-етичну культуру як сукупність педагогічних цінностей; технологічний, що виступає як спосіб соціально-педагогічної діяльності; творчий, який є свідченням прояву педагогічної творчості, особистісний, що визначає професійно-етичну культуру як специфічний спосіб реалізації сутнісних сил людини [187].

А. Болдова дотримується думки, що за умов формування професійної етики майбутніх працівників податкової служби мають бути враховані такі компоненти: когнітивний (оволодіння комплексом знань щодо професійної етики), ціннісно-емоційний (емоційно-психологічна сфера професійної етики особистості), діяльнісний (прояв професійно-етичних якостей) [49].

О. Наливайко, виконавши комплексний аналіз наукових джерел, виокремила структурні компоненти професійної культури сімейних лікарів і відповідні їм

критерії: аксіологічний, когнітивний, особистісний. Аксіологічний компонент зумовлює наявність інтересу до професійної діяльності, що характеризується потребою студента в знаннях та оволодінні ефективними способами організації професійної діяльності. Критерієм сформованості цього компоненту є ціннісно-мотиваційний з такими показниками: професійна мотивація, професійні цінності, здатність до самовдосконалення. Когнітивний компонент визначається: теоретичними знаннями, вміннями та навичками, а також способами одержання необхідної інформації й ефективністю її використання; наявністю комунікативних умінь і професійно-важливих якостей як необхідних складових пізнання й розвитку професійної культури, самовиховання, самовдосконалення. Сформованість цього компоненту оцінюється за операційно-діяльнісним критерієм і такими показниками: знання, вміння, навички; комунікативні вміння; інтелектуально-культурний розвиток. Особистісний компонент характеризується ставленням студента до себе, оточуючих і власної практичної діяльності. Морально-етичний критерій, за яким оцінюється цей компонент, відображає сформованість основних етичних норм і правил поведінки майбутніх сімейних лікарів. Його сформованість визначається за показниками: лікарська етика, здатність до емпатії, гуманне ставлення до людини [171].

О. Лапузіна найбільш повно й комплексно бачить відображення основних аспектів професійної етики інженера за умов виокремлення чотирьох основних компонентів: ціннісного, світоглядного, спеціального, комунікаційного. Ціннісний компонент визначається спрямуванням професійної діяльності на загальний добробут; збагаченням ціннісної свідомості майбутнього інженера через гуманну реалізацію технологічного процесу. Світоглядний компонент характеризується сформованістю професійних морально-етичних якостей студентів, їхнім ставленням до майбутньої діяльності, прагненням до самовдосконалення, наявністю знань з професійної етики інженера. Спеціальний компонент відображає процесуально-інструментальний аспект професійної етики: наявність навчальних умінь і навичок та їхніх зовнішніх проявів. Комунікаційний компонент характеризується сформованістю навичок етичного ділового спілкування, що

проявляються і розвиваються в процесі виробничої практики, інженерної діяльності. Враховуючи визначені структурні компоненти професійної етики інженера, науковець встановлює відповідні критерії та показники її сформованості. Показниками ціннісного критерію визначено такі: сформованість соціальної відповідальності, інтелектуальної чесності, порядності, національної гідності інженера. Показниками світоглядного критерію професійної етики інженерів можна вважати загальну спрямованість на дотримання норм професійної етики технічного фахівця; сформованість етичних принципів, які регулюють ставлення інженера до професійної діяльності. Спеціальний критерій професійної етики інженера представлений такими показниками: наявність знань, сформованість умінь та навичок професійної етики інженера. Комунікаційний критерій професійної етики інженера виявляється в таких показниках: сформованість умінь та навичок студентів з етики перемовин, рекламування та презентації технічної продукції, розв'язання конфліктів; уміння аналізувати та виробляти етичні ділові рішення; вміння креативно, логічно, чітко формулювати свої думки [143].

У праці І. Сірак у структурі готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації виокремлено чотири взаємопов'язаних компоненти: мотиваційний, пізнавальний, операційний, рефлексивний. У відповідності до виокремлених компонентів дослідником визначено критерії і показники готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації: мотиви, цілі, інтереси, ціннісні орієнтації, ставлення до професії медичної сестри і до професійної самореалізації; наявність потреби у професійній самореалізації, установка на самоздійснення; спрямованість на досконале оволодіння фаховими знаннями й на професійну самореалізацію; усвідомлення значущості своєї діяльності та необхідності професійної самореалізації (мотиваційно-ціннісний критерій); рівень засвоєння фахових знань; самостійність мислення; емпатійність; сформованість особистісних якостей (відповідальність, вимогливість, сумлінність, рішучість, наполегливість, самовладання та ін.), позитивна професійна «Я-концепція» (когнітивно-особистісний критерій); сформованість практичних професійних умінь та навичок; творча активність, максимально повна актуалізація і реалізація фахових

умінь у процесі практики, вміння творчо вирішувати професійні завдання; здатність до взаємодії (уміння та навички професійного спілкування) з пацієнтом, лікарем, іншими медичними сестрами, родичами пацієнта; самостійність у квазіпрофесійній діяльності (творчо-діяльнісний критерій); здатність до самопроектування власних професійних якостей, самоорганізації, самоуправління своєю діяльністю; здатність до рефлексії; здатність до саморегуляції; вміння оцінити й коригувати результати власної професійної підготовки (рефлексивно-регулятивний критерій) [208].

На основі аналізу наукових джерел [1; 49; 125; 135; 143; 171; 187; 208; 210] ми визначили структурні компоненти професійної етики майбутніх медичних сестер – *мотиваційно-ціннісний, когнітивний, особистісний та рефлексивний*, що мають найбільш важливе значення в контексті їх діяльності.

Мотиваційно-ціннісний компонент професійної етики майбутніх медичних сестер передбачає наявність у фахівця медичного профілю стійкої професійної мотивації та професійно-етичної позиції.

У сучасній психології проблема мотивів розробляється в зв'язку з дослідженням діяльності людини і її свідомості. Вивченню цієї проблеми присвячені праці багатьох учених.

Серед найбільш відомих авторів, що займалися розробкою проблеми мотивації, можна назвати А. Маслоу, автора теорії ієрархії потреб, якою послуговується більшість сучасних психологів [161]. У працях вітчизняних та зарубіжних психологів: Ж. Аткинсона, М. Бандурки, М. Варій, М. Дауголла, М. Дригус, С. Занюк, Е. Ільїна, Г. Костюка, Т. Кудріної, С. Максименка, В. Мерліна, В. Моргуна, Ж. Нюттена, В. Рибалка, В. Семиченко, О. Скрипченко, П. Фресса, К. Халла, Х. Хекхаузена та ін., обґрунтовано психологічні аспекти мотивації навчальної діяльності, виявлені її джерела, визначено взаємозалежність зовнішніх і внутрішніх умов розвитку мотиваційної сфери особистості [18; 55; 102; 108; 137; 158; 200 та ін.].

Мотиви є спонукальними причинами дій і вчинків людини. Основою мотивів діяльності людини є її різноманітні потреби [78]. Мотиви діяльності формуються відповідно до цілей і завдань, що стоять перед людиною. Мотив, до певної міри,

полягає саме у ставленні до завдання, до мети і обставин – умов, за яких дія виникає.

Більш детально в своїх працях поняття «мотив» розглядає В. Семиченко, яка логічно визначає групи: професійних, пізнавальних, широкосоціальних, вузькосоціальних, процесуально-змістових, матеріальних, утилітарних мотивів [200]. Усвідомлюючи складність і багатогранність професійної діяльності медичної сестри, ми погоджуємось з твердженням О. Скрипченко, що складні види діяльності відповідають кільком мотивам, які утворюють систему мотивації [99]. Мотиви визначають цілі і характер діяльності, а також формують інтерес, спрямований на той чи інший об'єкт. Інтерес до професії займає центральне місце в професійній спрямованості особистості. Як і потреби, інтереси є джерелом діяльності.

Важливою складовою професійної спрямованості є професійні інтереси, під якими розуміється комплекс психічних властивостей і станів, що проявляються у динамічному виборі емоційної, пізнавальної і вольової активності, спрямованої на обрану професію або виконувану професійну діяльність [160]. Професійний інтерес – це ставлення особистості до певної професії, що характеризується вибірковістю, позитивним емоційним забарвленням, активним прагненням до пізнання у сфері обраної професії, стійкою вольовою установкою на оволодіння нею, потребою у діяльності. Професійні інтереси пов'язані з іншими видами інтересів, але займають домінуюче положення у навчальному процесі вищої школи. Професійний інтерес спрямований на різні види трудової діяльності, процес оволодіння відповідними знаннями та вміннями [16]. Професійні інтереси є найбільш вагомими при оцінці сформованості готовності медичної сестри до виконання фахових обов'язків.

У контексті дослідження нас цікавлять особливості професійної позиції особистості, що є її стійкими установками і орієнтаціями, системою відносин і оцінок внутрішнього і соціального досвіду, а також власних домагань, що реалізуються у професійній діяльності. В умовах професійного середовища особистість відчуває гостру необхідність у нових дороговказах, які дозволили б їй або зберегти попередню позицію, або певним чином модифікувати її. Нова

позиція особистості супроводжується станом задоволеності, а установки, що виникли при цьому, здійснюють визначальний вплив на особливості і стабільність поведінки суб'єкта в межах певного просторово-часового відрізка. Особистість отримує можливість, діючи на основі певної позиції, коригувати свою поведінку в динаміці дії, а не відновлювати цінності кожного разу знову через виникнення такої необхідності в зв'язку зі зміною життєвої ситуації. Професійно-етична позиція особистості медичного працівника визначає його професійно-моральну орієнтацію, місце і роль у професійній діяльності. Вона виступає свого роду засобом конгруентності щодо професійної праці медичного працівника. Якщо в основу професійно-етичної орієнтації фахівця покладені соціально-значущі цінності, а діяльність визнана і прийнята як життєво важлива, якщо практичні дії є втіленням сучасної професійної та моральної культури, кращих традицій і продуктивних інновацій, то у професійно-етичній позиції фокусуються основні особисті та соціальні інтереси, пріоритети діяльності та професійні цінності. Поняття «цінності» використовується різними науками і трактується неоднозначно. У соціальних науках під цінністю розуміється будь-який суспільно значущий об'єкт [68]. У психології цінності – це об'єкти, що викликають емоційно-оцінювальне ставлення з боку суб'єкта [197]. Так, Л. Копець трактує цінності як систему усвідомлень, що відображають ставлення людини до світу [129]; С. Занюк – як сукупність стійких мотивів, що визначають орієнтири діяльності особистості [102]; Н. Вознюк – як те, до чого необхідно прагнути, ставитися з визнанням, повагою [68].

В аксіології запропоновано багато класифікацій цінностей за різними критеріями. Не зупиняючись детально на цих класифікаціях, звернемо увагу на етичні цінності, ставлення до яких є складовою етичної культури. Серед етично значущих цінностей науковці [68; 102; 146] виокремлюють: головні людські цінності, що в більшій чи меншій мірі входять в усі інші етичні цінності (цінність життя, свідомості, діяльності, свободи волі та ін.); чесноти, такі як справедливість, мудрість, сміливість, самовладання, любов до ближнього, правдивість і щирість,

вірність і відданість; часткові етичні цінності, такі як здатність дарувати іншим свої духовні надбання, любов, спрямована на ідеальну цінність іншої особистості.

Це одна з найбільш узагальнених класифікацій, що відображає уявлення про загальнолюдські моральні цінності. На основі цих універсальних цінностей будуються системи цінностей тієї чи іншої професійної спільноти людей, що задають орієнтири їх професійної діяльності. Існуючи у формі ідей, уявлень, норм, правил, мотивів і установок, цінності визначають професійну етичну культуру на соціальному і особистісному рівнях.

У педагогічній науці аксіологічний підхід розглядається як провідний методологічний підхід. З позицій аксіологічного підходу, вчені (І. Бех, Л. Вовк, Л. Долинська, М. Каган, З. Карпенко, Б. Ліхачов, В. Рибалка, В. Сластьонін, О. Сухомлинська, М. Фіцула, та ін.) вважають, що змістом виховання є цінності життя. Дослідники говорять про тенденції аксіологізації освіти. З. Карпенко та В. Рибалка розглядають аксіологізацію як процес, результатом якого виступає розвиток ціннісного ставлення студента до пізнання, до професії, до себе та інших у стійкі, професійно значущі і життєві ціннісні орієнтації, що зумовлюють пошук, оцінку, вибір і проєкцію свого життєвого шляху [113; 195]. Завдання дослідження обумовлюють необхідність розгляду специфіки студентського віку з позиції системи цінностей цієї категорії населення. Психологами встановлено, що побудова і переоцінка системи цінностей – основний процес морального розвитку в підлітково-юнацькому віці. Студентський вік належить до періоду життя, який у віковій психології називають пізньою юністю, початком дорослості або ранньою дорослістю [64]. Психологи відзначають, що вік 18-20 років – це період найбільш активного розвитку інтелекту, моральних і естетичних почуттів, становлення і стабілізації характеру, оволодіння повним комплексом соціальних ролей дорослої людини. Характерною рисою морального розвитку в цьому віці є посилення свідомих мотивів поведінки. Посилюються такі якості особистості, як цілеспрямованість, рішучість, наполегливість, самостійність, ініціатива, вміння володіти собою. Відбувається формування активної життєвої позиції, підвищується інтерес до моральних проблем. Багатьох цікавлять гуманістичні цінності, загальна

спрямованість особистого життя, соціальна благодійність. Юність – період самоаналізу і самооцінок. Головна особливість юнацького віку полягає в усвідомленні людиною своєї індивідуальності, неповторності, в становленні самосвідомості і формуванні образу «Я». В юності найбільшою мірою проявляється прагнення до свободи, самовираження і самоствердження, формуються ідеали і віра в ідеали, і ця віра насичує життя високою духовністю [64].

Незважаючи на те, що проблема спрямованості особистості стала предметом теоретичних й експериментальних досліджень багатьох вітчизняних і зарубіжних учених, до цих пір у психологічній літературі немає єдиного визначення спрямованості особистості. Вперше поняття спрямованості особистості охарактеризував один з основоположників радянської психології С. Рубінштейн. У поняття спрямованості він включає потреби, інтереси, ідеали людини. На думку науковця, спрямованість є найважливішою властивістю особистості, яка визначає її соціальну і моральну цінність, маючи самостійну структуру. С. Рубінштейн писав: «Потреби, інтереси, схильності, смаки, всілякі тенденції і установки, а також особисті погляди і переконання людини – це психологічні форми вираження спрямованості, в якій проявляється характер» [197, с. 56]. У психології спрямованість розглядається як найважливіша характеристика особистості, її ядро, стрижень її структури. Аналіз праць Л. Божович, М. Варій, С. Занюка, О. Скрипченка, Д. Фельдштейна свідчить про те, що існують різні підходи до розуміння спрямованості, але в цілому вона трактується як сукупність або система мотиваційних утворень, що визначають напрям поведінки і діяльності людини. На думку Л. Божович, характер спрямованості особистості і її моральна стійкість визначаються мотивами, які займають у мотиваційній ієрархії домінуюче положення [46].

У змісті поняття спрямованості особистості М. Варій виокремлює усвідомлення людиною суспільно значущих цілей: поглядів, ідей, переконань людини, що стають керівними в її діяльності, спрямованій на досягнення складних повсякденних і омріяних, життєво важливих цілей [55].

Підтвердження тому, що гуманістична спрямованість особистості є

найважливішою властивістю медичного працівника, ми знаходимо в працях С. Максименка, який вважає, що гуманістична спрямованість – основне і найістотніше в характеристиці особистості, тобто те, від чого залежить загальний напрям життя і всієї активної творчої діяльності. Від спрямованості особистості залежать властивості характеру, розвиток здібностей, соціальна і моральна цінність людини [159]. Особливу значущість для нашого дослідження має ідея про те, що між формуванням спрямованості і здібностей людини існує взаємозалежність.

Наша позиція у визначенні спрямованості особистості спирається на положення С. Занюка, який вважає, що спрямованість – система потреб, інтересів та ідеалів [102]. Також науковець підкреслює цілісність структури спрямованості особистості. Він, як і інші дослідники [46; 157; 232], підкреслює, що спрямованість, взята як ціле, в свою чергу, включає такі форми, як потяги, бажання, інтереси, схильності, ідеали, світогляд, переконання.

У працях В. М'ясищева спрямованість особистості розглядається як система домінуючих відносин особистості, що виявляються в двох позиціях: ставлення особистості до себе і її ставлення до інших, у тому числі до суспільства. Для цілей нашого дослідження важливо розглянути типологію спрямованості особистості, що містить гуманістичну спрямованість, оскільки остання впливає на формування професійної етики [169]. Така типологія представлена в дослідженнях Д. Фельдштейна, який визначає типи особистісної спрямованості: гуманістичну, егоїстичну, депресивну і суїцидальну [230]. Узагальнюючи позиції інших дослідників [22; 121; 200; 99], можна говорити про існування гуманістичної, соціоцентричної, егоцентричної і негативістичної спрямованостей. Гуманістична спрямованість характеризується позитивним ставленням до себе і суспільства. Головна цінність для людини з такою спрямованістю – особистість, тобто конкретна людина і конкретне суспільство, що складається з конкретних «Я», а не абстрактних «Інших». Позитивне ставлення людини до себе та інших людей виражається, в першу чергу, в прийнятті особистістю себе як цілості, в прийнятті інших людей такими, якими вони є. При цьому людина усвідомлює і свої переваги, і свої недоліки. Вона цілком допускає, що інші, які багато в чому відрізняються від

неї, мають право власного вибору, і це не викликає роздратування, ворожості, відрази. Така людина вибудовує власну систему цінностей, але водночас з повагою ставиться до думок, інтересів, переконань, позицій інших людей, навіть якщо вони суперечать її власним. Така особа не підкоряється сліпо іншим і не прагне підпорядкувати когось собі, найчастіше вона намагається знайти компроміс, орієнтуючись на принципи справедливості і людяності. Вона доброзичлива, відкрита для контактів з людьми, прагне зрозуміти людей, допомогти їм, хоче побачити в кожній людині, в першу чергу, щось позитивне. Варто зазначити, що для особистості з гуманістичною спрямованістю не характерні силовий тиск на іншу людину, тенденція до маніпулювання її психікою. Без сумніву, таку спрямованість особистості повинна мати кожна людина, яка вирішила присвятити себе медицині, найважливішим етичним принципом якої був і залишається гуманізм.

З вищевикладеного випливає, що спрямованість особистості є вираженням життєвої цілеспрямованості особистості і відображає систему її внутрішніх усвідомлених спонукань, установок, намірів і відносин до тих чи інших сторін навколишньої дійсності.

Розгляд змісту *когнітивного компонента* професійної етики майбутніх медичних сестер пов'язаний, перш за все, з особливостями професійного спілкування середнього медичного персоналу. Процес лікування (догляду) полягає не тільки в тому, щоб надати комплекс медичних послуг, а також у безпосередньому спілкуванні з пацієнтом. Тому медичний працівник повинен оволодіти механізмами побудови ефективного спілкування з пацієнтом.

В. Семиченко [200] характеризує спілкування як головну умову виживання, навчання, виховання та розвитку особистості. Вона визначає такі функції спілкування:

- контактна: встановлення комунікації як виявлення взаємної готовності до прийняття та передачі інформації;
- інформаційна: обмін інформацією;
- спонукальна: спрямування активності на виконання певних дій;

- координаційна: взаємна орієнтація на узгодження дій для спільної діяльності;
- розуміння: адекватне сприйняття стилю поведінки суб'єктів взаємодії, взаєморозуміння;
- емоційна: цілеспрямоване стимулювання необхідних емоцій, обмін емоціями, зміна у партнерів емоційних станів;
- встановлення відносин: усвідомлення та фіксація свого місця в системі;
- здійснення впливу – зміна стану, поведінки; ціннісно-мотиваційної сфери, особистісно-смыслових утворень; намірів, настанов, думок, рішень, потреб, дій, оцінок.

Спираючись на функції спілкування, визначені академіком С. Максименком [159], ми можемо говорити про необхідність таких знань медичних сестер, що забезпечують реалізацію напрямів професійної діяльності:

- комунікативна функція: знання про форми та засоби обміну і передачі інформації, завдяки яким стають можливими виконання професійних обов'язків та налагодження взаєморозуміння з пацієнтами і колегами;
- інтерактивна функція: знання про можливості вербального впливу, засоби і способи здійснення оздоровчих словесних дій;
- перцептивна функція: знання про особливості сприймання партнерами зі спілкування один одного у професійній сфері взаємодії, зокрема в медичній, їх взаємного пізнання як основи для взаєморозуміння, включаючи сприйняття зовнішнього вигляду, дій, учинків людини та їх тлумачення.

Зважаючи на те, що спілкування – один з найважливіших аспектів професійної етики медсестри, для її практичної реалізації необхідні такі знання про: стратегію і тактику побудови етично-компетентної бесіди з пацієнтом; вплив психічного стану на характер спілкування; способи подолання психологічних бар'єрів; індивідуально-психологічні особливості пацієнтів; прийоми переконання і навіювання; невербальні і вербальні засоби впливу на пацієнта; способи емпатійного слухання.

Однією з пріоритетних умов формування у майбутніх медичних працівників професійної етики є наявність у них професійно важливих якостей, що є

сукупністю загальних (аналітико-конструктивний склад мислення; емоційно-вольова стабільність; стресостійкість та адаптованість до напружених умов і факторів діяльності; емпатія та рефлексія; психофізіологічна активність) і специфічних для даного виду професійної діяльності психологічних властивостей особистості.

Загалом, у складі професійно важливих якостей особистості медичного працівника особливе місце посідають етичні якості, включені нами до *особистісного компонента* професійної етики майбутніх медичних сестер.

Складний і багатофакторний процес розвитку етичних якостей у студентів медичного коледжу передбачає вирішення низки важливих завдань морально-етичного становлення особистості. Функція виховання етичних якостей полягає у внесенні до розуміння студентів знань про моральні норми і принципи, усвідомленої необхідності формування і розвитку професійно-моральної орієнтації з метою ефективної організації професійної діяльності. Подальше завдання полягає в тому, щоб перетворити знання в особисті переконання, сформувати навички професійно-етичної поведінки.

Процес формування особистості, на думку М. Бабак, М. Філоненко [11; 232], це, в певному сенсі, процес перебудови значущості мотивів: одні спонукання підвищуються в значущості, інші знижуються, стаючи з ідеалу повсякденною дійсністю або йдучи з особистісної сфери людини.

У процесі професійно етичного розвитку особистості підвищення значущості одних мотивів неминуче призводить до придушення інших і навпаки. Так, засвоєння певної моральної цінності – це діалектично подвоєний процес підвищення значущості професійно правильної моральної поведінки і подолання форм, які суперечать їй, – непрофесійної поведінки, яка сформувалась раніше. Морально-етичний, культурний розвиток людини – це аналогічний процес зміни значущості відповідних цінностей. Якщо деякі спонукання залишаться на рівні абсолютно високої значущості, вони не можуть бути подолані ніяким вольовим зусиллям. Завдання формування професійної етики майбутніх медичних сестер полягає саме в тому, щоб вищі моральні цінності стали надзначущими. Тоді ніякий

негативний зовнішній вплив не зможе подолати їх.

Розвиток етичних якостей у студентів – складний і тривалий процес, що вимагає творчого підходу всього колективу медичного коледжу; готовності, бажання і вміння всіх і кожного боротися за викорінення негативних проявів у житті нашого суспільства, системності і безперервності виховних впливів на особистість студента з урахуванням специфіки майбутньої професійної діяльності і спектру формованих якостей особистості.

Дослідження праць вітчизняних та зарубіжних учених [6; 11; 58; 68; 232] дозволили нам виявити і систематизувати великий термінологічний масив, який характеризує найбільш значні особистісні (етичні) якості позитивного характеру:

1. Колективістські якості: колективізм, почуття солідарності і товаришкості, почуття обов'язку, відповідальність, альтруїзм, самовідданість, героїзм.

2. Гуманістичні якості: гуманізм (гуманність, людяність), доброзичливість, доброта, благородство, великодушність, щирість, увага до людей, дбайливість, душевність, жалісливість, чуйність, милосердя, делікатність, тактовність, повага і довіра до людей; почуття власної гідності, гордість, впевненість у собі, скромність, самокритичність, вимогливість до себе.

3. Якості, пов'язані зі ставленням особистості до розподілу цінностей: справедливість, неупередженість, безкорисливість; незалежність.

4. Якості, пов'язані з особливостями і мораллю регулювання поведінки: почуття честі, совісті, сорому; самоповага, шанобливість; чесність, порядність, вірність, відданість, надійність, принциповість, прямота, щиросердність, правдивість, відвертість; моральність, правильність, моральна чистота, моральна охайність, моральна стійкість.

5. Якості, пов'язані з особливостями вольової саморегуляції: самовладання як уміння володіти собою, долати страх, боязкість, зніяковілість; наполегливість, яка виражається, перш за все, в неухильній вимогливості і вмінні послідовно домагатися точного виконання своїх вимог; терпіння забезпечує готовність пояснити ще й ще раз без роздратування; цілеспрямованість, що породжує творчу активність; рішучість, що дозволяє знаходити найбільш ефективні способи впливу,

не губитися в складних умовах; ініціативність, що виявляється в прагненні вдосконалювати зміст і форми своєї медико-педагогічної діяльності; організованість, що є умовою плановірності культурного впливу на пацієнта.

Аналіз спеціальної літератури дозволяє стверджувати, що однією з найважливіших складових професійної етики медичних сестер є медико-педагогічний такт майбутніх фахівців, особливо в межах оволодіння методикою вибору правильного підходу і стилю спілкування з хворим. Медико-педагогічний такт, який відіграє величезну роль у повсякденній роботі медика, його спілкуванні з хворими, виробляється в процесі і на основі набуття спеціальних знань у практичній діяльності. При цьому медичному працівникові необхідно визначати і реалізовувати на практиці водночас і розумний ступінь співпереживання, і комплекс медико-педагогічних вимог, що пред'являються до хворого. Здатність передбачати різні негативні ситуації, вміння знайти оптимальну міру застосування педагогічних методів у медичній діяльності – це той рівень, на якому застосування тих чи інших лікувальних впливів дасть оптимальний ефект і очікуваний результат.

Медико-педагогічний такт – це дотримання педагогічного принципу міри в спілкуванні медичного працівника і пацієнта, його родичів, вміння вибрати правильний підхід до хворого, заснований на загальнолюдських принципах моралі [159].

Професійне переконання в тому, що служіння медика є служіння любові і співчуття стражданням, обумовлює глибоко поважливе ставлення медичних працівників до хворих. Якщо цього немає, тоді відсутність медико-педагогічного такту обмежує існування хворого тільки хворобою і ліками. Оволодіння медико-педагогічним тактом дозволяє піднятися до розуміння того, що пацієнт є душевно-духовною істотою, яка страждає; він абсолютно індивідуальний за своїм тілесно-душевним складом і зовсім своєрідний у своїй хворобі. Саме таким повинна медична сестра побачити його, зрозуміти і лікувати [67; 93; 252].

Не можна виховати в собі медичний такт без любові до хворої людини [6]. Любов медичної сестри до пацієнта має свій специфічний зміст. Це любов не до одного або кількох хворих, а любов до кожного і будь-якого хворого, який ще вчора

був їй невідомий, а сьогодні став небайдужий. Це почуття має чітку гуманістичну спрямованість: медична сестра прагне зробити все можливе для полегшення страждань пацієнта.

Формування наукових основ медико-педагогічного такту розроблено вітчизняними педагогами, медиками, психологами [128; 129; 151], ґрунтується на теоретичних ідеях наукових шкіл [176], [159], [163] і спроектоване як процес формування професійної та особистісної культури студентів-медиків. Медико-педагогічний такт виявляється у врівноваженості поведінки медика (його витримці, самовладанні, безпосередності в спілкуванні) і передбачає довіру, відкритість і ставлення з любов'ю до пацієнта.

Поняття «медико-педагогічний такт» включає в себе вміння вибудовувати правильні стосунки медичного працівника і пацієнта, виявляти увагу до хворого, чуйність, ввічливість, пред'являти розумні вимоги в поєднанні з почуттям міри. В основі цього явища лежить глибоке знання психології своїх пацієнтів. Медико-педагогічний такт залежить, перш за все, від особистісних якостей середнього медичного персоналу, його культури, волі, громадянськості і професійної майстерності. Найбільш істотним елементом медико-педагогічного такту є вдумливе і уважне ставлення медичної сестри до своїх пацієнтів, обережність у висновках і рішеннях, а прояв його багато в чому залежить від загальної, культууроутворюючої, інтелектуально-моральної, медико-педагогічної культури.

Прояви медико-педагогічного такту – це результат духовної зрілості медичного працівника. Водночас майбутнім медичним сестрам необхідні знання для оволодіння цією професійно важливою якістю. В першу чергу, це знання основ вікової психології та індивідуальних особливостей пацієнтів. Стиль спілкування медичного працівника і хворого вимагає поваги, толерантності, довіри в поєднанні з твердістю, діловитістю і серйозністю. Одним з важелів впливу на пацієнта є звернення до його почуттів.

Не менш важливі для медичної сестри знання основ моралі, вміння бачити моральний сенс у своїх вчинках і орієнтуватися в обстановці.

У спілкуванні з хворим кожен медик повинен володіти витримкою, почуттям

справедливості, вмінням творчо підходити до лікувального досвіду, розвиненою медико-педагогічною технікою, почуттям гумору, поблажливістю, повагою до особистості іншої людини, при цьому не втрачаючи почуття власної гідності, – всім, що становить оптимальний стиль медико-педагогічного спілкування.

Як свідчить аналіз літератури [178; 188; 232; 236;], емпатія традиційно розглядалася представниками практичної медицини як важлива умова ефективного лікування. Емпатія допомагає завоювати симпатію і довіру пацієнта і переконати його в необхідності виконання запропонованих рекомендацій. Про важливу роль емпатії у професійній діяльності лікаря говорять сучасні дослідники, як вітчизняні, так і зарубіжні. І. Харді вважає, що емпатія створює можливість для більш правильної поведінки по відношенню до хворого. Злиття з проблемами хворого, здатність відчувати їх як свої власні необхідне для справжнього розуміння пацієнта [236, С.20]. Більш того, на думку фахівців у сфері медичної етики, при цьому досягається не тільки психотерапевтичний ефект, але і створюється передумова для оптимізації діагностики [118]. Дослідники вважають, що здатність проявляти емпатію є одним з факторів, що дозволяють прогнозувати рівень клінічної компетентності студентів медичного профілю.

У психології альтруїзм визначають як поведінку, що здійснюється заради блага іншої людини, без очікування на будь-яку зовнішню нагороду [108].

Відмітною ознакою цієї поведінки є те, що вона веде не стільки до власного благополуччя, скільки до благополуччя іншої людини, тобто приносить більше користі іншому, ніж самому суб'єкту, і обумовлена не зовнішнім соціальним тиском і не присутністю людини, здатної оцінити благородство вчинку суб'єкта. Ця поведінка зумовлена наявністю у людини низки душевних якостей – співчутливості, дбайливості, почуття обов'язку, відповідальності. Психологи вважають, що одним з внутрішніх факторів альтруїстичної поведінки є дотримання норм або деяких універсальних правил поведінки. Дієвість цих правил залежить від того, наскільки людина інтеріоризувала їх, наскільки вони стали для неї внутрішніми стандартами, наскільки поведінка, відповідна до них, є цінністю [108]. Отже, інтеріоризація етичних норм і деонтологічних правил є одним з факторів, які

сприяють підвищенню альтруїстичної спрямованості особистості майбутньої медичної сестри.

Дослідники відзначають, що важливою властивістю особистості, що наводить до альтруїстичної поведінки, є емпатія. У психологічній літературі емпатія розглядається як здатність входити в стан іншого, як емоційний відгук людини на переживання інших людей. На думку Є. Ільїна, емпатія може проявлятися в двох формах – співпереживання і співчуття. Співпереживання – це переживання суб'єктом тих же почуттів, які відчуває інший. Співчуття – це чуйне, співчутливе ставлення до переживань, нещастя іншого (вираз жалю, співчуття і т. п.). Перше засноване в більшій мірі на минулому досвіді людини і пов'язане з потребою у власному благополуччі, з власними інтересами, друге засновано на розумінні неблагополуччя іншої людини і пов'язане з її потребами та інтересами. Тому співпереживання більш імпульсивне, більш інтенсивне, ніж співчуття [108].

На погляд В. Бойка, основу емпатії становить емоційна чуйність й інтуїція, але при цьому значну роль відіграє розум, раціональне сприйняття об'єктів. На думку автора, емпатія як раціонально-емоційно-інтуїтивна форма відображення іншого є особливо витонченим засобом «входження» в психоенергетичний простір іншої людини. Коли людина демонструє іншому співучасть і співпереживання, нівелюється захисний енергетичний екран партнера. Тому співучасть і співпереживання не сенс емпатії, а лише емоційні засоби досягнення іншої мети. Необхідність в емпатії виникає в тих випадках, коли треба виявити, зрозуміти, передбачити індивідуальні особливості іншого і потім впливати на нього в потрібному напрямку [47]. Врахування різного рівня розвитку емпатійних здібностей покладено в основу розробленої І. Харді типології медичних сестер:

1. Практичний тип відрізняється точністю і суворим дотриманням регламенту спілкування, інколи забуває про людський аспект медичної взаємодії.
2. Артистичний тип відрізняється афектованою поведінкою: така медична сестра намагається без почуття міри справляти враження на хворого.
3. Нервовий тип: така медична сестра часто буває втомленою; їй здається, що її зусиль не помічають; роздратована; пацієнти біля неї не відчувають себе спокійно.

4. Чоловічий тип: рішуча, енергійна, самовпевнена, послідовна; часто не визнає необхідності прояву почуттів.

5. Материнський тип: «мила сестричка», в якій співпереживання часто домінують над професійною складовою роботи.

6. Сестра-висококваліфікований фахівець: працюючи вузькопрофільно, на дорогих апаратах або з новітніми методиками, такі медичні сестри деколи виявляють зверхність і до пацієнтів, і до своїх колег, що працюють у відділеннях, провокуючи напружені стосунки [236].

Розвинена емпатія дозволяє медичній сестрі орієнтуватися у потаємних глибинах людської індивідуальності, без чого неможливо відверто співчувати, домагатися довіри хворого та його родичів, створювати позитивну ауру для одужання, спонукати до активізації внутрішніх сил організму у боротьбі з хворобою, переконувати бути дисциплінованим при виконанні призначень.

Студент-медик, щоб відповідати сучасним вимогам життя і професійної етики стосунків, повинен постійно вдосконалюватися, піднімаючись на новий рівень розвитку інтелектуальної, моральної, емоційної, комунікативної складових професіоналізму. До такого самовдосконалення має прагнути фахівець, особистісні зміни якого обумовлені сформованістю *діяльнісного компонента* професійної етики.

Однією з найважливіших для медичного працівника груп умінь є рефлексивні вміння, пов'язані зі здатністю аналізувати, синтезувати, самопізнавати, самовдосконалюватися. Поняття рефлексії є предметом досліджень філософії, психології, педагогіки, соціології, культурології. Кожна з наук пропонує розгляд поняття з певних позицій. Загальне розуміння рефлексії полягає в тому, що це роздуми людини над власним душевним станом, здатність до самоаналізу. В науку термін «рефлексія» ввів Р. Декарт. Він зазначав, що усвідомлювати – означає мислити й рефлексувати результати власних мисленнєвих процесів. Філософ ототожнював рефлексію зі здібністю індивіда зосереджуватися на змісті своїх думок, абстрагуючись від зовнішнього, тілесного [216].

Рефлексія спрямована на пошук причин невдач і утруднень, у ході чого

усвідомлюється, що використовувані засоби не відповідають завданню, формується критичне ставлення до способів здійснення діяльності, результатом чого стає формулювання гіпотез, пошук інтуїтивного рішення, застосування ширшого кола засобів, логічне обґрунтування і реалізація оптимального варіанту розв'язання проблеми.

Аналіз тематичної літератури [87; 153] дозволив виокремити основні рефлексивні вміння – здатність аналізувати, синтезувати, самопізнавати, самовдосконалюватися – що розглядаються у трьох основних формах залежно від функцій, які вони виконують, – ситуативні, ретроспективні й перспективні. Вміння ситуативної рефлексії виступає у вигляді мотивувань і самооцінок та забезпечує безпосередню включеність суб'єкта в ситуацію, осмислення її елементів, аналіз того, що відбувається у даний момент, тобто здійснюється рефлексія «тут і тепер». Розглядається здатність суб'єкта співвідносити з предметною ситуацією власні дії, координувати, контролювати елементи діяльності відповідно до мінливих умов. Уміння ретроспективної рефлексії слугує для аналізу та оцінки вже виконаної діяльності, подій, що мали місце в минулому. Рефлексивна робота спрямована на більш повне усвідомлення, розуміння і структурування отриманого в минулому досвіду, стосується передумов, мотивів, умов, етапів і результатів діяльності чи її окремих етапів. Ця форма може слугувати для виявлення можливих помилок, пошуку причин власних невдач і успіхів.

Вміння перспективної рефлексії включає у себе роздуми про майбутню професійну діяльність, уявлення про її хід, планування, вибір найбільш ефективних способів, що конструюються з розрахунком на майбутнє. У сучасному професійному світі медичній сестрі необхідні рефлексивні вміння, які позитивно впливають на її діяльність та діяльність колективу: складати й узгоджувати плани діяльності колективу; складати й здійснювати медсестринський процес; розробляти і реалізовувати програму професійного самовиховання; аналізувати професійні проблеми і знаходити шляхи їх конструктивного розв'язання; вести пошук шляхів досягнення поставлених цілей і завдань; здійснювати рефлексивне управління медсестринським персоналом; проводити доцільну самопрезентацію; здійснювати

емоційно-вольову саморегуляцію.

Безперечно, рівень якості медсестринського догляду прямо залежить від знань та вмінь кожної медичної сестри, від її ставлення до справи, від її особистісних та професійних якостей, від того, наскільки чітко здійснюється взаємодія всередині команди та від стилю взаємовідносин у команді. Саме тому необхідно формувати здатність до рефлексії у майбутніх медиків з моменту вивчення професійно орієнтованих дисциплін. Адже рефлексія веде до самовдосконалення. Пізнаючи себе, людина ніколи не залишається такою, якою вона була колись. Варто зазначити, що формування рефлексивних умінь необхідно здійснювати максимально індивідуалізовано. Тим не менше, кожен крок, кожна дія майбутньої медичної сестри в напрямі формування рефлексивних умінь варті уваги та опосередкованого контролю й оперативної корекції у разі потреби.

Рефлексивні вміння, які проявляються через аналіз навчальної професійної діяльності, допомагають майбутнім медичним сестрам зрозуміти свою унікальність, індивідуальність. Можна вважати, що рефлексія – фундамент досвіду, спосіб самопізнання, необхідний інструмент мислення. Рефлексивна здатність є важливою передумовою розвитку людини. Вміння контролювати себе, керувати власним емоційним станом є ознакою особистісної рефлексії медичного фахівця, що виробляється у процесі професійного становлення.

Отже, процес підготовки фахівців медичного профілю, професія яких передбачає функціонування в системі «людина-людина», повинен включати формування професійної етики у студентів медичного коледжу, що дозволить підвищити ефективність реалізації професійних функцій, забезпечить особистісний підхід до оволодіння знаннями і вміннями, необхідними у майбутній професійній діяльності. Для створення експериментальної методики формування професійної етики студентів медичного коледжу важливим є виявлення структури досліджуваного явища. Структура професійної етики майбутніх медичних сестер складається з таких компонентів: мотиваційно-ціннісний, когнітивний, особистісний, діяльнісний (рис.1.1).

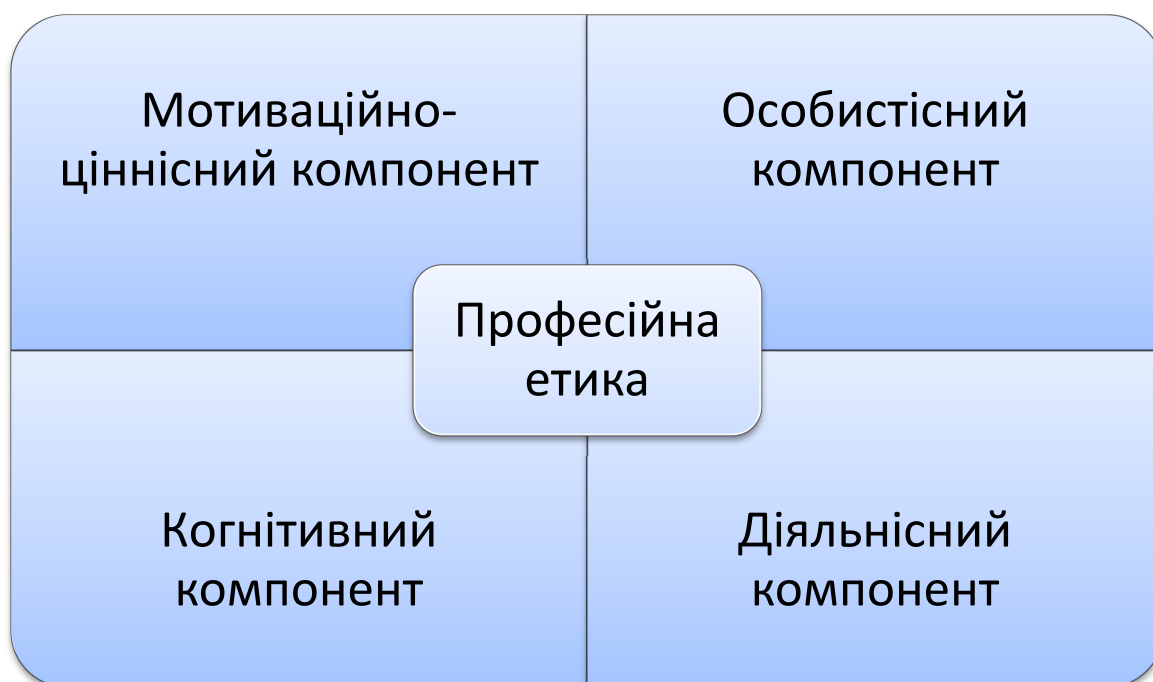


Рис. 1.1. Структура професійної етики майбутніх медичних сестер

Розглянувши сутність, зміст професійної етики майбутніх медичних сестер і виявивши її структуру, ми вважаємо, що, в першу чергу, робота з її формування повинна проводитися в освітньо-розвивальному просторі навчального закладу медичного профілю в процесі професійної підготовки майбутніх фахівців, де основна роль відводиться професорсько-викладацькому складу. Очевидно, що успіх даної роботи безпосередньо залежить від рівня професійної підготовки викладацького складу, ступеня його готовності до формування професійної етики в процесі проведення навчальних занять. По-друге, студент у процесі підготовки виступає не лише як об'єкт у роботі викладача, але є одночасно і активним суб'єктом, що повинен усвідомлювати себе майбутнім фахівцем, розуміти важливість професійних знань та вмінь, мати здорові професійні амбіції, а значить – бути мотивованим і прагнути до самоактуалізації. «Особливого значення набуває самоактуалізація у професійній діяльності медиків, для чого необхідна не лише наявність зазначених якостей, а й володіння визначеним професійним інструментарієм, знаннями, що забезпечуватиме результативність і ефективність праці, а також здатність до професійного зростання» [131, с. 67].

Висновки до першого розділу

Аналіз стану проблеми формування у майбутніх медичних працівників професійної етики, огляд психолого-педагогічної та спеціальної літератури дозволили сформулювати такі висновки:

1. У дисертації показано, що медична сфера є унікальним моральним простором, що висуває особливі вимоги до професійних якостей майбутніх медичних сестер, особливим чином регулює етичні підстави професійної діяльності та особливості підготовки майбутніх медичних працівників у коледжі. Проведене дослідження дозволило проаналізувати вимоги, що пред'являються до професійної підготовки медичних працівників у контексті формування їх професійної етики (гуманізм, професіоналізм, наукова обгрунтованість професійних дій, самокритичність, повага прав, свобод і гідності пацієнтів, родичів пацієнтів та інших осіб, яким можуть бути нанесені душевні травми, завдано збитків їхньому фізичному і психічному здоров'ю).

2. Проведений у дисертації теоретико-методологічний аналіз категорії професійна етика дозволив виявити сутність і зміст даного феномена. Професійна етика медичного працівника є властивістю особистості фахівця, що дозволяє йому продуктивно взаємодіяти з внутрішнім (професійним) і зовнішнім (соціальним) середовищем завдяки наявності професійних знань, умінь і навичок, професійно важливих морально-етичних якостей, спрямована на успішні особистісно-професійні контакти з пацієнтами та забезпечує ефективну організацію лікувально-профілактичного процесу та вирішення фахових завдань. Основними компонентами професійної етики майбутніх медичних сестер є: мотиваційно-ціннісний, когнітивний, особистісний та діяльнісний.

Зміст першого розділу висвітлений у таких публікаціях автора дисертаційного дослідження: [30], [32], [37], [38], [40], [42], [43], [44], [254] .

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СФОРМОВАНOSTІ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

2.1. Критерії, показники сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер

Моніторинг якості професійної підготовки майбутніх фахівців, на думку багатьох учених [76; 83; 114; 220; 205; 217], має базуватись на обґрунтованих критеріях. У свою чергу, критерії групуються за спільними ознаками, утворюючи критеріальну спільноту. Але розробка, обґрунтування, об'єднання критеріїв вивчення певного явища ускладнюються через неузгодженість у розумінні понять, відсутність чітких методик оцінювальної діяльності, обмежений характер застосування критеріальних механізмів, загалом, нерозробленість стратегії моделювання критеріального апарату.

У педагогічній літературі поняття «критерій», як правило, корелює з поняттями «ефективність», «оцінювання». Критерії ефективності дозволяють визначити результати технології, що впроваджується в освітній процес, завдяки тому, що оцінювання відбувається за усталеними показниками. Правильне тлумачення, визначення, використання критеріїв є основою для перевірки педагогічної моделі, експериментальної методики, реалізації освітньої системи [76; 83].

Критерій (від лат. *critērium*, яке зводиться до грец. *κρίτηριον* – здатність до розрізнення; засіб судження, мірило) – підстава для оцінки, визначення, класифікації чогось або когось; мірило, ознака, на основі якої проводиться оцінка, визначення чи класифікація чого-небудь або кого-небудь [78, с. 214]. Критерій можна розглядати як засіб оцінки ступеня етичної підготовки студентів – майбутніх медичних сестер до виконання професійної діяльності; він дає можливість отримати більш повне уявлення про кількісні та якісні складові фахово-етичної поведінки майбутніх працівників медичної сфери.

Педагогічна діагностика на сучасному етапі є складною і неоднозначною, оскільки необхідно дати порівняльну оцінку як характеристикам педагогічного

процесу та його учасників, так і самим результатам дослідження. Виконання цієї діяльності потребує особливого виду компетентності, що передбачає фаховий підхід до дослідження, аналізу, оцінювання, порівняння результатів освітнього процесу, зважаючи на кількісні і якісні критерії та показники, що дозволяють визначити і зафіксувати наявність або відсутність певних властивостей, ознак або сторін об'єкту дослідження [76; 83; 241; 261].

Проблема визначення критеріїв професійної підготовки, що здійснюється у закладах вищої освіти, досліджувалась Ю. Бабанським, В. Вікторовим, С. Максименко, Н. Боритко, З. Слєпкань, Т. Туркот, Г. Беднарчиком, Дж. Серковською-Мака та ін. На думку вчених, критерії, що застосовуються в педагогічних дослідженнях, мають відповідати низці вимог: цільова заданість, об'єктивність, істотність, релевантність, правильне співвідношення кількісних і якісних сторін, раціональність (доступність) тобто можливість їх використання різними суб'єктами [91; 159; 261].

Ми дослідили доробок науковців [1; 92; 95; 112; 139; 141; 171; 198; 208; 213; 214; 224; 228; 245], дослідження яких спрямовані на вивчення особливостей професійної етики, деонтології, професійної культури як професійно-етичних складових діяльності фахівців соціономічних професій, з метою виокремлення критеріїв сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер.

Так, науковець К. Соцький, аналізуючи сформованість готовності майбутніх молодших медичних спеціалістів до професійного самовдосконалення, виокремлює такі критерії: 1. Ціннісно-мотиваційний, що має такі показники: усвідомлення змісту професійних цінностей, особистісних цілей, необхідності самовиховання та постійної самоосвіти; прагнення будувати кар'єру, досягати професійного успіху; потреба у самовдосконаленні; наявність бажання продовжувати освіту; прогнозованість професійних орієнтирів. 2. Теоретичний передбачає знання сутності, напрямів, методів, етапів і технології здійснення професійного самовдосконалення; основних вимог до випускника медичного навчального закладу I – II рівнів акредитації; основних професійних функцій та компетенцій; усвідомлення значення професійної діяльності. 3. Діяльнісний, показниками якого

є: вміння організовувати навчальний і вільний час; планувати власну діяльність; послуговуватися інформаційними матеріалами для професійного самовдосконалення; використовувати інформаційні комп'ютерні технології для самоосвіти; виробляти життєві стратегії; будувати програму самовдосконалення; організовувати співпрацю з іншими, самостійну навчальну діяльність та самовиховання; долати труднощі. 4. Особистісний, що містить такі особистісні якості, як: самостійність, допитливість, наполегливість, упевненість у собі, самоорганізованість, комунікабельність, терплячість; наявність інтелектуальної працездатності, творчого потенціалу, здатності до самопримусу [213].

Дослідник І. Кузнецова у своїй науковій праці [139] пропонує визначати рівні сформованості емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів за такими основними критеріями та їх показниками: позитивна мотивація, сформованість системи знань, ступінь прояву емоцій, стиль спілкування, установка на рефлексію, що відображають суттєві характеристики явища, що вивчається.

Вивчаючи особливості формування професійних цінностей майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки, науковець К. Куренкова виокремлює такі критерії і їх показники: мотиваційний (сформованість професійно-ціннісного інтересу, потреба у засвоєнні професійних цінностей; когнітивно-діяльнісний (знання про професійні цінності медсестри, сформованість умінь і навичок дотримуватися визначених цінностей на практиці; особистісно-рефлексивний (сформованість рефлексивних умінь, особистісно-професійних якостей) [141].

Досліджуючи проблему формування готовності до професійного самовдосконалення майбутніх лікарів, науковець Л. Дудікова зазначає, що основними критеріями якості, що вивчається, є мотиваційно-ціннісний, пізнавально-інформаційний, діяльнісно-результативний. Показниками сформованості готовності майбутніх лікарів до професійного самовдосконалення за мотиваційно-ціннісним критерієм є: інтерес до професії лікаря, прагнення стати лікарем-професіоналом; сформованість потреби у професійному самовдосконаленні; усвідомлення особистісного сенсу та значущості професійного

самовдосконалення; бажання займатись самовдосконаленням, пізнавальний інтерес до особистісно-професійного зростання; розуміння свого «Я-реального» та необхідності досягнення «Я-ідеального»; сформованість ідей про важливість і необхідність професійного самовдосконалення на рівні загальних уявлень, думок, поглядів чи переконань; сформованість загальнолюдських духовно-моральних цінностей добра, гуманістичних світоглядних установок, а також норм добра та правил професійної поведінки й діяльності лікаря; усвідомлення важливості гуманістичних цінностей у власному житті та професійній діяльності.

Основними показниками сформованості готовності майбутніх лікарів до професійного самовдосконалення у дисертаційному дослідженні Л. Дудікової за пізнавально-інформаційним критерієм є: усвідомлення ступеня своєї підготовленості до професійного самовдосконалення, самопостереження й самоаналіз; чіткість уявлень про сутність, зміст, ознаки, складові, механізми, етапи професійного самовдосконалення медика; системність і глибина теоретичних знань з проблем професійного самовдосконалення; здатність осмислювати ситуації професійної діяльності багатогранно, з різних позицій, виділяючи окремі аспекти аналізу та встановлюючи між ними взаємозв'язки; самостійність у пошуку інформації про шляхи самовдосконалення лікаря; здатність до рефлексії; адекватність самооцінки своєї діяльності; активність під час обговорення різних медичних проблем, аналізу конкретних ситуацій, результатів лікарської практики.

Показниками сформованості готовності майбутніх лікарів до професійного самовдосконалення за діяльнісно-результативним критерієм дослідник Л. Дудікова вважає: вміння ставити мету й завдання професійного самовдосконалення, планувати кроки щодо їх досягнення; володіння різними методами, прийомами і технологіями самовдосконалення; уміння вибирати і використовувати доцільні засоби для пошуку й засвоєння інформації; самостійність у роботі з літературними джерелами, інтерес до вивчення передового досвіду, до наукових досягнень, до дослідницької роботи; вміння здійснювати самоконтроль, самоаналіз і самооцінку результатів діяльності з самовдосконалення; регулярність занять самоосвітою; вияв вольових якостей, зокрема, наполегливості, дисциплінованості під час виконання

навчальних завдань та досягнення цілей самовдосконалення; внутрішню незалежність від зовнішнього керівництва, необхідність лише консультативної допомоги у справі самовдосконалення [92].

У відповідності до виокремлених компонентів, дослідником І. Сірак визначено критерії і показники готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації: мотиви, цілі, інтереси, ціннісні орієнтації, ставлення до професії медичної сестри і до професійної самореалізації, наявність потреби у професійній самореалізації, установка на самоздійснення, спрямованість на досконале оволодіння фаховими знаннями й на професійну самореалізацію, усвідомлення значущості своєї діяльності та необхідності професійної самореалізації (мотиваційно-ціннісний критерій); рівень засвоєння фахових знань, самостійність мислення, емпатійність, сформованість особистісних якостей (відповідальність, вимогливість, сумлінність, рішучість, наполегливість, самовладання та ін.), позитивна професійна «Я-концепція» (когнітивно-особистісний критерій); сформованість практичних професійних умінь та навичок, творча активність, максимально повна актуалізація і реалізація фахових умінь у процесі практики, вміння творчо вирішувати професійні завдання, здатність до взаємодії (уміння та навички професійного спілкування) з пацієнтом, лікарем, іншими медичними сестрами, родичами пацієнта, самостійність у квазіпрофесійній діяльності (творчодіяльнісний критерій); здатність до самопроектування власних професійних якостей, самоорганізації, самоуправління своєю діяльністю, здатність до рефлексії, здатність до саморегуляції, вміння оцінити й коригувати результати власної професійної підготовки (рефлексивно-регулятивний критерій) [208].

Провівши комплексний аналіз наукових джерел, дослідник О. Наливайко визначила основні структурні компоненти та критерії сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів, що їм відповідають: 1) аксіологічний (ціннісно-мотиваційний критерій), показниками якого є: професійна мотивація, професійні цінності, здатність до самовдосконалення; 2) операційно-діяльнісний (когнітивно-діяльнісний критерій), показниками якого є: знання, вміння, навички; комунікативні вміння; інтелектуально-культурний розвиток; 3) професійно-

особистісний (особистісно-творчий критерій), показниками якого є: лікарська етика, здатність до емпатії, гуманне ставлення до людини [171].

Ю. Устименко, проводячи діагностику готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії, у своїй роботі визначає рівень сформованості мотиваційного критерію за такими показниками: рівень мотивації досягнення та потреби у взаємодії. Діагностика когнітивного критерію здійснювалася за допомогою середнього арифметичного значень коефіцієнту повноти засвоєння знань, коефіцієнту міцності засвоєння знань. Діагностика операційного критерію відбувалася на підставі оцінювання рівня сформованості комунікативно-мовленнєвих, інтерактивних, морально-етичних умінь. Діагностика особистісного критерію готовності майбутніх стоматологів до професійної взаємодії здійснювалася на підставі оцінювання рівня сформованості емпатійності, рефлексивності, емоційного інтелекту [228].

У дослідженні М. Рудакевич вивченню підлягали характеристики моральної свідомості й самосвідомості державних службовців, моральні якості професійної діяльності та її наслідки, етичні засади організації праці в колективі, характер службових відносин, стиль керівництва. Науковцем визначено загальні критерії: загальносоціальний – відповідність рішень, учинків, дій, службових відносин та їх наслідків нормам закону і вимогам суспільної моралі; інституційний – відповідність професійної поведінки специфічно-професійним нормам і стандартам державної служби; рівень колективу – етичні засади організації діяльності, її ефективність; відповідність службових відносин колективним та індивідуальним цінностям і нормам, стиль керівництва тощо. На індивідуальному рівні вивчалися моральне самоствердження, професійний розвиток і самореалізація державних службовців. Такий підхід до визначення критеріїв, на думку автора, дає змогу оцінити загальногуманістичне значення професійної етичної діяльності державних службовців, а також її відповідність спеціальним етичним вимогам служби [198].

А. Бичок на основі запропонованої структури професійного спілкування, проаналізованих особливостей підготовки майбутніх фахівців міжнародного бізнесу і менеджменту виокремлює такі критерії сформованості культури

професійного спілкування: мотиваційний, інтелектуальний, діяльнісний та емоційний [28].

А. Каленський, досліджуючи систему розвитку професійно-педагогічної етики майбутніх викладачів спеціальних дисциплін вищих навчальних закладів аграрної та природоохоронної галузей, виокремив такі критерії: інформаційно-знаннєвий, діяльнісно-операційний, ціннісно-мотиваційний, рефлексивний [112].

У дисертації Ю. Євтушенко «Формування деонтологічної культури лікарів у навчально – виховному процесі медичного ВНЗ» ступінь сформованості явища, що вивчається, визначався за такими критеріями:

1) когнітивний – повнота й усвідомленість знань, що відображаються у змісті когнітивного структурного компонента деонтологічної культури. Повнота знань визначалася дослідником як відношення засвоєного студентом обсягу деонтологічних знань до загального обсягу інформації, запропонованої 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);

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 і 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;

3) діяльнісний – активність і успішність (продуктивність) деонтологічної

поведінки. Активність визначалася обсягом (інтенсивністю) деонтологічної взаємодії (у загальносоціальному або професійному аспектах), рівнем ініціативи й самостійності. За даним критерієм студенти могли характеризуватися пасивністю (відсутність ініціативи, неучасть у деонтологічній взаємодії), вимушеною активністю (участь ситуативна й детермінована зовнішніми обставинами, ініціатива відсутня) або творчою активністю (внутрішньо мотивована, добровільна участь у деонтологічній діяльності, прояв ініціативи щодо організації деонтологічної взаємодії). Успішність дій визначалася за ступенем досягнення запланованих результатів формування деонтологічної культури: від невдалих дій до дій, що ведуть до повноцінного досягнення поставлених цілей [95].

Науковець Т. Спіріна визначає критерії та рівні сформованості професійної культури майбутніх соціальних педагогів, що набувається в навчально-виховному процесі вищого навчального закладу. Обґрунтовано критерії (ціннісне ставлення до педагогічної дійсності, технолого-педагогічна готовність, творча активність особистості) та показники сформованості професійної культури майбутніх соціальних педагогів (усвідомлення педагогічних знань, визнання цінностей суб'єкт-суб'єктних відносин, задоволеність педагогічною професією, розуміння й оцінка цілей і завдань педагогічної діяльності; володіння різними її видами й уміннями для вирішення аналітико-рефлексивних, конструктивно-прогностичних, організаційно-діяльнісних, оцінно-інформаційних завдань; інтелектуальна активність, педагогічна інтуїція й імпровізація, динаміка творчої активності) [214].

Характеризуючи компоненти професійно-етичної культури майбутнього лікаря, науковець А. Агаркова у своєму дисертаційному дослідженні обґрунтувала такі критерії: когнітивний, особистісний, рефлексивний, комунікативний. Їх показники дають можливість визначити рівень сформованості професійно-етичної культури майбутніх лікарів.

Показниками когнітивного критерію є: вільне володіння пізнавальними операціями; знання з етики, загальних та клінічних дисциплін, психології, основ міжособистісної комунікації. До показників особистісного критерію віднесено: вміння та навички етичних суджень; знання, вміння та навички розв'язання етичних

медичних дилем; повага до засвоєних етичних норм і соціальних вимог; відповідальність. Показниками рефлексивного критерію є: сформованість навичок, досвіду рефлексії; емоційна саморегуляція. Комунікативний критерій характеризується такими показниками: знання, вміння, навички встановлення контактів та комунікативної взаємодії з людьми (колегами, пацієнтами); сформованість позитивно-комфортного стилю спілкування [1].

Визначаючи чотири рівні сформованості компетентності фахівця з медсестринства: низький, середній, достатній, високий, дослідник З. Шарлович у своїй науковій роботі спиралась на такі критерії, підкріплені показниками: 1) мотиваційний – розуміння престижності професії медичної сестри, гарні умови роботи, можливість отримання винагороди за свою діяльність, навчальний заклад знаходиться близько до дому, батьки наполягали на навчанні саме за цим фахом; 2) ціннісний – цінність людського життя, цінність здоров'я, інтереси хворого і суспільства на першому плані і понад усе; 3) знаннєвий – міцність, якість, ширина, глибина знань з дисциплін циклів гуманітарної, соціально-економічної, природничо-наукової підготовки, циклу професійної та практичної підготовки, педагогіки, психології; 4) діяльнісний – якість, точність, правильність виконання завдань у відповідності до алгоритмів; швидкість, ступінь автоматизації; легкість, успішність переносу в ускладнені умови (ефективність навички в ускладнених умовах); 5) рефлексивний – рівень сформованості особистісних якостей, розвитку пізнавальних процесів, стійкості емоційно-вольової сфери [245].

У структурі професійної спрямованості майбутніх лікарів С. Тихолаз виокремила чотири компоненти: інформаційно-пізнавальний, спонукально-аксіологічний, афективно-регуляційний і діялісно-практичний. Відповідно до цих компонентів визначено критерії та показники сформованості професійної спрямованості майбутніх лікарів: когнітивний (сформованість образу медичної професії – обізнаність щодо змісту і умов професійної діяльності лікаря, її особливостей, суспільної значущості та вимог до особистості; знання особливостей і способів регулювання професійної діяльності медичного фахівця на основі норм медичної етики та деонтології; чіткість і адекватність уявлень про ідеал лікаря, його

професійно важливі якості; усвідомлення своєї відповідності вимогам медичної професії; усвідомлення перспектив професійного зростання); мотиваційно-ціннісний (мотивація професійного вибору, відповідність провідного мотиву вибору медичної професії, її об'єктивному змісту; мотивація навчально-професійної діяльності; прагнення до професійного самовдосконалення, набуття і розширення професійних знань і вмінь; ставлення до медичної професії як до особистісної і соціальної цінності; орієнтація на етико-деонтологічні принципи та цінності медичної діяльності, прагнення дотримуватися їх у своїй поведінці); емоційно-вольовий (інтерес і схильність до медичної діяльності; рівень розвитку емпатії, толерантності, милосердя, характер переживань під час медичної діяльності; задоволеність обраною професією, перспективами подальшого професійного зростання; наполегливість у професійній підготовці, здатність долати труднощі і перешкоди у професійному становленні; переконаність у правильному виборі медичної професії, стійкість професійних намірів і планів); поведінковий (пізнавальна активність у процесі професійної підготовки; участь у позааудиторних професійно орієнтованих заходах і видах діяльності; творче самовираження в навчально-професійній діяльності; активність і налаштованість на оволодіння професійною діяльністю під час медичної практики; активність професійного самовдосконалення (самооцінювання, самоаналіз, самоосвіта, самовиховання)) [224].

Для створення цілісного уявлення про формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки необхідно розробити критерії, які представляють всі компоненти цієї складної якості. Розглядаючи структуру професійної етики майбутніх медичних сестер як єдність компонентів, ми оцінюємо її сформованість за такими критеріями:

мотиваційно-ціннісний, що відображає наявність мотивів до дотримання норм етики професійної діяльності, спрямованість особистості на основні цінності професії – підтримку життя і здоров'я пацієнта зокрема та нації в цілому;

когнітивний, що свідчить про наявність глибоких, систематизованих знань, які забезпечують компетентність у галузі професійної етики медичного персоналу;

особистісний, що містить професійно важливі якості, які забезпечують реалізацію етичних норм і правил гуманного ставлення до пацієнтів у професійній діяльності, самоосмислення, самоактуалізацію, які базуються на стійкій мотивації саморозвитку та самовдосконалення;

діяльнісний, пов'язаний з формуванням умінь налагоджувати конструктивні стосунки на засадах дотримання норм професійної етики в професійній діяльності медичної сестри.

Вищенаведені критерії ми конкретизуємо у відповідних показниках. У педагогічній теорії та практиці є декілька варіантів синергізації понять «критерій» і «показник». У межах нашого дослідження вважаємо за доцільне дотримуватися наукової позиції вчених, які вважають зміст поняття «критерій» ширшим, ніж поняття «показник» [114]. Показники ми вважаємо структурною складовою критерію, що наповнює останній якісним і кількісним змістом, розкриваючи його особливості, роблячи доступними для спостереження, обліку й фіксування якості і властивості, які характеризують явище, що вивчається.

Зміст *мотиваційно-ціннісного критерію*, що характеризує мотивацію до дотримання етичних норм професійної діяльності, спрямованість особистості на основні ціннісні характеристики професії – життя і здоров'я, розкривається через такі *показники*:

1. Усвідомлення майбутніми медичними сестрами цінності здоров'я та життя людини. Всі етичні норми та принципи професійної діяльності медичного працівника підпорядковуються цим основним цінностям. Підтримка і збереження здоров'я людей – основна мета медицини: *valetitudo bonum optimum* (здоров'я – найвище благо). Здоров'я як цінність людського життя визначає особливості етичного аспекту виконання функцій професійної діяльності медичної сестри [141; 225].

2. Інтерес до професії є підґрунтям для подальшого формування особистості за обраним професійним вектором. Благоговіння перед життям як найбільшим даром людського буття визначає особливості ціннісно-мотиваційної сфери особистості медичного працівника, що знаходить відображення в свідомому виборі людиною

медичної професії, визначенні власної «Я-концепції» в тісному зв'язку з професійною діяльністю, присвяченою порятунку і підтримці життя [158].

3. Професійно-етична орієнтація майбутніх медичних сестер як фахівців, що належать до сфери професій з підвищеним рівнем відповідальності, повинна базуватися на високому рівні моральності, який забезпечує можливість ефективного прийняття професійних рішень, що визначаються цінностями гуманізму, поваги до прав і свобод особистості, зважаючи на її індивідуальність. Етична культура особистості є наріжним каменем медичної освіти. Професійно-етичні орієнтації є комплексом взаємопов'язаних морально-етичних установок медичної спільноти, що мають універсальні характеристики гуманістичної спрямованості, змістом яких є служіння людям. Процес формування професійно-етичних орієнтацій виступає ключовим регулювальником становлення і розвитку професійно-особистісної культури студентів медичного коледжу.

При вивченні фахових дисциплін, варто наголошувати, що медична сестра визначеного профілю може тісно співпрацювати з медиками швидкої допомоги, реанімації, відділення онкології, патологоанатомічного та інших підрозділів. При цьому необхідно вміти налаштуватися на виконання специфічних етичних норм і правил як у спілкуванні з колегами, так і з хворими.

Свої особливості має і хірургічна практика медичної сестри. Вигляд крові, нутрошів в операційному полі, важкий післяопераційний догляд «загартовують» вчорашніх студентів, але їм варто щоразу згадувати, що слово «операція» для хворого та його родичів часто сприймається як катастрофа. Тому хірургічна деонтологія покликана стабілізувати емоційний стан та зберегти психіку хворого в передопераційний, операційний та післяопераційний періоди.

Особливі вимоги у спілкуванні висуваються до медичної сестри, яка здійснює догляд за невиліковними хворими. Вона повинна з повагою ставитися до права вмираючого на гуманне ставлення і гідну смерть. При вивченні фахових дисциплін необхідно наголошувати на необхідності володіння знаннями та вміннями етичного спілкування у паліативній медицині, що дає вмираючому можливість закінчити життя з максимально досяжним фізичним, емоційним і духовним комфортом, а

його родині забезпечити психологічну підтримку [7; 122; 141; 153; 225].

4. Особистість майбутнього професіонала може вважатися зрілою, а професіоналізм сформованим лише в тому випадку, якщо в свідомості майбутньої медичної сестри реалізоване поєднання загальнокультурних і медичних цінностей у специфічному лікувальному просторі, причому рушійною силою сформованості виступає саме особистість студента-медика, налаштована на результат професійного саморозвитку. Бездоганне виконання призначення лікаря, але без урахування етичного аспекту спілкування, може нашкодити здоров'ю пацієнта. Відомі приклади, коли необережне слово або ігнорування звернення хворого призводили до хвилювання, підвищення артеріального тиску останнього, і, як наслідок, до більшої крововтрати за ходом операцій; коли неетична поведінка медиків спричиняла стан глибокої депресії або підштовхнула пацієнта на суїцидальні дії. Будь-які небажані або несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань або процедур, які призводять до порушень функцій організму, обмеження звичної діяльності, інвалідизації або навіть смерті пацієнта названі ятрогеніями. За даними ВООЗ, ятрогенії зустрічаються у 20% хворих.

Усвідомлення значущості етичних норм професійного спілкування забезпечує комплекс взаємовідносин у медичному колективі: професійних та особистих.

5. Врахування інтересів усіх суб'єктів лікувального процесу. У вітчизняній та світовій медицині завжди підкреслювалася важливість взаємодії медика з пацієнтом. Зміни у сучасній охороні здоров'я вплинули на характер і ступінь активності як одержувачів медичних послуг, так і тих, хто їх надає. Варто зазначити не лише якісні зміни цього процесу, але й кількісні. Медична сфера послуг значно розширилась за рахунок виробників ліків, менеджерів, адміністраторів, посередників медичного ринку. А оскільки така надбудова впливає на процес надання медичної допомоги, то почуття пацієнта виявляються амбівалентними: він чекає від медика допомоги, підтримки, сподіваючись на можливості медицини в його особі, і, одночасно, не довіряє йому, ставлячи в провину меркантилізм і участь у ринкових стосунках. Окремою формою захворювань є кірікастенія (від грец.

Kirykas – глашатай, проповідник) – це формування захворювань під впливом маніпуляцій та пропаганди ЗМІ. Спокійна розмова, аргументовані, професійні докази, доброзичливість як складові етичної поведінки медичної сестри дадуть змогу вивести хворого з оманливих інформаційних тенет.

Тому, на нашу думку, у процесі формування професійної етики майбутніх медичних сестер необхідно безпосередньо спиратись лише на лікувальне середовище, в якому знаходиться медик, підтримуючи побудову професійних, доброзичливих, емпатійних взаємин між усіма учасниками лікувального процесу [237].

Когнітивний критерій професійної етики майбутніх медичних сестер пов'язаний зі світоглядом студентів медичного коледжу, містить знання і переконання щодо правильності використання норм професійної етики в практичній діяльності медичного працівника. Обґрунтуємо *показники* когнітивного критерію сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер.

1. Обізнаність з етичними нормами професійного спілкування медиків.

Професіоналізм виступає основою колегіальної взаємодії у сфері медицини, оскільки професійна діяльність і є предметом співпраці між колегами-медиками. В той же час, для сучасної медицини характерне загострення конкуренції між колегами. Проте медична діяльність має на меті, перш за все, соціально значущу діяльність порятунку людських життів і підтримку здоров'я населення, тому можливість конкурентного типу поведінки у колег медиків має бути вторинною в порівнянні з відповідальністю за виконання ключового завдання і перебувати в межах професійної етики.

Медична сестра повинна вміти неупереджено аналізувати як власні помилки, так і помилки своїх колег. Незгода з їхніми думками чи діями повинна висловлюватись у колегіальному середовищі або наодинці, бути об'єктивною, аргументованою і необразливою. Варто уникати некоректних висловлювань про роботу колег у присутності пацієнтів чи їхніх близьких. Спроби завоювати собі авторитет шляхом дискредитації колег неетичні. Медичні сестри, на нинішньому етапі розвитку медицини, мають усвідомлювати відповідальність як за емоційний

стан хворого, так і за емоційну стабільність родичів пацієнта. Позитивні емоційні налаштування, підтримка родини, допоможуть найскорішому відновленню у період реабілітації в домашніх умовах. Медичне сьогодні не можна уявити без спілкування у соціальних мережах. Таким чином медичні заклади та окремі лікарі поширюють рекламу, формують свою репутацію, ведучи боротьбу за клієнта. Ми впевнені, що розробка та доведення до відома медичних працівників етичних та законодавчих правил спілкування у соціальних мережах – це справа сьогоднішнього дня. Дотримання етичного кодексу мережевого спілкування, насамперед, покликане захищати інтереси пацієнтів і, безперечно, сприяти встановленню довіри до лікарів та медичного закладу в цілому. Наприклад, оприлюднення фото моменту операції може злякати потенційного клієнта. А висвітлення роботи на новітній техніці – навпаки додає хворому впевненості у точності діагностики та успішності лікування. При вивченні фахових дисциплін варто наголошувати, що неприпустимо поширювати через мережу особисті дані пацієнта, результати обстежень. Особиста переписка з хворим не повинна містити елементів постановки діагнозу, рекомендації, схеми лікування, оскільки неможливо на відстані чітко визначитись у стані здоров'я пацієнта, і вищеперераховане може дискредитувати медика і заклад в цілому у випадку клінічних розбіжностей. [169].

2. Усвідомлення гуманізму як основного етичного принципу спрямованості особистості. Медик – більше, ніж професія, це покликання і життєва позиція, які підкріплюються на практиці альтруїзмом. Гуманізм як основний етичний принцип спрямованості особистості майбутнього фахівця у сфері медицини визначає не лише професійно якісне здійснення лікувально-профілактичних маніпуляцій, необхідних пацієнтові, але і моральну підтримку його у процесі догляду. Однією з ключових позицій усвідомленого майбутніми медичними працівниками гуманізму є не тільки професійне ставлення до проблем хворої людини, але й висока відповідальність за всі свої дії. Гуманізація медичної освіти передбачає орієнтацію майбутніх медичних сестер на загальнолюдські гуманістичні цінності і проблеми конкретної людини в системі медичної допомоги. Поглиблення спеціальної підготовки сучасного медика в час інформатизації і глобального науково-

технічного прогресу в цілому, безперечно, має об'єктивний характер, але цей процес повинен оптимально врівноважуватися культурно-гуманітарною складовою медичної освіти. Таким чином, гуманізацію медичної освіти варто розуміти як стратегічний інноваційний напрям у функціонуванні і розвитку медичних ЗВО, вектор якого спрямований на підготовку нового покоління медиків, здатних враховувати в процесі медичного обслуговування населення не лише медико-біологічні, але і соціальні, духовні детермінанти здоров'я людини; медиків, здатних підсилювати позитивний і нівелювати негативний вплив біологічних, соціальних і духовних чинників у цілях успішного лікувально-діагностичного процесу [15].

3. Знання у галузі професійного спілкування. У сучасних умовах кожен медичний працівник повинен наполегливо опановувати не лише професійні знання, але й відомості, пов'язані з можливостями підвищення ефективності спілкування з пацієнтами, їх родичами, колегами. Відомо, що спілкування між медичними працівниками повинно відбуватись державною мовою, з дотриманням правил мовленнєвого етикету. Але не варто забувати істини, винайдені лікарями минувшини: «*Medicus oratio*», – казали давні римляни, – «слово – лікар». Перевіркою правильності обраної медичною сестрою тактики спілкування є довіра хворого та повага колег. Саме знання професійних прийомів налагодження комунікативного контакту, підтримання діалогу, висловлення підтримки допоможуть вирішити нагальні проблеми кожного робочого дня медичної сестри. Оскільки на сучасному етапі здоров'я людини залежить не тільки від одного лікаря, але від команди медичних фахівців, важливими для вирішення професійних завдань є знання норм корпоративної культури, основ колегіальної взаємодії, а також знання механізмів і способів духовно-етичного і професійного саморозвитку [226].

4. Здатність розуміти мотиви та цілі партнерів зі спілкування. Під час взаємодії медичного працівника з колегами та пацієнтами виявляється розуміння мотивів і цілей партнерів зі спілкування, від правильності і глибини якого залежать як успіх колегіальної взаємодії, заснованої на цінностях професійної компетентності, відповідальності, чесності, відвертості, комунікативної компетентності, соціальної

солідарності, так і можливості співпраці з пацієнтами, спрямованої на покращення їх здоров'я. Про небезпеку хибних уявлень щодо намірів партнерів зі спілкування, що призводять до відбору неправильних технік взаємодії, зазначали лікарі давніх часів: «*Gladiiis ferit corpus, apitit oratio*» («Меч вражає тіло, а слово – душу»). Медичний працівник немає права необережним, невдало сформульованим висловлюванням погіршити стан хворого. Сутнісною характеристикою професійної взаємодії усередині колективу медичних працівників є соціальна солідарність. Цим на ціннісному рівні відрізняється медична діяльність від інших професійних практик, оскільки медицина – сфера професійної діяльності підвищеної відповідальності і соціальної значущості, гарант гуманістичних принципів устрою сучасного суспільства [185; 222; 228].

5. Гнучкість та критичність мислення у невідкладних ситуаціях та вміння прогнозувати наслідки різних способів професійної поведінки, на нашу думку, мають оцінюватись як професійні поведінкові реакції, які залежать від типу нервової системи, досвіду, сформованості знань та умінь. Для медичного коледжу проблема розвитку критичного стилю мислення у студентів вимагає особливої уваги. Критичність оцінки невідкладної ситуації вкрай необхідна на всіх ланках освітнього процесу і в майбутній професійній діяльності медичної сестри, оскільки всюди потрібний аналіз, порівняння, узагальнення і заперечення. Метою реалізації технології розвитку критичного мислення в освітньому просторі медичного ЗВО є формування в студентів власного критичного погляду на світ, розвиток здатності формулювати свою думку в процесі пошуку відповідної інформації; вмінь осмисленого і об'єктивного оцінювання якості цієї інформації; готовності до зміни своїх поглядів при виявленні фактів нових і достовірних. Прийоми розвитку критичного мислення актуалізують самостійну пошукову активність студентів, перетворюють заняття на захоплюючу професійну гру, підвищуючи мотивацію. Особливе значення мають навички критичного мислення в ситуаціях невідкладного вибору, коли студент повинен усвідомлено або інтуїтивно прийняти рішення у короткий проміжок часу. Технологія розвитку критичного мислення у невідкладних ситуаціях виступає засобом становлення суб'єктності студентів медичного коледжу

і дозволяє: орієнтувати освітній процес на особистісно-професійний розвиток майбутнього медика з врахуванням його ціннісних орієнтацій, прагнень і можливостей; збільшити долю суб'єктної творчості і вільного вибору варіантів пошуку інформації у короткий проміжок часу; розширювати кордони самовдосконалення студента шляхом набуття вмінь здійснення оцінного аналізу власної діяльності у навчальній або реальній невідкладній ситуації. Властивостями гнучкого та критичного мислення, які дозволяють усвідомлювати його як особисте досягнення студента, є: 1) рефлексивність – вміння працювати не лише з готовими знаннями, а й власновиробленими; 2) прагматичність – уміння застосовувати отриманні знання на практиці; 3) суб'єктність – знання мають бути власноруч вбудовані у систему знань. Якщо критичне мислення у процесі фахової підготовки сформовано якісно, медична сестра: 1) професійно доцільно формує особисту позицію, використовуючи суб'єктивні та об'єктивні дані; 2) збирає інформацію, аналізує її повноту і достовірність; 3) з'ясовує причини і умови виникнення проблеми; 4) узагальнює своє бачення проблеми; 5) швидко визначає шляхи подолання проблеми; 6) усвідомлює як наслідки ненадання допомоги, так і результати лікувальних дій [130; 165].

Особистісний критерій професійної етики характеризує рівень сформованості у медичних сестер професійно важливих якостей та здібностей, що забезпечують ефективне професійне спілкування. Його *показниками* виступають:

1. Здатність до самоаналізу. Самоаналіз і володіння його технікою дозволяють медичному персоналу випереджати та усувати помилки і прорахунки в практичній діяльності, що стимулює розвиток збалансованих стосунків між усіма учасниками лікувального процесу. Завдяки осмисленню власних професійних дій, слів, відчуттів і стосунків, розкладанню їх на взаємопов'язані елементи з метою визначення «слабких» місць, медичний працівник може коригувати способи реалізації професійних функцій. Володіння самоаналізом забезпечує упорядкування професійної поведінки майбутніх медичних сестер, оскільки спирається на адекватну оцінку власних дій, професійних рішень колег, почуттів і способів реагування пацієнтів. Головною перевагою і водночас метою використання вмінь

самоаналізу є самопізнання, без урахування результатів якого не можливі ані морально-етичне становлення особистості майбутнього фахівця, ані професійне зростання, ані пізнавальна діяльність у будь-яких формах [211; 244].

2. Здатність самовдосконалюватися. Однією з ключових особистісно-професійних цінностей ми вважаємо здатність майбутніх медичних сестер до самовдосконалення і, як наслідок, саморозвитку. Зважаючи на залежність розвитку медицини та медичної науки від багатьох факторів, медична етика повинна бути гнучкою та сприятливою для змін та коригування. Науково технічний прогрес вимагає від медиків постійно підтримувати рівень знань та умінь шляхом стажування, навчання. Без самоосвіти, самовдосконалення неможливо бути готовими до викликів часу. Так, в одній з клінік міста Вінниця запустили в роботу сучасне, унікальне для України лапароскопічне обладнання – операційного робота-хірурга Da Vinci. Звичайно, і керування робототехнікою, і особливості перед- та післяопераційного періоду потребували самовдосконалення медичного персоналу. На сьогоднішній день Інтернет-ресурси є необхідним чинником навчання і самовдосконалення лікарів. У мережі у відкритому доступі є велика кількість фото та відео матеріалів, статей, навчальних курсів, програм з тестування рівня знань. Доступ до цих ресурсів мають і пацієнти, тому для завоювання довіри та авторитету медична сестра має бути обізнаною з прогресивними методиками діагностики і лікування, новітніми лікарськими засобами та предметами догляду і реабілітації. Яскравий приклад самовдосконалення – підвищення фахової компетентності медиків під час роботи наукових конференцій, семінарів, завдяки активній участі в диспутах, засіданнях фахових рад, медичних спільнот, на яких лікарі будь-якого рангу вдосконалюють свої фахові знання, що йдуть пліч-о-пліч з розвитком етичної складової медичного персоналу [81; 92; 213].

3. Відповідальність за виконання професійних завдань. Серед особистісних якостей сучасних компетентних фахівців найчастіше згадується така універсальна, професійно важлива якість, як відповідальність. Саме ця вольова якість характеризує спрямованість особистості майбутньої медичної сестри на якісне виконання професійних обов'язків, обумовлює високу результативність

професійної діяльності медичного персоналу. Відповідальність за якість виконання професійних дій у діяльності медичної сестри набуває особливого сенсу. Це пов'язано з тим, що жодна професія не має такого близького, конкретного, реального зіткнення з найважливішими і сокровеннішими феноменами для будь-якої людини, – з життям і смертю. Медик несе відповідальність не лише перед окремим хворим, його рідними, але і перед суспільством у цілому. Тому медичний працівник не має права бути безвідповідальним. З поняттям відповідальності тісно пов'язане розуміння обов'язку – центральної категорії медичної етики, що визначає як фаховий, так й етичний аспекти професійної діяльності [168; 236].

4. Адекватна самооцінка, впевненість у собі. Ці поняття, на нашу думку, тісно пов'язані зі здатністю до самоаналізу, виступаючи базисом усіх досягнень і успіхів у житті людини. Майбутні медики мають ретельно працювати над власною самооцінкою: чим реальнішою вона буде, тим більш високими будуть результати і досягнення. Впевненість у собі базується на міцних знаннях, бездоганних вміннях, повазі від колег та пацієнтів. За таких умов: власної необхідності, атмосфери вдячності, медична сестра ніколи не стикнеться з проблемою емоційного вигорання. Наслідок високої самооцінки – це впевненість у собі. Завдяки впевненості в собі виробляються такі якості, необхідні сучасному медичному працівникові, як сміливість, наполегливість, завзятість, сила волі, що покликані забезпечити прийняття майбутніми медичними сестрами правильних стратегічних і тактичних рішень у критичних, нестандартних ситуаціях у професійній діяльності медиків. У процесі професійної підготовки викладачам варто відокремити самооцінку молодшої людини у соціумі, яка часто базується на вподобанні іншими фотографій, дописів у соціальних мережах, і самооцінку як результат виконання професійних функцій [193; 223].

5. Розуміння власної ролі в лікувально-діагностичному процесі як здатність об'єктивно оцінювати результати професійної діяльності базується на попередньо висвітлених показниках: самооцінці, здатності аналізувати і узагальнювати результати власної діяльності. З розвитком медичної науки і техніки постійно зростає роль медичної сестри, значення її діяльності. Для догляду за хворим

медсестра повинна володіти все більш складними медичними і технічними знаннями і навичками. В той же час завдання, покладені на медсестру, її діяльність надзвичайно багатогранні: це ведення документації, виконання призначень лікаря, спілкування з хворим, його родичами, гігієнічні та профілактичні заходи. Варто підкреслити важливість однакового оцінювання і з боку медичної сестри, й інших учасників лікувального процесу її ролі, що буде ознакою гармонійного колективу і запобігатиме маніпуляціям з обох сторін [125; 180].

6. Цілеспрямованість та ініціативність – це ті чесноти у характері майбутньої медичної сестри, що засновані на впевненості у собі, в своїх знаннях та вміннях, підкріплені високою оцінкою колег, подяками від пацієнтів. Ці якості цінуються у фахівцеві керівництвом лікувально-профілактичних закладів. На нашу думку, цілеспрямованість завжди йде поруч з адекватною самооцінкою, впевненістю в собі, вміннями розраховувати власні сили і засоби для досягнення цілі. Ініціативність корелює з такими поняттями, як розуміння власної ролі у лікувальному процесі, професійна компетентність, відповідальність за результати своєї праці, гнучкість та критичність мислення, здатність до самоаналізу [58; 141].

7. Дисциплінованість – важливий показник професійного вишколу середнього медичного персоналу. Дисципліна, за твердженням тлумачного словника, – це твердо встановлений порядок, дотримання якого є обов'язковим для всіх членів даного колективу [221, с. 58]. Від дотримання медичною сестрою дисциплінарних норм залежить життя та здоров'я людей, особливо у критичних ситуаціях. Дисциплінована медична сестра чітким дотриманням регламенту робочого дня вселяє впевненість у пацієнтів: все, що стосується виконання призначень лікаря, буде виконано бездоганно. Дисципліна у діяльності середнього медичного працівника – це, перш за все, виключення або зведення нанівець так званого «людського фактора». «Порядок переважає клас» – кажуть пунктуальні німці. Тому вкрай важливо дотримуватися часових регламентів: початок та термін виконання процедур, вчасні введення лікарських препаратів, вчасна підготовка хворого до операції, досекундна підготовка рук до оперативного втручання, терміни передстерилізаційної обробки та стерилізації, виконання графіків приходу на

роботу, знезараження повітря, заміни маски. Не меншу вагу має чіткість та своєчасність заповнення медичної документації, її збереження, вчасність передачі чергувань, доповіді старшій сестрі відділення та лікареві, дисципліна поводження з сильнодіючими та наркотичними препаратами, дисципліна у носінні медичної форми. У процесі підготовки медичних сестер важливо наголошувати, що дотримання дисциплінарних вимог – це істина, яка прописана кров'ю крізь всі покоління медиків [203; 206].

8. Доброзичливість, дбайливість. Ці професійно важливі якості стоять в одному ряду з чеснотами, з якими завжди асоціюється образ медичного працівника, – з відданістю своїй справі, чесністю, правдивістю, загостреним сприйняттям людської біди, жертовністю, емпатією. Цей перелік елементарних вимог та вмінь, звичайно, далеко не повний, але у ситуації, коли медик несе особисту відповідальність за результати своєї професійної діяльності, її якість, ефективність, прояв фахівцем доброзичливості, дбайливості до конкретної людини, до її найближчого оточення вкрай важливий. Ці чесноти не можуть повністю регламентуватися посадовими інструкціями, професіограмами та іншими документами, що регулюють виконання службових обов'язків. Іноді проста посмішка або сердечне побажання здоров'я нададуть більшого стимулу до одужання, ніж високе консультативне заключення або вартісне обстеження. Дбайливість виконання призначення медичною сестрою оцінюється як пацієнтом, так і лікарем, а контролюється, в основному, совістю [139].

9. Справедливість, неупередженість, безкорисливість, поєднанні з доброзичливістю, терпінням і ввічливістю, – ось основні елементи доброго стилю роботи, в них і знаходить відображення дбайливість, увага і любов медсестри до хворих. Особистість медсестри, методи її роботи, її стиль професійного спілкування, вміння поводитися з хворими, володіння основними психологічними і психотерапевтичними навичками – кожна з цих складових професіоналізму майбутньої медичної сестри вже сама по собі може мати зціляючий вплив [58].

10. Толерантність. Повага до особистості пацієнта заснована на визнанні медичним працівником його власної гідності, а також пов'язана безпосередньо з

визнанням прав і свобод особистості й прийняттям людини такою, якою вона є, або якою себе позиціонує відповідно до Я-концепції. Ця ціннісна установка визначає специфіку комунікації медичної сестри і пацієнта, толерантне ставлення до нього. Кожна людина має індивідуальний характер, володіє унікальним життєвим досвідом, для неї характерні різні умови виникнення і розвитку хвороби, проте в стані фізичного страждання кожен пацієнт має право на кваліфіковану допомогу і догляд. Тому медичний працівник зобов'язаний приймати людей такими, які вони є, тобто бути толерантним до особистісних і поведінкових особливостей пацієнта. З іншого боку, медик вирішує численні проблеми, постійно знаходиться у стані стресу, переживає разом з пацієнтом його біль, що об'єктивно призводить до професійного «вигорання», зниження порогу емоційної сприйнятливості. У цьому випадку поєднання толерантності з самоаналізом, рефлексією власного стану стануть запорукою подолання ослаблення емпатії, розвитку цинізму і байдужості [66; 97; 148].

11. Емпатія. Емпатія співвідноситься з такими відчуттями, як співчуття, співпереживання, проте емпатія як здатність відрізняється від співчуття і співпереживання якістю усвідомленості. Можна сказати, що емпатія – це усвідомлене співчуття, отже, емпатія може бути сформована, розвинена у людини, а також може контролюватися людиною. Саме усвідомлений характер емпатії дозволяє медичному працівникові здійснювати професійну діяльність кваліфіковано, зважено і відповідально, на основі дотримання рівноваги між суб'єктивністю співчуття і об'єктивністю необхідності медичних процедур.

Все з вищеперерахованого може бути об'єднано у поняття милосердя. Рідко, на наш погляд, використовуване в останні десятиліття, поняття милосердя містить не лише емпатійні вміння медика, а й професійно сформовані відчуття та розуміння стану людини, яка потребує допомоги. «Милосердна поведінка», «милосердний учинок» – це мірило оцінки професійної поведінки медичної сестри, її професіоналізму [139; 249].

Діяльнісний критерій професійної етики відображає ступінь сформованості вмінь налагоджувати конструктивні стосунки на засадах дотримання норм фахової

етики в професійній практиці медичної сестри. На професійній мові медиків це називається «контакт з хворим». Від його якості залежить обсяг інформації, яку має отримати медичний працівник для розуміння стану хворого. Розглянемо *показники* діяльнісного критерію сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер.

1. Вміння прогнозувати і коригувати відносини, що складаються у професійній практиці медичної сестри. Виконання медичною сестрою професійних обов'язків супроводжується постійними контактами «по горизонталі», «по вертикалі», з пацієнтом та його родичами. Медичний працівник у будь-якому випадку невідповідних відносин не повинен замикатися в собі або гуртувати навколо себе «співчуваючих», протиставляючи членів колективу. Професійна етика обумовлює необхідність колегіального обговорення проблем, що виникають у професійній діяльності. Якщо під час маніпуляцій медичний працівник стикається з непередбаченою ситуацією, він повинен радитися, а при необхідності – просити участі колеги в подальшому ході втручання. Визнається, що ефективність лікарської діяльності можлива лише в межах корпоративної організації діяльності, що передбачає вміння прогнозувати і коригувати відносини, які складаються у професійній практиці медичної сестри [122].

2. Вміння конструктивно вирішувати професійні конфлікти. Колектив сучасної лікарської установи має становити єдиний організм, що виконує заходи зі збереження здоров'я та життя хворих. Конфлікт як непорозуміння в стосунках може дестабілізувати роботу всього колективу у випадку окремих неконструктивних дій. Важливими передумовами попередження і вирішення конфліктів, що виникають у професійній діяльності, є професійний такт та дотримання етики ділового спілкування. Майбутні медичні сестри ще під час навчання у медичному коледжі мають ознайомитися з тактиками поведінки в конфліктних ситуаціях, готувати себе до створення сприятливої атмосфери у професійному середовищі за допомогою продуктивних стилів взаємодії. Вміння майбутніх медичних сестер конструктивно вирішувати конфлікти, що виникають під час виконання професійних обов'язків, залежать від опанування прийомами

вербальної і невербальної комунікації, оволодіння прийомами прямого і непрямого впливу на партнера зі спілкування [136].

3. Вміння налагоджувати конструктивні міжособистісні стосунки та вміння відстоювати власну позицію, не погіршуючи стосунків з колегами. Одним з найважливіших факторів, що не тільки впливає на згуртованість співробітників, але й забезпечує ефективність та результативність діяльності колективу лікарської установи, є взаєморозуміння між його членами. Розвиток уміння налагоджувати конструктивні міжособистісні стосунки у професійній спільноті залежить від ступеня довіри і поваги фахівців один до одного [71]. Кожен член колективу медичної установи повинен мати можливість виявляти ініціативу і, якщо потрібно, відстоювати прогресивні надбання своєї діяльності. Але, якими б не були власні амбіції або суперечки всередині колективу, істина повинна слугувати медичній науці та пацієнтові. І саме вміння налагоджувати конструктивні міжособистісні стосунки та вміння відстоювати власну позицію, не погіршуючи стосунків з колегами, дозволять налагодити комунікативну взаємодію між всіма суб'єктами лікувального процесу.

4. Володіння прийомами вербального та невербального спілкування має особливе значення в діяльності медичного працівника. Адже психологічні дослідження свідчать, що дев'яносто відсотків інформації людина отримує, аналізуючи вираз обличчя партнера зі спілкування та особливості інтонаційного малюнку мовлення. Обличчя медичного працівника повинно виражати впевненість, схвалення, стурбованість, радість, інтерес, вдумливість, тобто відображати широкий діапазон емоцій, що свідчить про моральну силу особистості. Водночас культура мовлення, якою має володіти медик, забезпечить результативність таких професійних дій: постановка питань для визначення анамнезу, чіткий і дохідливий виклад думок щодо діагнозу і алгоритму лікувальних процедур. Зауважимо, що в медичній практиці особливо важливо, перш за все правильно думати, щоб потім добре говорити. Майбутні медичні сестри, оволодіваючи комунікативними прийомами (завжди уважно вислуховувати пацієнта; поставивши питання, обов'язково дочекатися відповіді; викладати свої думки просто, ясно, дохідливо; не

зловживати науковими термінами; поважати співрозмовника, не допускаючи зневажливих міміки і жестів; не перебивати пацієнта; заохочувати прагнення ставити питання, відповідаючи на них; демонструвати вербально і невербально зацікавленість у думці пацієнта; відображати у мовленні терплячість і терпимість), піднімаються на сходинку професіоналізму.

5. Рефлексивні вміння, що є невід'ємною складовою діяльності сучасного фахівця, виявляються як уміння суб'єкта визначати, аналізувати власні дії і співвідносити їх з ситуацією, що склалася. Майбутні медичні сестри, оволодіваючи культурою рефлексії, набувають сукупності вмінь, що сприяють творчому осмисленню, оцінці, подоланню проблемно-конфліктних ситуацій у системах «медична сестра – пацієнт», «медична сестра – колектив». Рефлексія лежить в основі освоєння комунікативних, організаторських, проєктивних умінь; є компонентом при вирішенні стратегічних, тактичних і оперативних завдань; сприяє адекватній зміні соціальних ролей залежно від ситуації соціальної взаємодії; передбачає знаходження найбільш ефективних варіантів виходу з нормативних і ненормативних професійних криз; дозволяє подолати негативний вплив стереотипів у діяльності медичного працівника [96].

6. Вміння створювати емоційно-комфортні умови для колективної діяльності. В основі діяльності середнього медичного працівника має бути позитивне емоційне ставлення до себе, пацієнтів, взагалі своєї праці. Саме позитивні емоції активізують, надихають медика, додають йому впевненості, позитивно впливають на стосунки з пацієнтами, колегами по роботі. А негативні емоції, навпаки, гальмують активність, дезорганізують поведінку і діяльність, викликають тривожність і страх у пацієнта. Уміння створювати емоційно-комфортні умови для своєї роботи та членів колективу рідко буває природженою рисою, скоріше, це наслідок самовдосконалення. Це вміння необхідно розвивати в собі, елементи спілкування потрібно узгоджувати з колегами в процесі роботи. Всім відомо, що взаємини між членами медичної команди будуються на принципах колегіальності. Чесність, справедливість, порядність, доброзичливість, готовність прийти на допомогу, поділитися досвідом – ось етичні складові командної роботи медичного персоналу

структурного підрозділу або закладу в цілому. Медичні сестри повинні усвідомлювати, що створення комфортних умов роботи – це, перш за все, прояв емпатійної культури як до колег, так і до хворого та його оточення. Лише відкинувши власні проблеми, негаразди, проникнувшись проблемністю ситуації, можна вселити віру в пацієнта, додати наснаги колегам, відчувати силу професійної спільноти. Таким чином загартовується медичний характер кожного працівника та згуртовується трудовий колектив у цілому [169].

7. Вміння саморегуляції. Проблема набуття вмінь саморегуляції майбутніми фахівцями інтенсивно вивчається на різних рівнях: психофізіологічному, індивідуально-психологічному і педагогічному. В межах дослідження під саморегуляцією ми будемо розуміти усвідомлену поведінкову реакцію студента, спрямовану на побудову дій і поведінки, що відповідають навчальним завданням, етапам особистісного розвитку і професійного становлення [51].

Розвиток професійної саморегуляції передбачає: свідоме підпорядкування вчинків етичним і професійним вимогам; належне володіння собою, своїми емоціями, відчуттями, прагненнями; корекцію нештатних ситуацій у навчально-виховному процесі та подальшій професійній діяльності; усвідомлення своїх спонук і адекватне самопізнання в цілому, що передбачає адекватну самооцінку рівня своїх знань, умінь, навичок, здібностей, досягнень особистісного розвитку, суб'єктного і професійного становлення; здійснення завдань професійного, особистісного і суб'єктного самовдосконалення на основі самопізнання.

Головними засобами саморегуляції студентом своєї навчально-професійної діяльності є воля, мотивація, рефлексивність, інтелект, а також особистісні характеристики, що спрямовані на становлення суб'єктності: самостійність, активність, вибірковість. Зазначимо, що для професійної діяльності медичних сестер особливе значення мають різноманітні навички саморегуляції: вольові, емоційні, когнітивні.

У контексті формування професійної етики майбутніх медичних сестер важливими є такі конструкти, як індивідуальний стиль саморегуляції, регуляція емоцій і поведінковий контроль. Формування індивідуального стилю саморегуляції

у процесі професійної підготовки визначається типологічними особливостями особистості, що створюють основу для переважаючої функціональної активності певних регуляторних ланок. Така усвідомлена саморегуляція сприяє виробленню гармонійної поведінки, з розвитком на її основі вміння керувати собою згідно поставленої мети, відповідно до вимог життя, професійних або навчальних завдань. Регуляція емоцій є комплексом психічних процесів, які підсилюють, ослабляють або утримують на одному рівні інтенсивність емоційних реакцій людини. Поведінковий контроль спрямований на подолання важкої, стресової ситуації, коли вимоги професійного або навчального середовища сприймаються індивідом як такі, що вимагають залучення додаткових внутрішніх ресурсів, оскільки загрожують психологічному благополуччю. Так звана копінг-поведінка здійснюється на основі оцінки людиною міри загрози, що сприймається, властивостей стресора і власних ресурсів, що дозволяють його подолати [213].

До чинників, що сприяють підвищенню саморегуляції, належать: мотивація досягнення успіху, низька особистісна тривожність, висока самооцінка, висока міра свідомості життя, що передбачає наявність ідеалів, цінностей і усвідомлених мотивів, якими керується медична сестра у своїй поведінці. Навпаки, до чинників, що знижують рівень саморегуляції, відносяться: підвищена особистісна тривожність, акцентуація характеру, низька самооцінка, переважання мотиву уникнення невдачі, невтручання, низька міра життєвої свідомості з відсутністю усвідомлених цілей, ідеалів, сенсів. Водночас можна констатувати, що типологічні особливості темпераменту і акцентуації характеру студентів медичного коледжу обумовлюють різну міру розвиненості окремих функціональних ланок у системі саморегуляції, визначаючи тим самим індивідуальний стиль саморегуляції активності. Опанування студентами оптимального стилю саморегуляції може визначити подальші перспективи їх професійного зростання і особистісного розвитку.

У даному параграфі нами представлена система критеріїв оцінки рівня сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер, що виявляється в конкретних, обґрунтованих показниках. Названі критерії та відповідні їм показники

у взаємозв'язках і взаємодоповненні дозволяють об'єктивно оцінювати рівень професійної етики майбутніх медичних сестер, відображають її відповідність практичній професійній лікувально-профілактичній діяльності. Визначені критерії та показники призначені для отримання повної і об'єктивної інформації про особливості професійно-етичної підготовки майбутніх медичних сестер, виявлення її суттєвих ознак з метою подальшого планування експериментального етапу дисертаційного дослідження.

2.2. Характеристика сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер

Завдання констатувального етапу дослідження полягало у виявленні й оцінюванні вихідного стану сформованості професійної етики у студентів медичного коледжу. Для цього нами було використано комплекс діагностичних методик (спостереження, анкетування, бесіди, тестування, метод експертних оцінок), які дали змогу визначити рівень сформованості компонентів професійної етики майбутніх медичних сестер відповідно до визначених раніше критеріїв і показників.

Констатувальний етап дослідження проводився на базі Вінницького медичного коледжу імені акад. Д. К. Заболотного, Могилів-Подільського медичного коледжу, Погребищенського медичного коледжу, Гайсинського медичного коледжу, Бершадського медичного коледжу. Всього у ньому взяли участь 468 студентів і 54 викладачі фахових дисциплін.

В основу констатувального етапу дослідження покладено положення системного підходу, згідно з якими вивчення сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер слід проводити на основі принципів цілісності, структурності, ієрархічності та динамічності. З цією метою під час дослідження нами використовувалися різні види аналізу: структурний аналіз дав змогу визначити компоненти професійної етики, виокремити їх елементи та з'ясувати якісні характеристики; рівневий аналіз спрямовувався на вивчення особливостей становлення професійної етики студентів на різних етапах підготовки;

порівняльний аналіз дав змогу з'ясувати зміст і особливості компонентів професійної етики студентів з різними рівнями її сформованості.

Відповідно до раніше визначених компонентів і критеріїв сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер (когнітивний, мотиваційно-ціннісний, особистісний, діяльнісний), констатувальний етап дослідження складався з чотирьох підетапів. Кожен підетап спрямовувався на визначення рівня сформованості професійної етики студентів за відповідним критерієм.

Перший підетап констатувального дослідження передбачав діагностику сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за когнітивним критерієм, що стосується знань основ медичної деонтології, етичних принципів діяльності та професійного спілкування медичної сестри. З цією метою нами був розроблений тест з основ медичної деонтології, який складався із завдань закритого типу, що передбачали вибір правильної відповіді із запропонованих варіантів (додаток А). Наприклад:

Головним етичним принципом діяльності медичної сестри є: а) не зашкодь, б) чесність, в) порядність, г) милосердя.

Нерозголошення відомостей про пацієнта – це: а) емпатія, б) медична таємниця, в) соррогенія, г) ергогенія.

Проблема сучасної біомедичної етики: а) репродуктивні технології, б) мораль і моральність, в) поняття про належне в медицині, г) медична таємниця.

Етичні цінності медичної сестри: а) здоров'я і здорове довкілля, б) милосердя і співчуття, в) відданість і правдивість, г) знання і уміння.

Пацієнт у сестринській справі – це людина, яка потребує: а) реабілітації, б) лікування, в) догляду, г) профілактики.

За кожну правильну відповідь студентам нараховувався 1 бал.

Рівень обізнаності студентів з етичними принципами діяльності та спілкування медичної сестри визначався за формулою: $K_{\text{ок}} = \frac{n}{m}$, де:

$K_{\text{к}}$ – коефіцієнт деонтологічної компетентності студента;

n – набрана студентом сума балів;

m – максимально можлива сума балів.

Відповідно до рекомендацій В. Беспалька [21], коефіцієнт засвоєння знань у проміжку від 1 до 0,75 кваліфікувався як свідчення високого рівня сформованості професійної етики за когнітивним критерієм; від 0,74 до 0,26 – середнього, від 0,25 до 0 – низького.

Рівні обізнаності студентів з етичними принципами діяльності та спілкування медичної сестри представлені на діаграмі (рис. 2.1).

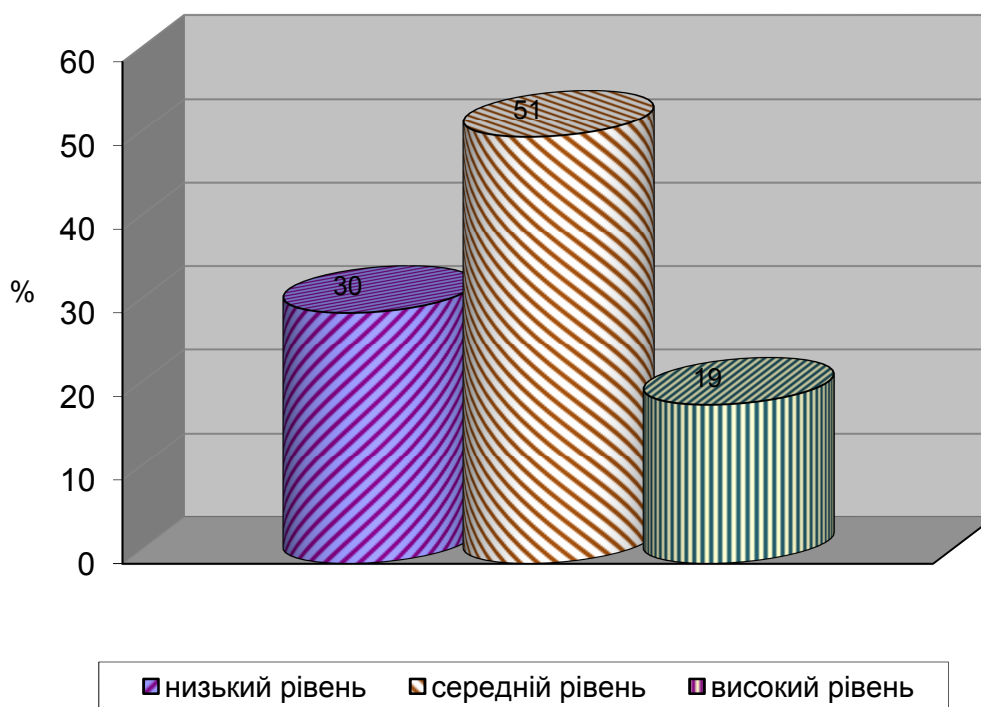


Рис. 2.1. Рівні обізнаності студентів з етичними принципами діяльності та спілкування медичної сестри (у %)

Аналіз отриманих даних свідчить, що високий рівень засвоєння знань з основ медичної деонтології властивий для 19% майбутніх медичних сестер, середній – для 52%, низький – для 30%. Отже, більшість студентів характеризується середнім рівнем обізнаності з основами медичної деонтології, етичними нормами і принципами діяльності медичної сестри. Звертає на себе увагу доволі високий відсоток студентів (28%), яким притаманний низький рівень сформованості професійної етики за когнітивним критерієм. Такі студенти поверхово розуміють сутність принципів медичної деонтології, етичних норм професійної діяльності та

спілкування медичної сестри, моральних основ сестринської справи. Вони відчують труднощі з трактуванням змісту основних понять медичної деонтології, етичних правил професійної діяльності медичної сестри, поверхово розуміють сутність гуманізму як базового етичного принципу сестринської справи.

Когнітивний аспект професійної етики майбутніх медичних сестер оцінювався нами також за допомогою методів анкетування та інтерв'ювання. На основі теоретичного аналізу були розроблені дві анкети, що відображають сутнісні характеристики гуманного ставлення до людини (Додаток Б).

Аналіз отриманих відповідей дав змогу виявити такі результати. Відповідаючи на питання «Як ви розумієте сутність гуманного ставлення до людини?», 29 % студентів вказали на такі характеристики, як розуміння людини, толерантне ставлення до її недоліків, однаково позитивне ставлення до людей незалежно від їх віку, статі, матеріального становища, дотримання прав людини. 35 % майбутніх медичних сестер, розкриваючи сутність гуманного ставлення до людини, вживають категорії, які мають емоційну модальність: любов до людей, співчуття, жалість, доброзичливість, сердечність, чуйність, прихильність тощо. Для 36 % студентів гуманне ставлення до людини означає передусім певні дії, спрямовані на допомогу і підтримку: безкорислива допомога людям, бажання і вміння надати людині фізичну і моральну підтримку; прояв ввічливості, уваги, турботи, терпіння і поваги до людей; дотримання принципу «не зашкодь».

Відповідаючи на питання «Якими необхідними якостями повинна володіти медична сестра?», респонденти вказали на більш, ніж 50 якостей. Основною якістю медичної сестри, на думку студентів, має бути доброта (52%). Друге місце відводиться професійній компетентності і толерантності (28%). На третьому місці студенти ставлять гуманність (22%), на четвертому – любов до своєї роботи (19%). На важливі морально-етичні якості, необхідні медичній сестрі для прояву гуманного ставлення до людини, вказали лише деякі студенти: співчуття (20%), стриманість (19%), відповідальність (17%), чесність (14%), уважність (12%), тактовність (10%), безкорисливість (8%).

Аналіз відповідей на питання «Що вам не подобається в сучасних медичних

сестрах?» засвідчив, що життєвий досвід студентів дає їм змогу робити висновки про негативні якості сучасних медичних працівників. В етико-деонтологічному аспекті найбільше обурення студентів (30%) викликає неуважність, безтактність медичних сестер. Також студентки вказали на меркантильність, готовність добре виконувати роботу за гроші (26%). На думку 20% студентів, для сучасних медсестер характерне байдуже ставлення до хворих. Ці результати вказують на напрям, за яким повинна здійснюватися виховна робота в медичному коледжі, на ті якості, формуванню яких слід приділяти особливу увагу.

З метою виявлення ставлення майбутніх медичних сестер до хворих були проведені мініінтерв'ю, які засвідчили, що віддавати свій час і сили служінню людям готові тільки 58% студентів; евтаназію підтримують 52%; безхатченки викликають співчуття лише у 36% майбутніх медичних сестер. 68% студентів вважають допустимими медичні експерименти на людях, 36% погоджуються, що приватний лікар може відмовитися від екстреної допомоги без оплати його послуг. Як бачимо, уявлення студентів про гуманне ставлення до людини, зокрема, до хворого, лише частково відображають сутність цього феномену.

На питання чи потрібне застосування принципів етики і деонтології в діяльності медичної сестри 68 % студентів відповіли – так, 30 % зазначили, що це можливо але дуже важко і 2 % респондентів відповіли – ні. Перераховуючи причини, які ускладнюють реалізацію принципів етики і деонтології у діяльності медичної сестри, студенти зазвичай вказували на декілька чинників, основними серед яких є особистісні (46 %) і матеріальні (67 %). 20 % студентів вказали на кваліфікаційні чинники. Провідним чинником, який може сприяти реалізації принципів етики і деонтології в діяльності медичних сестер, на думку респондентів, є матеріальне стимулювання. Також важливе значення студенти надають особистісним чинникам (38 %) і кваліфікаційним характеристикам (22 %). На питання, до яких можливих результатів приведе реалізація принципів етики і деонтології в діяльності медичних сестер, 92 % учасників опитування відповіли – позитивних. Це свідчить про те, що майбутні медичні сестри добре усвідомлюють

важливе значення професійної етики і готові до оволодіння принципами медичної етики та деонтології у процесі професійної підготовки в медичному коледжі.

З метою комплексної оцінки сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за когнітивним критерієм нами застосовувався також метод експертних оцінок. У ролі експертів виступили п'ять попередньо підготовлених осіб, які безпосередньо взаємодіяли з студентами і спостерігали за особливостями їх особистісно-професійного становлення (викладачі, куратори груп). Експертам пропонувалося оцінити рівень сформованості професійної етики у студентів за такими показниками: 1) обізнаність з етичними нормами професійного спілкування медиків; 2) усвідомлення гуманізму як основного етичного принципу спрямованості особистості медичного працівника; 3) знання у галузі професійного спілкування; 4) уявлення про професійно важливі якості медичної сестри; 5) розуміння значущості гуманістичної спрямованості у професійній етиці медичної сестри; 6) гнучкість і критичність мислення у невідкладних медичних ситуаціях; 7) вміння прогнозувати наслідки різних способів професійної поведінки.

Експертам пропонувалося оцінити ступінь вираженості вказаних показників у кожного студента за 5-бальною порядковою шкалою:

показник максимально виражений – 5 балів;

показник виражений вище середнього рівня – 4 бали;

показник виражений на середньому рівні – 3 бали;

показник виражений нижче середнього рівня – 2 бали;

показник виражений на мінімальному рівні – 1 бал.

Рівень сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за когнітивним критерієм визначався за допомогою формули: $K_k = \frac{n}{m}$, де:

K_k – коефіцієнт сформованості професійної етики за когнітивним критерієм;

n – сума експертних оцінок студента;

m – максимально можлива сума балів (35).

Визначаючи рівень сформованості професійної етики студентів за когнітивним критерієм, ми керувалися рекомендаціями В. Беспалька, згідно з

якими коефіцієнт у проміжку від 1 до 0,75 трактувався як свідчення високого рівня сформованості зазначеної якості; від 0,74 до 0,26 – середнього, від 0,25 до 0 – низького [21].

Під час використання методу експертних оцінок важливо враховувати міру узгодженості думок експертів. З цією метою ми використовували коефіцієнт конкордації Кендала, який обчислювався за формулою $W = \frac{12S}{m^2(n^3-n)}$ [212, с. 128],

де S – сума квадратів відхилень експертних оцінок студентів від середнього значення експертних оцінок по всій виборці;

m – кількість експертів;

n – кількість об'єктів експертизи (студентів).

Значення коефіцієнта конкордації може перебувати в діапазоні від 0 до 1. Якщо $W=0$, вважається, що думки експертів не узгоджені. Якщо $W=1$, то оцінки експертів повністю узгоджені. Зазвичай вважається, що узгодженість є цілком достатньою, якщо $W \geq 0,5$.

Підставивши у формулу наші дані, ми отримали:

$$W = \frac{12 \cdot 105364838}{5^2(426^3 - 426)} = \frac{1264378056}{25 \cdot 77308350} = \frac{1264378056}{1932708750} = 0,6542.$$

Отриманий коефіцієнт свідчить про достатньо високий рівень узгодженості експертних оцінок і дає підстави довіряти отриманим даним.

Результати експертного оцінювання сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за когнітивним критерієм представлені на діаграмі (рис. 2.2). Аналіз отриманих даних свідчить, що для більшості студентів характерний середній рівень сформованості професійної етики за когнітивним критерієм (52%). Такі студенти демонструють обізнаність з основними особливостями професійного спілкування та етичними нормами професійної діяльності медичної сестри, однак відчують утруднення під час реалізації засвоєних знань на практиці. На думку експертів, їм властива також недостатня гнучкість та критичність мислення у складних професійних ситуаціях і недостатня спроможність передбачати позитивні і негативні наслідки різних способів професійної поведінки.



Рис. 2.2. Результати експертного оцінювання сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за когнітивним критерієм (у %)

Високий рівень сформованості професійної етики за когнітивним критерієм властивий лише для 21% студентів, які брали участь у дослідженні. Звертає на себе увагу доволі високий відсоток студентів з низьким рівнем сформованості когнітивного аспекту професійної етики (27%). Такі студенти характеризуються поверхневими уявленнями про етичні норми і принципи професійного спілкування медичних працівників, недостатньо усвідомлюють сутність гуманізму як етичного принципу діяльності медичної сестри, мають не зовсім адекватні уявлення про професійно важливі якості медичної сестри.

Другий підетап констатувального дослідження був спрямований на діагностику сформованості професійної етики студентів за мотиваційно-ціннісним критерієм, що стосується мотивації та ціннісних основ професійної діяльності медичної сестри. З цією метою використовувався комплекс діагностичних методик, зокрема: «Методика виявлення ціннісних орієнтацій М. Рокича» (варіант А. Гоштаутаса, А. Семенова і В. Ядова) (додаток В); «Методика вивчення мотивації професійної діяльності» (методика К. Замфір в модифікації А. Реана) (додаток Г); «Методика діагностики соціально-психологічних установок особистості» (розроблена О. Потьомкіною) (додаток Д).

Для аналізу змістовного аспекту спрямованості студентів медичного коледжу як основи їх ставлення до навколишнього світу, до інших людей та професійної діяльності була використана адаптована методика виявлення ціннісних орієнтацій М. Рокича. Цінності, на думку М. Рокича, – це узагальнені уявлення про блага і прийнятні способи їх отримання, на базі яких людина здійснює свідомий вибір цілей і засобів власної діяльності. Цінності особистості виступають основою для формування життєвої стратегії, значною мірою визначають лінію професійної поведінки. Ціннісна орієнтація – це поняття соціальної психології, під яким розуміють спосіб організації людиною своєї поведінки відповідно до усвідомлених мотивів, зведених в ранг смисложиттєвих орієнтирів. Ціннісні орієнтації формуються в процесі засвоєння соціального досвіду і проявляються в цілях, ідеалах, переконаннях, інтересах і інших елементах спрямованості особистості, реалізуються в її поведінці. У структурі діяльності ціннісні орієнтації тісно пов'язані з пізнавальними і вольовими процесами, вони забезпечують стійкість особистості, послідовність певного типу поведінки. Система ціннісних орієнтацій визначає зміст спрямованості особистості і відображає внутрішню основу її ставлення до дійсності, у тому числі до професійної діяльності. М. Рокич розрізняє два класи цінностей: термінальні – переконання щодо кінцевих цілей, до яких слід прагнути в житті; інструментальні – переконання щодо способу дій, які є пріоритетними у різних ситуаціях. Цей поділ відповідає традиційному розрізненню цінностей-цілей і цінностей-засобів.

Студентам пропонувалося проранжувати подані цінності від найбільш значущих до найменш значущих для них. При цьому 1 ранг присвоювався найбільш значущій цінності, 18 – найменш значущій. Загальний рейтинг ціннісних орієнтацій майбутніх медичних сестер представлено на рис. 2.3.

Отримані результати свідчать, що існують цінності, які найчастіше вибираються студентами як значущі для себе, і цінності, які найчастіше опиняються на останніх місцях. У списку термінальних цінностей на перші місця за значущістю респонденти ставлять здоров'я (фізичне і психічне), щасливе сімейне життя, любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною), друзі. Аналіз ієрархії

термінальних цінностей свідчить, що найбільш важливими серед них для студентів є: здоров'я (ранг 3,8); любов (4,5); сім'я (5,7); друзі (6,4); упевненість у собі (6,7).

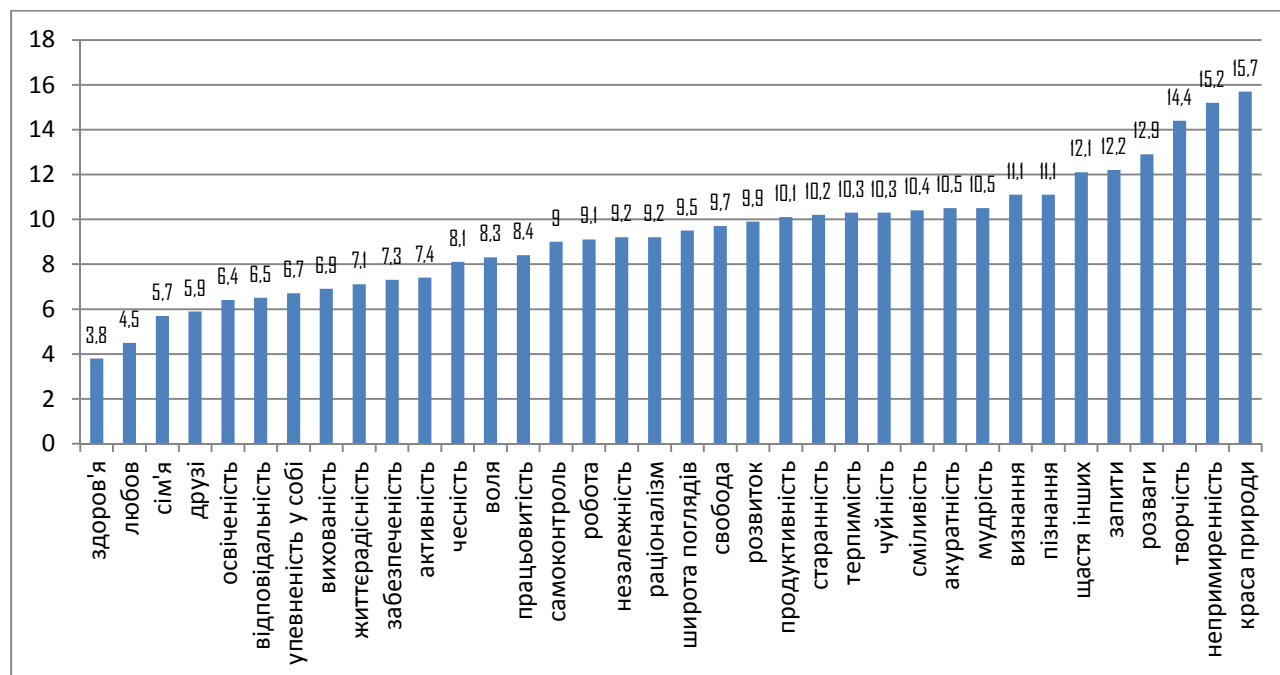


Рис. 2.3. Рейтинг термінальних і інструментальних цінностей майбутніх медичних сестер

Менш важливими для себе респонденти вважають цінності пізнання (11,1), цінності визнання (11,1), у тому числі професійного, а також розваги (12,25), щастя інших (14,71) і красу природи (15,36).

Серед інструментальних цінностей найважливішими для студентів виявилися вченість (6,04), відповідальність (6,54), вихованість (хороші манери) (6,79), життєрадісність (7,14) і чесність (8,29). Не дуже значущими інструментами досягнення життєвих цілей респонденти вважають такі, як старанність (10,14), чуйність (10,32), сміливість (10,36) і ін.

Таким чином, для сучасних студентів медичного коледжу до найважливіших термінальних цінностей, тобто цінностей, до яких варто прагнути, належать здоров'я, сімейне щастя і любов. Це значною мірою пояснюється особливостями вікового періоду (юність), коли на перший план виходить потреба у близьких стосунках для побудови сім'ї.

Під час опрацювання отриманих даних ми здійснили групування ціннісних орієнтацій респондентів на основі виділених Д. Леонтьєвим дихотомій: серед

термінальних цінностей протиставлялися "цінність професійної самореалізації – цінність особистого життя", "конкретні цінності – абстрактні цінності"; серед інструментальних – "етичні цінності – цінності міжособистісного спілкування – цінності професійної самореалізації" і "індивідуальні цінності – конформістські цінності – альтруїстичні цінності" [251].

Проведений аналіз засвідчив, що для майбутніх медичних сестер більшість з вказаних ціннісних орієнтацій не має особливо високої значущості. Проте спостерігається тенденція до зростання пріоритетності цінностей, пов'язаних з особистим благополуччям. Наприклад, під час аналізу дихотомії "цінність професійної самореалізації – цінність особистого життя" було виявлено домінування цінностей особистого життя – любов (4,3), сім'я (5,1), друзі (5,9) (рис 2.4). Цінності, пов'язані з професійною реалізацією, загалом виявилися менш значущими для студентів: (розвиток) (9,8), продуктивність (9,9), покликання (10,4).

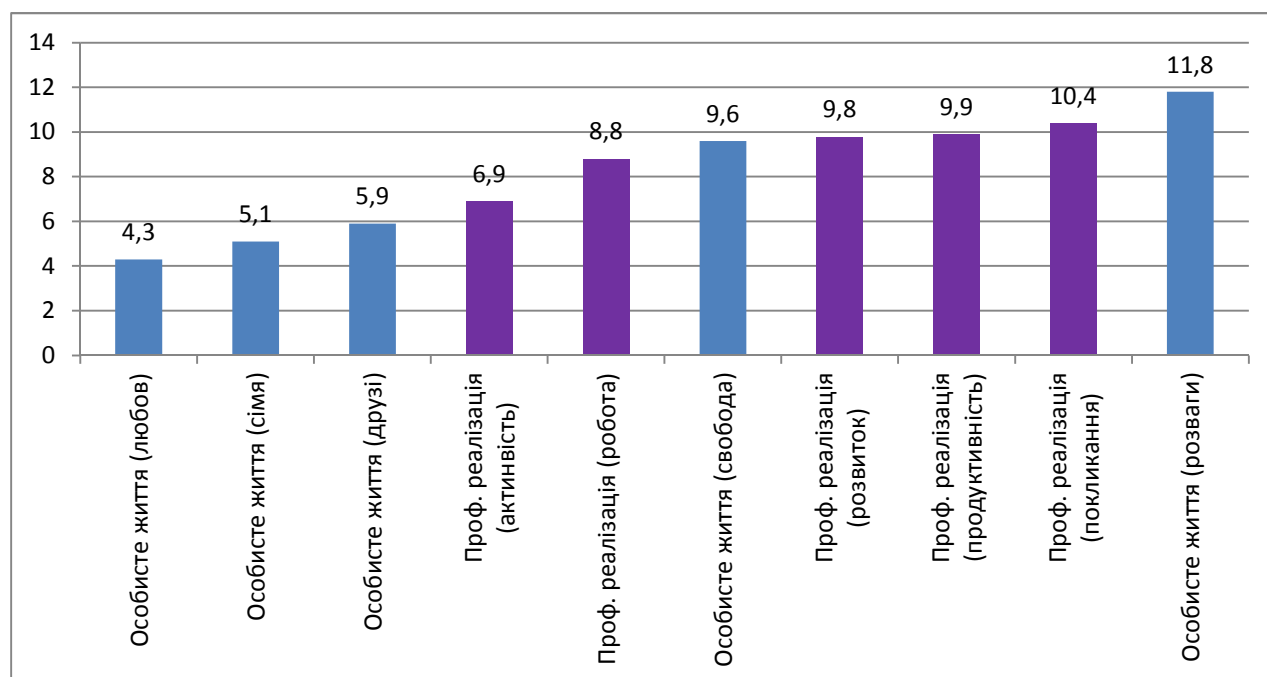


Рис. 2.4. Рівень значущості для майбутніх медичних сестер цінностей професійної самореалізації та особистого життя

Методика К. Замфір в модифікації А. Реана дає змогу діагностувати мотиви професійної діяльності студентів. В її основу покладена концепція внутрішньої і зовнішньої мотивації. Внутрішньо мотивованою є професійна діяльність, яка має цінність для особистості сама по собі, коли людину приваблює процес і

безпосередні результати діяльності. Така діяльність здійснюється заради самої діяльності, а не для досягнення яких-небудь зовнішніх винагород. Вона є самоціллю, а не засобом для досягнення певної іншої мети. При внутрішній мотивації людина відчуває задоволення від почуття власної компетентності, впевненості у своїх силах, від своєї праці, самореалізації. Якщо ж в основі мотивації професійної діяльності лежить прагнення до задоволення інших потреб, зовнішніх по відношенню до її змісту (мотиви соціального престижу, зарплати тощо), то в цьому випадку має місце зовнішня мотивація. Зовнішні мотиви, у свою чергу, диференціюються на позитивні (прагнення отримати певні блага) і негативні (прагнення уникнути певних неприємностей). Зовнішні позитивні мотиви більш ефективні і бажані, ніж зовнішні негативні мотиви професійної діяльності.

Методика К. Замфір дає змогу визначити мотиваційний комплекс професійної діяльності особистості, який характеризується співвідношенням трьох видів мотивації: внутрішньої (ВМ), зовнішньої позитивної (ЗПМ) і зовнішньої негативної (ЗНМ). Згідно з інструкцією авторів методики, оптимальними є два типи мотиваційних комплексів: $ВМ > ЗПМ > ЗНМ$ і $ВМ = ЗПМ > ЗНМ$. Найгіршим мотиваційним комплексом є: $ЗНМ > ЗПМ > ВМ$. Між цими комплексами знаходяться проміжні з погляду їх ефективності мотиваційні комплекси.

У результаті опрацювання даних, отриманих за допомогою методики К. Замфір, ми з'ясували, що у більшості обстежених студентів переважає проміжний мотиваційний комплекс (55%), представлений такими поєднаннями: $ВМ < ЗПМ > ЗНМ$ і $ВМ > ЗПМ < ЗНМ$. У 35% респондентів діагностовано оптимальний мотиваційний комплекс професійної діяльності, представлений такими поєднаннями: $ВМ > ЗПМ > ЗНМ$ і $ВМ = ЗПМ > ЗНМ$. Можна припустити, що студенти з цими мотиваційними профілями на момент вступу до коледжу мали певні уявлення про особливості професії медичної сестри й були зацікавлені у здобутті відповідної освіти. Таких студентів приваблює безпосередньо цей вид діяльності, а не її зовнішні атрибути. Водночас соціальний статус професії медичної сестри (перспектива працевлаштування в приватних медичних центрах, престижних установах, приватна практика) також може впливати на її вибір.

Загалом можна стверджувати, що для студентів з домінуванням внутрішньої мотивації обрана професія є самоціллю, а не засобом досягнення якихось інших цілей. Такі студенти задоволені обраною професією, їхня активність мотивується самим змістом професійної діяльності. Вони відчують потребу в добросовісному виконанні своїх професійних обов'язків, дотриманні норм професійної етики, зацікавлені в успішних результатах і готові застосовувати отримані знання й уміння на практиці.

У 10% студентів виявлено деструктивний мотиваційний комплекс (ЗНМ>ЗПМ>ВМ). Це означає, що їхня активність детермінована переважно мотивами уникнення осуду, можливих проблем і неприємностей, які домінують над зовнішньою позитивною мотивацією, а також над мотивами, пов'язаними з цінністю самої діяльності. Можна припустити, що студенти, в яких зовнішня мотивація переважає над внутрішньою, або зовнішня негативна вища, ніж зовнішня позитивна, обрали свою професію під зовнішнім впливом (батьків, родичів, друзів), не розуміючи її сутності та відповідності власним нахилам і здібностям. Вони, як правило, мають поверхові, часто неадекватні, уявлення про особливості й функції професійної діяльності медсестри. Головною метою для цієї групи студентів виступає факт закінчення коледжу і здобуття диплому про вищу освіту. Після закінчення медичного коледжу вони в більшості випадків не приступають до професійної діяльності за спеціальністю, а намагаються реалізувати себе в іншій сфері.

Результати тестування студентів за методикою О. Потьомкіної підтвердили дані, отримані за допомогою методики К. Замфір. Методика О. Потьомкіної дає змогу виявити ступінь сформованості соціально-психологічних установок особистості на "альтруїзм – егоїзм", "процес – результат", "свободу – владу", "працю – гроші".

Аналіз результатів показав, що за параметром "процес – результат" більшість студентів зорієнтована на процесуальний аспект діяльності (62% – 38%). При цьому у відповідях відмічають, що спонукальною силою до виконання діяльності для них є інтерес, а не прагнення досягти певного результату. Вони менше значення надають досягненню результату, часто спізнюються із виконанням навчальних

завдань, їх процесуальна спрямованість перешкоджає результативності діяльності. Такі студенти більшою мірою спонукаються інтересом до справи, а для досягнення результату зазвичай необхідно багато рутинної роботи, негативне ставлення до якої студенти не можуть здолати.

Згідно з отриманими даними, у більшості майбутніх медичних сестер домінує установка на альтруїзм (співвідношення "альтруїзм – егоїзм": 59% – 41%). Водночас чимало студентів спрямовані на досягнення власних цілей і не бажають сприймати при цьому позицію інших людей.

Результати тестування студентів за установками "свобода – влада" свідчать, що більшість з них зорієнтована на "владу" (79%) і сприймають як цінність можливість впливати на інших людей. Свобода при цьому розглядається як необхідний атрибут досягнення влади.

Стосовно установки "праця – гроші" були отримані такі результати: близько 86% респондентів зорієнтовані на досягнення матеріального благополуччя, проте 47% респондентів працю не розглядають як основне джерело досягнення благополуччя, вважаючи, що в сучасних умовах існують й інші способи.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що для значної частини студентів характерне неадекватне ставлення до життєвих і професійних цінностей, які мають етико-деонтологічну спрямованість. Багато студентів відчують значні труднощі під час визначення життєвих і професійних пріоритетів.

Окрім тестування для комплексної оцінки рівня сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за мотиваційно-ціннісним критерієм ми використовували також метод експертних оцінок. Експертам пропонувалося оцінити сформованість у студентів професійної етики за такими показниками: 1) усвідомлення цінності здоров'я та життя людини; 2) інтерес до професії; 3) професійно-етична орієнтація на цінності гуманізму, поваги до прав і свобод особистості, служіння людям; 4) гуманістична спрямованість діяльності; 5) почуття значущості етичних норм спілкування для успішної професійної діяльності медичної сестри; 6) врахування інтересів усіх суб'єктів лікувального процесу.

Експерти оцінювали ступінь вираженості вказаних показників у кожного

студента за 5-ти бальною порядковою шкалою. Рівень сформованості професійної етики студентів за мотиваційно-ціннісним критерієм визначався за формулою:

$$K_{ми} = \frac{n}{m}, \text{ де:}$$

$K_{ми}$ – коефіцієнт сформованості професійної етики за мотиваційно-ціннісним критерієм;

n – сума експертних оцінок студента;

m – максимально можлива сума балів (30).

Коефіцієнт у проміжку від 1 до 0,75 кваліфікувався як свідчення високого рівня сформованості професійної етики за мотиваційно-ціннісним критерієм; від 0,74 до 0,26 – середнього, від 0,25 до 0 – низького.

Коефіцієнт конкордації (згоди) Кендала засвідчив високий рівень узгодженості експертних оцінок, що дає підстави довіряти отриманим даним:

$$W = \frac{12 \cdot 119570248}{5^2(426^3 - 426)} = \frac{1434842976}{25 \cdot 77308350} = \frac{1434842976}{1932708750} = 0,7424$$

Результати експертного оцінювання сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за мотиваційно-ціннісним критерієм представлені на діаграмі (рис. 2.5).

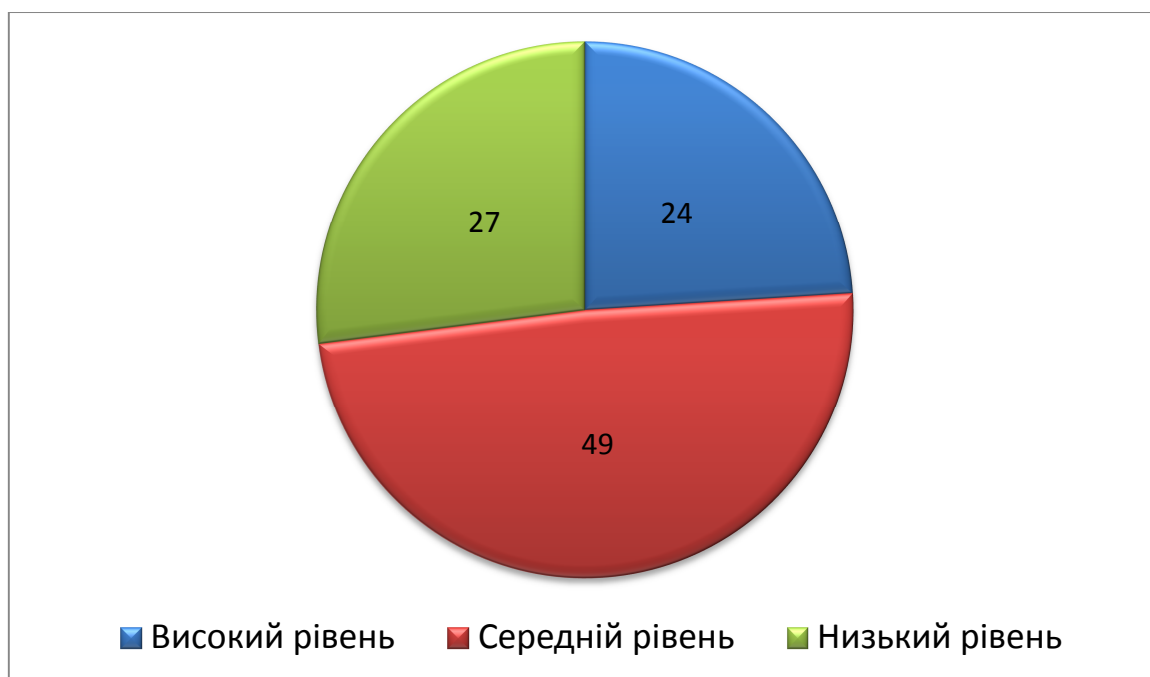


Рис. 2.5. Рівні сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за мотиваційно-ціннісним критерієм (у %)

Як бачимо, згідно з експертними оцінками, більшості студентів (49%) властивий середній рівень сформованості професійної етики за мотиваційно-ціннісним критерієм. Високий рівень виявлено лише у 24% майбутніх медичних сестер, яких характеризує гуманістична спрямованість, яскраво виражений інтерес до професії, глибоке усвідомлення цінності здоров'я та життя людини, професійно-етична орієнтація на цінності гуманізму, поваги до прав і свобод особистості, прагнення служити людям, почуття значущості етичних норм для успішної професійної діяльності, орієнтація на врахування інтересів усіх суб'єктів лікувального процесу.

Дещо насторожує той факт, що для доволі значної частини студентів (27%) властивий низький рівень сформованості професійної етики за мотиваційно-ціннісним критерієм. Такі студенти мають слабку професійну спрямованість, про що свідчать сумніви у правильності вибору професії. Вони, як правило, не задумуються над цінностями здоров'я людини, гуманістичної спрямованості медичної діяльності, поваги до прав і свобод особистості. Ідея служіння людям не розглядається ними в контексті особистісної самореалізації. Цих студентів відрізняє також недостатнє усвідомлення значущості етичних норм спілкування для професійної діяльності медичної сестри.

Третій підетап констатувального етапу дослідження спрямовувався на діагностику сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за особистісним критерієм, який стосується розвитку особистісних детермінант їх професійно-етичної поведінки. Одним із найбільш важливих особистісних чинників дотримання норм професійної етики медичної сестри є емпатія – якість, що полягає в розумінні та переживанні емоційного стану іншої людини. Саме емпатія лежить в основі милосердя як професійно важливої якості медичного працівника.

Рівень сформованості емпатії у майбутніх медичних сестер визначався нами за допомогою опитувальника емоційної емпатії А. Меграбяна і М. Епштейна (додаток Е). Опитувальник вимірює рівень емоційного відгуку як здатність особистості до емоційного співпереживання іншій людині, співчуття їй, готовності

прийти на допомогу в потрібний момент, створити в спілкуванні необхідний емоційний фон, що відповідає настрою співрозмовника і особливостям ситуації. Обрана діагностична методика дала змогу виміряти такі компоненти емпатії студентів: емоційний компонент – відгук на душевний стан іншої людини, здатність до співпереживання, емоційна чутливість; поведінковий компонент – здатність до прояву тепла, дружелюбності, підтримки, надання допомоги, повага до людини, її життя, милосердя, гуманність, толерантність тощо. Варто зауважити, що для майбутньої медичної сестри найбільш важливою є саме дієва емпатія, здатність надати реальну професійну допомогу у будь-якій ситуації, впоратися зі своїми емоціями, переживаннями.

Результати діагностування сформованості емоційного компонента емпатії студентів представлено на рис. 2.6.

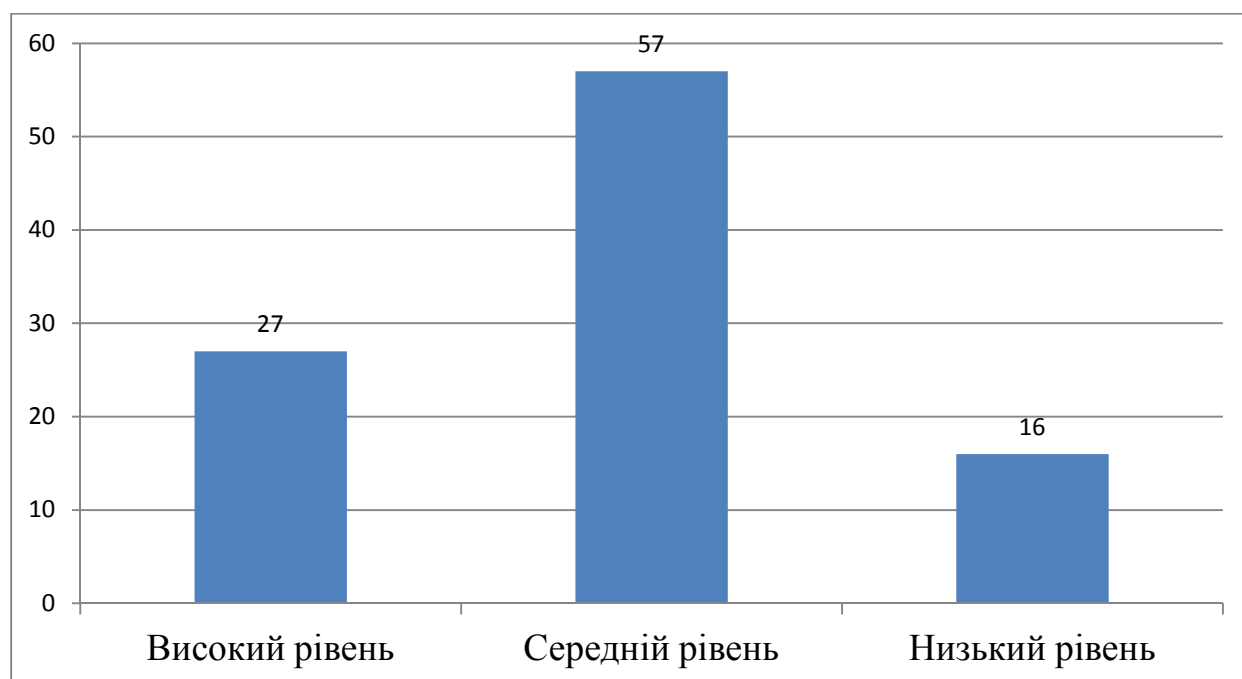


Рис. 2.6. Рівні сформованості емоційного компонента емпатії у майбутніх медичних сестер (у %)

Отримані дані свідчать, що більшість майбутніх медичних сестер демонструє середній рівень здатності до співпереживання (57 % від загального числа респондентів). Високий рівень сформованості зазначеної якості виявлено лише у 27 % студентів. Насторожує той факт, що для відносно значної частини майбутніх медичних сестер властивий низький рівень сформованості емоційного компонента

емпатії (16 %), що може негативно позначатися на їх професійній поведінці, зокрема, дотриманні норм професійної етики. Низький рівень емпатії свідчить про відсутність інтересу до людей, байдуже ставлення до їх переживань і проблем, слабку емоційну сприйнятливість студентів. Низька емпатійна здатність, безумовно, не сприяє прояву людяності і щирості по відношенню до майбутніх пацієнтів. Маючи низький рівень емпатії, медична сестра не зможе зрозуміти емоційний стан хворої людини, відгукнутися на її переживання, співпереживати, співчувати їй.

Особливо важливою для майбутніх медичних сестер є здатність надавати дієву допомогу і підтримку, виявляти дружелюбність, терпіння і співчуття у процесі взаємодії з пацієнтами. Рівень сформованості у студентів поведінкового компонента емпатії представлено на рис. 2.7.

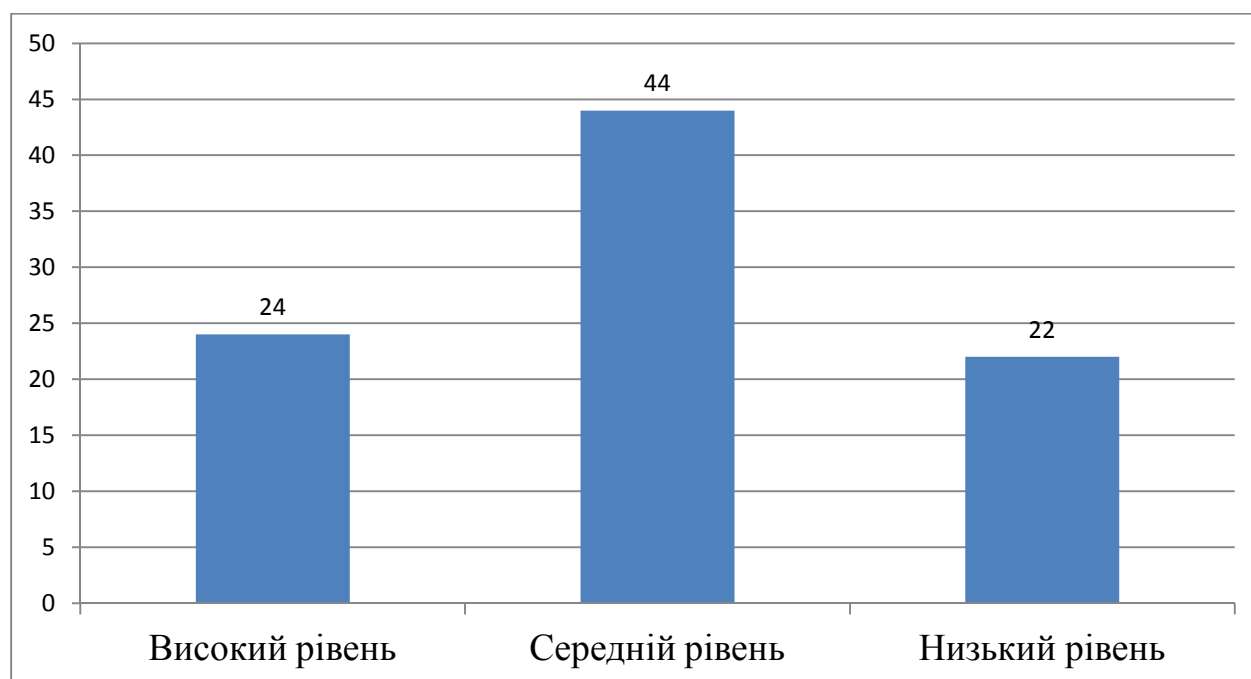


Рис. 2.7. Рівні сформованості поведінкового компонента емпатії у майбутніх медичних сестер (у %)

Аналіз отриманих даних свідчить, що для близько половини респондентів (44%) властивий середній рівень сформованості зазначеного компонента емпатії. Високий рівень сформованості поведінкового компонента емпатії виявлено у 24 % респондентів, низький – у 22 %.

Звертає на себе увагу те, що поведінковий компонент емпатії характеризується нижчим рівнем сформованості у студентів, ніж емоційний. Тобто, відносно значна частина студентів недостатньо готова до надання дієвої допомоги пацієнтам, практичного прояву співчуття у формі уваги, терпіння і підтримки, що є дуже важливим для майбутньої професійної діяльності.

Важливе місце у структурі особистісної готовності майбутніх медичних сестер до дотримання норм професійної етики належить такій якості, як соціальна відповідальність. З метою визначення її сформованості у студентів медичного коледжу у нашому дослідженні була використана методика діагностування рівня морально-етичної відповідальності особистості І. Тимощука [2] (додаток Ж). Вона дає змогу оцінити рівень морально-етичної відповідальності студентів за шістьма субшкалами: рефлексія морально-етичних ситуацій (моральна рефлексія або рефлексія, що актуалізується в ситуаціях, пов'язаних з морально-етичними колізіями і конфліктами); інтуїція в морально-етичній сфері (моральна інтуїція); екзистенціальний аспект відповідальності; альтруїстичні емоції; морально-етичні цінності; шкала соціальної бажаності.

У ході проведеного дослідження було з'ясовано, що високий рівень морально-етичної відповідальності властивий для 32% майбутніх медичних сестер, середній – для 60%, низький – для 8% (див. рис. 2.8).

Студенти, які характеризуються високим рівнем сформованості морально-етичної відповідальності, вирізняються добре розвиненою рефлексією та усвідомлюваною системою морально-етичних цінностей. Їм властиві також високий рівень професійної спрямованості, емоційна зрілість, здатність до самоконтролю, схильність відповідати за свої вчинки. У міжособистісному спілкуванні вони природні, щирі, толерантні, мотивовані на сприяння та допомогу, мають розвинені емпатійні здібності. Такі студенти розуміють і приймають соціальні норми та цінності, характеризуються спрямованістю на виконання професійних обов'язків, пов'язаних з охороною здоров'я і дотриманням інтересів пацієнтів, а також здатні оцінювати наслідки власних дій у медичній практиці.

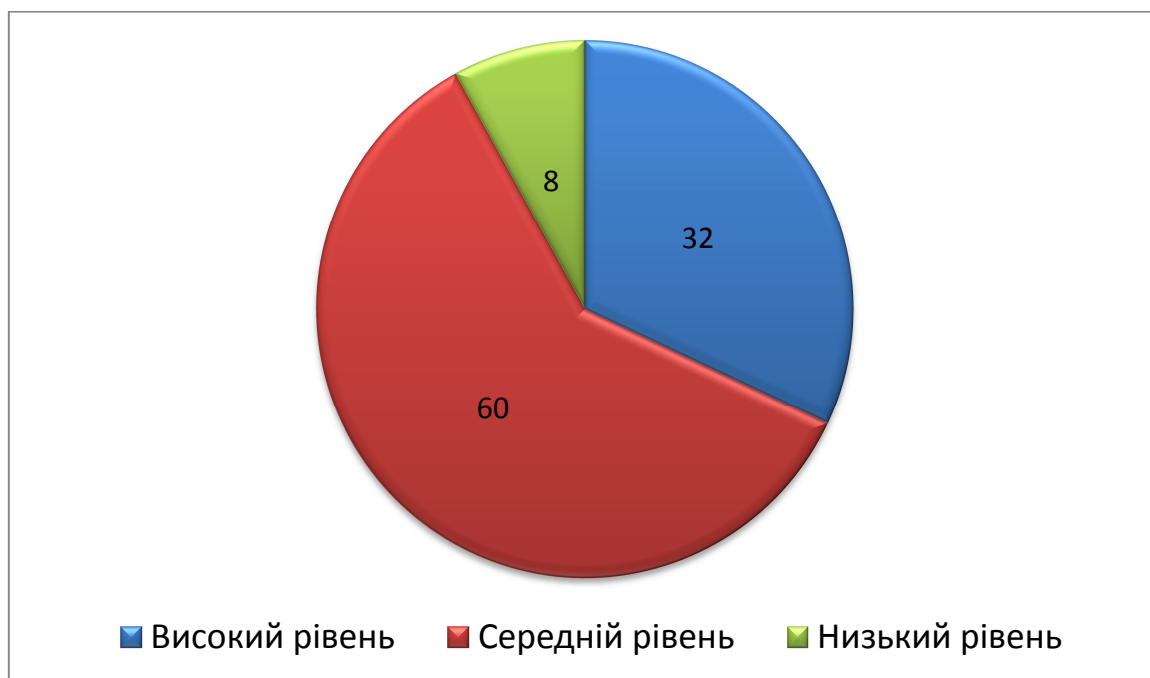


Рис. 2.8. Рівні сформованості морально-етичної відповідальності майбутніх медичних сестер (у %)

Середній рівень сформованості морально-етичної відповідальності властивий для студентів, які здатні до рефлексивного аналізу своїх учинків, у більшості ситуацій дотримуються загальних етичних норм, однак можуть порушувати їх у складних, екстремальних ситуаціях.

Студенти з низьким рівнем морально-етичної відповідальності характеризуються низькою рефлексивністю, дифузною структурою морально-етичних цінностей, схильністю пояснювати свої невдачі зовнішніми чинниками, уникаючи особистої відповідальності за власні дії. Хоча таких студентів виявилось відносно небагато у нашій виборці, їх наявність дещо насторожує, оскільки для медичних працівників низький рівень морально-етичної відповідальності є неприйнятним.

Згідно з результатами проведеного дослідження, для більшості майбутніх медичних сестер властивий середній рівень морально-етичної відповідальності, що свідчить про необхідність підвищення ефективності навчально-виховної роботи, спрямованої на формування особистісних передумов професійно-етичної поведінки студентів медичного коледжу.

Як свідчить огляд наукової літератури, однією з професійно важливих

якостей медичного працівника є комунікативна толерантність – схильність особистості витримувати неприємні або неприйнятні, на її думку, психічні стани, якості і вчинки партнерів по взаємодії [109, с.78]. Комунікативна толерантність передбачає не лише наявність певних знань (наприклад, про акцентуації характеру, про різні способи реагування на стрес, про специфіку зв'язку між типами статури і особливостями психічного складу особи тощо), але й сформованість певних спеціальних умінь: уміння встановлювати контакт, слухати, "читати" невербальні сигнали, будувати бесіду, формулювати питання тощо [12; 250]. Велике значення має також здатність медичної сестри володіти власними емоціями, зберігати самовладання, впевненість, контролювати свої реакції і поведінку загалом. Адекватна комунікація передбачає правильне розуміння пацієнта і відповідне реагування на його поведінку. Незалежно від того, в якому психічному стані перебуває пацієнт, відчуває він гнів чи печаль, занепокоєння, тривогу чи відчай, медична сестра повинна вміти конструктивно взаємодіяти з ним, адекватно будувати стосунки, домагаючись вирішення професійних завдань.

Від комунікативної толерантності залежить те, в якій мірі медична сестра здатна переносить суб'єктивно небажані, неприйнятні для неї індивідуальні особливості пацієнтів, негативні якості, засуджувані вчинки, звички, незвичні стилі поведінки і стереотипи мислення. Хворі можуть викликати різні почуття, подобатися або не подобатися, бути приємними або неприємними, але норми професійної етики вимагають, щоб медична сестра була готова налагоджувати конструктивні стосунки з ними і запобігати конфліктам, залишаючись при цьому у рамках своєї професійної ролі.

З метою діагностування рівня комунікативної толерантності майбутніх медичних сестер ми використали розроблену В. Бойко методику визначення толерантних і інтолерантних установок особистості в сфері міжособистісного спілкування [48] (додаток І). Питання опитувальника згруповані у 9 блоків, які відображають важливі особливості спілкування, що безпосередньо стосуються дотримання норм професійної етики медичної сестри: неприйняття або нерозуміння індивідуальності іншої людини; використання себе як еталону під час оцінювання

інших людей; категоричність або консерватизм в оцінках людей; невміння приховувати або згладжувати неприємні відчуття при зіткненні з некомунікабельними якостями партнерів; прагнення переробити, перевиховати партнерів; прагнення підігнати партнера під себе, зробити його зручним; невміння прощати іншому помилки, незручність, ненавмисно заподіяні неприємності; нетерпимість до фізичного або психічного дискомфорту партнера; невміння пристосовуватися до партнерів.

Бланк пред'являвся респондентам без назви шкал. Студентам пропонувалося за допомогою оцінок від 0 до 3 оцінити кожне твердження: 0 балів – не правильно; 1 бал – правильно в деякій мірі; 2 бали – правильно в значній мірі; 3 бали – дуже правильно. За кожним із 9 блоків тверджень підраховувалася загальна сума балів, отриманих студентом. Максимально можлива кількість балів за кожною шкалою – 15, загальна за всіма блоками – 135. Чим вища кількість набраних респондентом балів, тим вищий рівень його нетерпимості до оточення. Аналіз відповідей з окремих блоків дав змогу виявити найбільш характерні аспекти і тенденції прояву комунікативної толерантності студентів.

Результати опрацювання отриманих даних засвідчили, що високий рівень комунікативної толерантності властивий для 38% майбутніх медичних сестер. Такі студенти відрізняються тактовністю в спілкуванні, визнають право інших на власну думку, не мають звички повчати інших, проявляють терпіння, коли їм заперечують або не погоджуються в чомусь з їхньою позицією.

У 46% студентів, які брали участь в дослідженні, виявлено середній рівень комунікативної толерантності. Вони здатні приховувати або згладжувати неприємні почуття при зіткненні з некомунікабельними якостями співрозмовників, проте інколи проявляють категоричність в оцінках інших людей.

Низький рівень комунікативної толерантності виявлено у 16% студентів медичного коледжу, які відрізняються нетерпимістю, прагненням підігнати співрозмовника під себе, зробити його "зручним", невмінням розуміти і приймати індивідуальні особливості інших людей, пробачати їхні помилки, ненавмисно заподіяні неприємності.

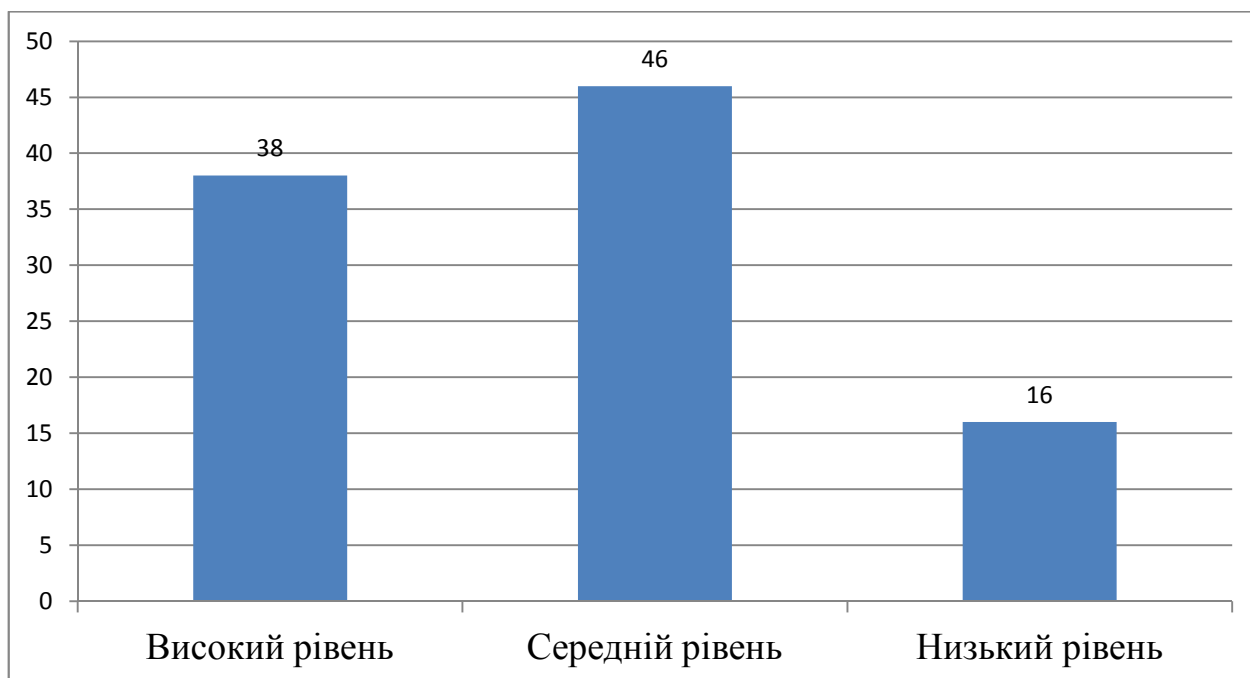


Рис. 2.9. Рівні комунікативної толерантності майбутніх медичних сестер (у %)

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать, що, незважаючи на середній і високий рівень комунікативної толерантності більшості студентів, для відносно значної кількості майбутніх медичних сестер властивий низький рівень терпимості в ситуаціях, коли необхідно приховати неприємні почуття при зіткненні з некоммунікбельними якостями співрозмовників, у тому числі пацієнтів, або пробачити іншим, передусім, хворим, помилки, незручність, ненавмисно заподіяні неприємності.

Поряд з тестовими методиками під час визначення рівня сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за особистісним критерієм ми застосовували також метод експертних оцінок. Експерти оцінювали сформованість у майбутніх медичних сестер низки особистісних якостей, які мають етико-деонтологічну спрямованість і відіграють важливу роль у регуляції професійної поведінки: 1) емпатія; 2) толерантність; 3) відповідальність за виконання професійних обов'язків; 4) здатність до самоаналізу; 5) адекватна самооцінка, впевненість у собі; 6) розуміння власної ролі в лікувально-діагностичному процесі; 7) здатність об'єктивно оцінювати результати власної діяльності; 8) цілеспрямованість; 9) ініціативність; 10) дисциплінованість; 11) доброзичливість; 12) дбайливість; 13) справедливість, неупередженість; 14) безкорисливість;

15) здатність самовдосконалюватися.

Експерти оцінювали сформованість у кожного студента зазначених якостей за 5-бальною порядковою шкалою. Рівень сформованості професійної етики студентів за особистісним критерієм визначався за формулою: $K_o = \frac{n}{m}$, де:

K_o – коефіцієнт сформованості професійної етики за особистісним критерієм;

n – сума експертних оцінок студента;

m – максимально можлива сума балів (75).

Коефіцієнт у проміжку від 1 до 0,75 кваліфікувався як свідчення високого рівня сформованості професійної етики за особистісним критерієм; від 0,74 до 0,26 – середнього, від 0,25 до 0 – низького.

Коефіцієнт конкордації (згоди) Кендала засвідчив високий рівень узгодженості експертних оцінок:

$$W = \frac{12 \cdot 114641840}{5^2(426^3 - 426)} = \frac{1375702080}{25 \cdot 77308350} = \frac{1375702080}{1932708750} = 0,7118$$

Результати експертного оцінювання сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за особистісним критерієм представлені на діаграмі (рис. 2.10).



Рис. 2.10. Рівні сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за особистісним критерієм (у %)

Як бачимо, результати експертного оцінювання загалом узгоджуються з даними, отриманими за допомогою тестових методик, і свідчать, що для близько половини майбутніх медичних сестер характерний середній рівень сформованості професійної етики за особистісним критерієм. Високий рівень властивий лише для 28% студентів, які взяли участь у дослідженні. Водночас близько чверті майбутніх медичних сестер має низький рівень особистісної готовності до реалізації норм професійної етики, що може негативно позначатися на ефективності їх професійної діяльності.

Четвертий підетап констатувального етапу дослідження спрямовувався на діагностику сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за діяльнісним критерієм, який стосується практичних умінь дотримуватися норм професійної етики в різних ситуаціях професійної діяльності. З цією метою ми використовували метод експертних оцінок. Експертам було запропоновано оцінити за 5-бальною шкалою сформованість у студентів низки важливих у контексті дотримання норм професійної етики умінь: 1) вміння прогнозувати і коригувати відносини, що складаються у професійній практиці медичної сестри; 2) вміння конструктивно вирішувати професійні конфлікти; 3) вміння відстоювати власну позицію, не погіршуючи стосунків з колегами; 4) вміння налагоджувати конструктивні міжособистісні стосунки; 5) володіння прийомами вербального та невербального спілкування; 6) рефлексивні вміння; 7) вміння створювати емоційно-комфортні умови для колективної діяльності; 8) вміння саморегуляції.

Рівень сформованості професійної етики студентів за діяльнісним критерієм визначався за формулою: $K_o = \frac{n}{m}$, де:

K_o – коефіцієнт сформованості професійної етики за особистісним критерієм;

n – сума експертних оцінок студента;

m – максимально можлива сума балів (40).

Коефіцієнт у проміжку від 1 до 0,75 кваліфікувався як свідчення високого рівня сформованості професійної етики за діяльнісним критерієм; від 0,74 до 0,26 – середнього, від 0,25 до 0 – низького.

Коефіцієнт конкордації (згоди) Кендала підтвердив високий рівень узгодженості експертних оцінок:

$$W = \frac{12 \cdot 118668318}{5^2(426^3 - 426)} = \frac{1424019816}{25 \cdot 77308350} = \frac{1424019816}{1932708750} = 0,7368$$

Результати експертного оцінювання сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за діяльнісним критерієм представлені на діаграмі (рис. 2.11).

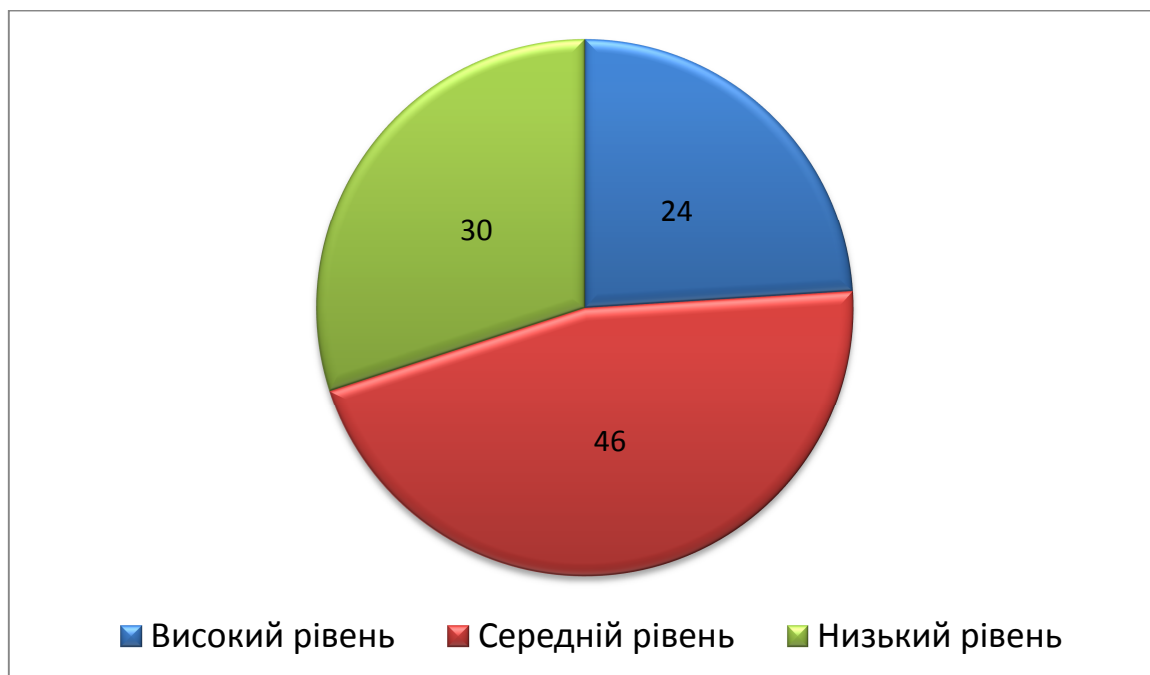


Рис. 2.11. Рівні сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за діяльнісним критерієм (у %)

Відповідно до результатів експертного оцінювання, високий рівень сформованості професійної етики за діяльнісним критерієм властивий лише для 24 % майбутніх медичних сестер, яких відрізняє практична готовність до реалізації етичних норм у професійній діяльності, налагодження конструктивних міжособистісних стосунків з іншими медичними працівниками та пацієнтами, здатність до саморегуляції та рефлексивної оцінки власних дій, спроможність створювати емоційно-комфортні умови професійної діяльності відповідно до принципів медичної деонтології.

Для більшості студентів (46%) характерний середній рівень сформованості професійної етики за діяльнісним критерієм. Такі студенти спроможні

налагоджувати конструктивні міжособистісні стосунки з різними суб'єктами професійної діяльності, володіють прийомами вербального та невербального спілкування, здатні прогнозувати і коригувати відносини, що складаються у професійній діяльності медичної сестри, однак у них недостатньо сформовані рефлексивні вміння та вміння саморегуляції, внаслідок чого в критичних ситуаціях можуть погіршуватися стосунки з колегами і пацієнтами.

30 % студентів характеризуються низьким рівнем сформованості професійної етики за діяльнісним критерієм, що знаходить вияв у недостатній готовності до організації конструктивних взаємин з суб'єктами професійної взаємодії на засадах норм і принципів медичної деонтології.

Комплексне врахування результатів діагностування сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за різними критеріями дало змогу визначити три рівні розвитку досліджуваної якості у студентів: високий (ціннісно-рефлексивний), середній (нормативно-репродуктивний), низький (емпірично-інтуїтивний) (рис. 2.12).

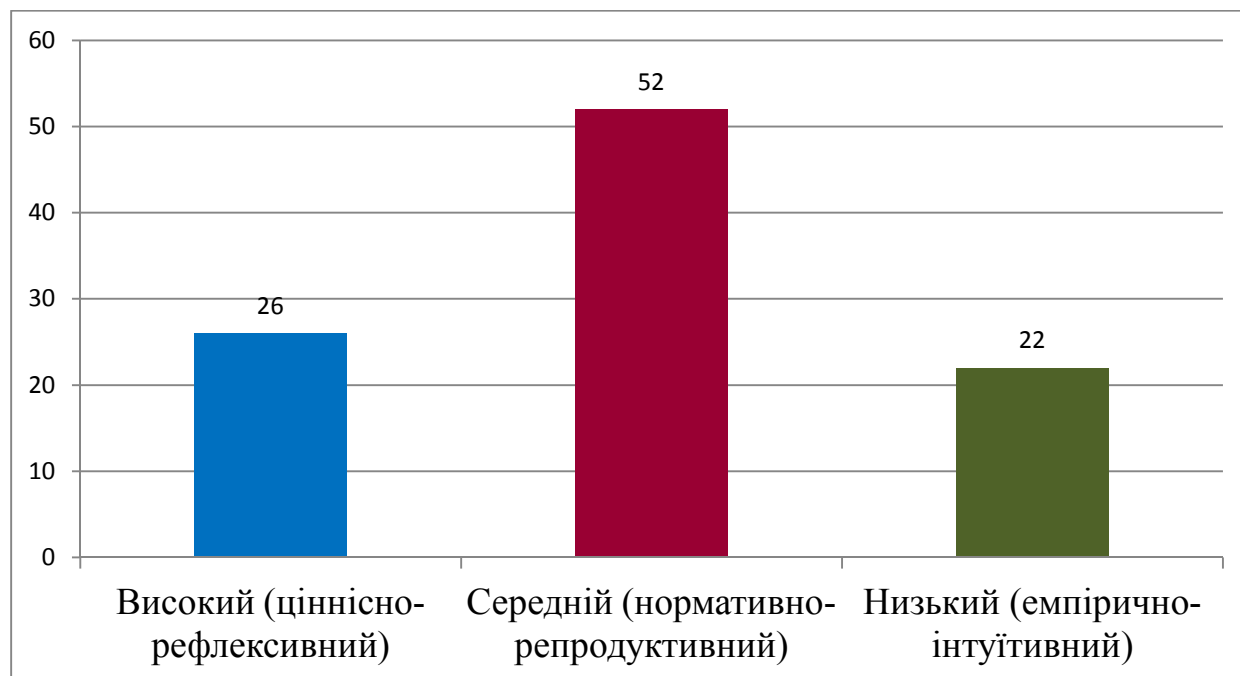


Рис. 2.12. Загальні рівні сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер (у %)

Розподіл студентів на три групи ми здійснювали на основі врахування числових показників вираженості чотирьох визначених критеріїв: когнітивного,

мотиваційно-ціннісного, особистісного і діяльнісного. При цьому враховувалося стандартне відхилення (σ) індивідуальних показників студентів від середнього показника по вибірці. До групи з високим (ціннісно-рефлексивним) рівнем сформованості професійної етики були віднесені студенти, показники яких були вищими на одне або більше одного стандартного відхилення від середнього показника по всій вибірці. До групи з середнім (нормативно-репродуктивним) рівнем сформованості професійної етики були віднесені студенти, показники яких перебували в межах одного стандартного відхилення від середнього показника по вибірці. До групи з низьким (емпірично-інтуїтивним) рівнем сформованості професійної етики були віднесені студенти, показники яких були меншими на одне і більше одного стандартного відхилення від середнього показника по вибірці.

Високий рівень сформованості професійної етики характеризується наявністю у майбутніх медичних сестер чітко усвідомлюваної ієрархічної системи ціннісних орієнтацій, що визначають спрямованість їх професійного спілкування. Провідну роль у цій системі відіграють орієнтації на цінності гуманізму, здоров'я та збереження життя людини, поваги до прав і свобод особистості, милосердя, служіння людям. Вказані ціннісні орієнтації мають збалансований характер і органічно доповнюють одна одну. Підпорядковане місце посідають орієнтації на матеріальний достаток, престиж і особистісне самоствердження. Така ієрархія ціннісних орієнтацій забезпечує морально-етичну спрямованість професійного спілкування, його відповідність нормам і цінностям медичної деонтології, зорієнтованість на конструктивну реалізацію професійних функцій і врахування інтересів усіх суб'єктів лікувального процесу. Оптимальна структура професійно-ціннісних орієнтацій поєднується з ґрунтовним розумінням студентами етичних норм і правил професійного спілкування, а також розвиненими рефлексивними, прогностичними й комунікативними вміннями, які адекватно застосовуються в мінливих ситуаціях професійної взаємодії. Характерними ознаками високого рівня сформованості професійної етики є також гнучкість, здатність майбутніх медичних сестер обирати найбільш доцільні прийоми спілкування у різних ситуаціях професійної взаємодії, уміння налагоджувати конструктивні міжособистісні

стосунки і створювати емоційно комфортні умови у лікувальному процесі. Студенти з високим рівнем сформованості професійної етики характеризуються рефлексивністю, здатністю до самоаналізу, розумінням сильних і слабких сторін своєї особистості та професійного спілкування, зорієнтованістю на постійне професійне самовдосконалення, що дало підстави назвати цей рівень *ціннісно-рефлексивним*. Такі студенти вирізняються відповідальним ставленням до виконання професійних обов'язків, толерантністю, емпатійністю, впевненістю в собі, здатністю налагоджувати емоційний контакт з співрозмовниками, проявляти доброзичливість, чуйність і тактовність у спілкуванні. Вони адекватно усвідомлюють окремі недоліки власної особистості, розуміють важливе значення медичної деонтології для майбутньої професійної діяльності, регулярно працюють над удосконаленням власної деонтологічної компетентності.

Результати констатувального етапу дослідження засвідчили, що ціннісно-рефлексивний рівень сформованості професійної етики властивий для 26% майбутніх медичних сестер.

Студенти з середнім рівнем сформованості професійної етики усвідомлюють ціннісні орієнтації, що визначають спрямованість їх професійного спілкування, однак їм властива певна однобічність і суперечливість, однозначна орієнтація на одні цінності і недооцінка важливості інших: наприклад, одностороння орієнтація на професійне самоствердження одночасно з недооцінкою важливості врахування інтересів усіх суб'єктів лікувального процесу, або ж надмірно виражена спрямованість на себе, матеріальний достаток і престиж тощо. Студенти з середнім рівнем сформованості професійної етики мають базові знання про зміст морально-етичних норм професійної діяльності та особливості професійного спілкування, володіють основними інтерактивними і комунікативними вміннями, проте не завжди здатні гнучко й ефективно застосовувати їх у мінливих ситуаціях професійної взаємодії. У зв'язку з цим середній рівень сформованості професійної етики ми назвали *нормативно-репродуктивним*. Специфічним для цього рівня є те, що знання і вміння студентів у галузі медичної деонтології мають здебільшого репродуктивний характер: студенти здатні їх застосовувати у типових ситуаціях

професійної взаємодії, однак відчують проблеми, коли доводиться самотійно визначати адекватні способи поведінки в нестандартних умовах професійної діяльності. У зв'язку з цим їх поведінка характеризується певною ригідністю, негнучкістю, стереотипністю, недостатнім врахуванням особливостей конкретних ситуацій і співрозмовників, використанням шаблонних прийомів професійного спілкування. Водночас такі студенти усвідомлюють недостатній рівень своєї деонтологічної компетентності та готовності до професійного спілкування і прагнуть до самовдосконалення.

Результати проведеного дослідження свідчать, що нормативно-репродуктивний рівень сформованості професійної етики властивий для 52% майбутніх медичних сестер.

Низький рівень сформованості професійної етики характеризується відсутністю у студентів чітко усвідомленої системи ціннісних орієнтацій, які визначають спрямованість їх професійного спілкування, поверхово-інтуїтивними уявленнями про етичні норми і правила професійної діяльності, недостатнім усвідомленням значущості медичної деонтології для успішної професійної взаємодії. Такі студенти часто виявляють упередженість, суб'єктивізм, нетолерантність і допускають інші помилки у професійному спілкуванні, мають фрагментарні уявлення про деонтологічні принципи медичної діяльності, не володіють ефективними прийомами професійної взаємодії, конструктивними стратегіями поведінки в конфліктних ситуаціях і способами створення емоційно-комфортних умов у лікувальному процесі. Маючи поверхові уявлення про зміст і структуру професійної етики, такі студенти, як правило, не здатні адекватно оцінити рівень її сформованості у себе. Досить часто вони некритично високо оцінюють свою деонтологічну компетентність або ж недостатньо усвідомлюють важливість професійної етики для медичної сестри, що зумовлює низький рівень спрямованості на самовдосконалення морально-етичної готовності до майбутньої професійної діяльності. У професійній взаємодії студенти з низьким рівнем сформованості професійної етики спираються головним чином на власний досвід міжособистісного спілкування, інтуїтивно вироблені, недостатньо усвідомлювані

правила і норми, що дало підстави назвати цей рівень *емпірично-інтуїтивним*. Як свідчать результати нашого дослідження, він властивий для 22% майбутніх медичних сестер.

Аналіз результатів проведеного дослідження дає підстави стверджувати, що формування професійної етики майбутніх медичних сестер в освітньому процесі медичного коледжу повинно ґрунтуватися на міцному теоретичному фундаменті і здійснюватися за допомогою системи заходів, які враховують специфіку професійного простору медицини і зв'язки між компонентами професійної етики. Зрозуміло, що успішність цієї роботи безпосередньо залежить від рівня підготовки викладачів, їх готовності до формування деонтологічної культури студентів під час навчальних занять, позааудиторної діяльності і професійної практики. У зв'язку з цим ми провели дослідження, спрямоване на визначення ставлення викладачів медичного коледжу до формування професійної етики студентів, а також з'ясування їх особистісної та методичної готовності до реалізації цього процесу.

Дослідженням було охоплено 54 викладачі медичних коледжів. Аналіз отриманих даних свідчить, що робота по формуванню у студентів професійної етики зазвичай має епізодичний, несистемний характер, що негативно позначається на якості деонтологічної підготовки майбутніх медичних працівників. 87% викладачів вважають, що питанням етико-деонтологічної підготовки студентів приділяється недостатньо уваги. При цьому більшість викладачів усвідомлює важливість і необхідність цього аспекту професійної підготовки медичного працівника. Вони відзначають, що процес формування професійної етики повинен бути цілеспрямованим, логічно включеним у загальну систему професійної підготовки за рахунок використання додаткових можливостей (організації гурткової, позааудиторної діяльності студентів, проведення тематичних вечорів, екскурсій, зустрічей з працівниками системи охорони здоров'я тощо). 27% викладачів відзначили, що у рамках своєї навчальної дисципліни акцентують увагу студентів на окремих аспектах професійної моралі та деонтології в діяльності медичних працівників, 34% наводять відповідні приклади з практики медичної

діяльності, 16% обговорюють з студентами деонтологічні якості, необхідні медичному працівникові, дають рекомендації щодо їх розвитку.

Водночас більше 40% викладачів вказали, що спеціальної цілеспрямованої роботи з формування професійної етики студентів не проводять, оскільки це виходить за межі змісту їх навчальних програм. Лише 22% викладачів використовують елементи рольових ігор, що імітують різні професійні ситуації, 12% проводять анкетування студентів і організовують вивчення літератури з проблем медичної деонтології. 38% викладачів вважають, що моральна сфера особистості повинна формуватися в першу чергу в сім'ї шляхом виховання і самовиховання, а завдання навчального закладу полягає в тому, щоб на цю базу накласти власне професійні знання, уміння і навички. Проте 95% викладачів зазначили, що у рамках професійної підготовки студентів медичного коледжу і з урахуванням сучасних соціокультурних реалій потрібна спеціальна етико-деонтологічна підготовка студентів, формування у них професійної етики. Проте чимало педагогів не бачить можливостей цілеспрямованого формування професійної етики у рамках навчального плану і програми підготовки фахівців у медичному коледжі.

Загалом, аналіз результатів констатувального етапу проведеного дослідження дає підстави стверджувати, що в умовах недостатнього педагогічного керівництва і значною мірою стихійного становлення професійної етики студентів не забезпечується належний рівень етико-деонтологічної підготовки багатьох з них до ефективного виконання професійних функцій. Для 22 % майбутніх медичних сестер властивий низький, емпірично-інтуїтивний, рівень сформованості професійної етики, що свідчить про їх недостатню готовність до налагодження конструктивних стосунків з суб'єктами професійної взаємодії і створення емоційно комфортних умов у лікувальному процесі. Свідченням недостатньої ефективності традиційної практики деонтологічної підготовки майбутніх медичних сестер є також відносно невисокий відсоток студентів з високим, ціннісно-рефлексивним, рівнем сформованості професійної етики (26%).

Таким чином, результати констатувального етапу дослідження свідчать про необхідність обґрунтування педагогічних умов і визначення шляхів підвищення ефективності формування професійної етики майбутніх медичних сестер в освітньому просторі медичного коледжу загалом і в процесі вивчення фахових дисциплін, зокрема. На наш погляд, для розв'язання цієї проблеми потрібне чітке визначення концептуальних основ формування професійної етики майбутніх медичних сестер: методологічних – визначення підходів до моделювання освітнього процесу і структуризації змісту деонтологічної підготовки студентів з урахуванням вимог, що пред'являються до професійної компетентності медичних сестер і логічно доповнюють традиційну систему їх професійної підготовки; організаційних – визначення можливостей інтеграції питань професійної етики в навчальний план і зміст фахових дисциплін, спрямованих на підготовку медичних сестер; методичних – розробки відповідних навчально-методичних комплексів і забезпечення навчально-методичного супроводу формування професійної етики студентів.

Висновки до другого розділу

1. Враховуючи сутнісні характеристики і структурні компоненти професійної етики медичної сестри, ми визначили відповідні критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивний, особистісний, діяльнісний) та показники, які дають змогу оцінити рівень сформованості професійної етики у студентів медичного коледжу.

2. Відповідно до визначених критеріїв і показників було підібрано комплекс методик діагностування професійної етики майбутніх медичних сестер: тест «Професійна етика медичної сестри», методика виявлення ціннісних орієнтацій М. Рокича; методика вивчення мотивації професійної діяльності К. Замфір; методика діагностики соціально-психологічних установок особистості О. Потьомкіна, методика діагностування рівня морально-етичної відповідальності особистості І. Тимощука, методика визначення толерантних і інтолерантних установок особистості в сфері міжособистісного спілкування В. Бойко,

опитувальник емоційної емпатії А. Мєграбяна і М. Епштейна, метод експертних оцінок.

3. Використання вказаних методик на констатувальному етапі дослідження дало змогу визначити й описати три рівні сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер: високий (ціннісно-рефлексивний), середній (нормативно-репродуктивний) і низький (емпірично-інтуїтивний).

4. Загалом аналіз результатів констатувального етапу дослідження свідчить, що в умовах недостатнього педагогічного керівництва і значною мірою стихійного становлення професійної етики студентів не забезпечується належний рівень етико-деонтологічної підготовки багатьох з них до ефективного виконання професійних функцій. Для 22 % майбутніх медичних сестер властивий низький, емпірично-інтуїтивний, рівень сформованості професійної етики, що свідчить про їх недостатню готовність до налагодження конструктивних стосунків з суб'єктами професійної взаємодії і створення емоційно комфортних умов у лікувальному процесі. Отже, існує необхідність в обґрунтуванні педагогічних умов і визначенні шляхів підвищення ефективності формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки.

Зміст другого розділу висвітлений у таких публікаціях автора дисертаційного дослідження: [30], [35], [36].

РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР

3.1. Педагогічні умови формування професійної етики студентів медичного коледжу

Виявляючи умови, що забезпечують продуктивність формування у студентів медичного коледжу професійної етики, ми спиралися на два основних, на наш погляд, напрями: перший – пов'язаний з вивченням особливостей зовнішнього впливу на організацію професійної підготовки, другий – з виявленням внутрішніх факторів набуття бажаної якості майбутнього фахівця.

Аналіз уявлень про суть, склад і структуру професійної етики медичних працівників, розроблена модель її формування в освітньому процесі медичного коледжу дозволяють створити необхідні і достатні, на наш погляд, педагогічні умови формування у майбутніх медичних працівників професійної етики.

Створення і функціонування в медичному коледжі комплексної професійно орієнтованої виховної системи.

Процес формування професійної етики у студентів медичного коледжу, відображаючи загальні закономірності і принципи формування особистості, є певною системою взаємообумовлених і взаємодіючих чинників, – зовнішніх і внутрішніх, інтенсивних і екстенсивних, таких, що поступають з різних за значущістю джерел і детермінують перетворення потоку інформації на морально-етичні установки і орієнтації, на певні форми етичної поведінки.

Очевидно, що формування професійної етики у майбутніх медичних працівників є системним, поліфункціональним процесом. Тому реалізація цього процесу можлива в межах комплексної професійно орієнтованої виховної системи медичного коледжу, яка, інтегруючи весь спектр заходів, є вектором формування професійної компетентності майбутніх медичних працівників, складовою якої виступає професійна етика.

Під виховним простором ми розуміємо психолого-педагогічний проект, метою

якого є духовно-моральне вдосконалення особистості. Його проектування полягає у створенні й реалізації системи наукових орієнтирів, які задають технологічний вектор взаємодії педагога і вихованців, спрямований на успішне досягнення виховної мети – розвитку духовно зрілої особистості [23].

Поряд з поняттям «виховний простір» у педагогічній літературі широко використовуються змістовно близькі поняття «виховне середовище», «соціально-виховне середовище» тощо. Зокрема, соціально-виховне середовище навчального закладу розуміють як «частину загального соціального простору, в якому цілеспрямовано створюються умови для інтеграції дії внутрішніх виховних механізмів та соціально-виховного впливу зовнішніх соціальних інституцій та забезпечення на цій основі цілісного соціально-виховного впливу на суб'єктів соціального виховання задля активізації соціального розвитку студентів з метою підвищення рівня їхньої соціальності» [247, с.112].

Комплексна професійно орієнтована виховна система медичного коледжу в нашому дослідженні розглядається як сукупність взаємопов'язаних компонентів, що характеризують на теоретичному рівні в найбільш узагальненому вигляді складові виховної діяльності, спрямованої на розвиток особистості майбутнього фахівця (і, перш за все, морально-етичної сфери).

Методологічною підставою для розгляду виховання як системи є відповідність об'єкту системним ознакам: властивості системи відображають інтегроване поєднання властивостей її компонентів; залежність кожного компонента від його функцій усередині цілого; структурність як можливість розгляду кожного компонента системи як системи іншого рівня [215].

Виховна система кожного закладу, тим більше професійно орієнтованого, є унікальною. Неповторність пов'язана з тим «специфічним», характерним духом, який властивий кожній конкретній установі з урахуванням її викладацького, студентського та допоміжного складу.

На нашу думку, теоретична модель виховної системи медичного коледжу може бути представлена як уявний образ об'єкту, що відображає його структуру, прогнозовані результати, взаємозв'язки компонентів, тенденції розвитку.

Теоретична модель виховної системи медичного коледжу відображає її як динамічне педагогічне явище, процес розвитку якого обумовлений специфікою соціально-професійної діяльності фахівців медичного профілю і спектром вирішуваних ними професійних завдань [75].

На наш погляд, комплексна професійно орієнтована виховна система медичного коледжу є складним поліструктурним утворенням, сутністю якого є комплекс взаємопов'язаних, взаємодіючих між собою компонентів і умов, що інтегровані в єдину цілісність, яка має виховне спрямування у просторово-часовому масиві професійно-виховного середовища медичного коледжу на формування професійно важливих якостей майбутніх фахівців.

Ми вважаємо, що впровадження системних нововведень у виховний процес медичного коледжу і перехід останнього в якісно новий стан зумовлює рух від розрізнених заходів до створення і ефективного функціонування цілісної саморегульованої інноваційної виховної системи, спрямованої на досягнення результату в професійній підготовці майбутніх медичних сестер.

Необхідність проектування виховної системи, спрямованої на формування професійно важливих якостей майбутніх медичних працівників, визначається: цілісністю суб'єкта виховної діяльності – особистості студента медичного коледжу, який «не виховується по частинах», а розвивається гармонійно лише в цілісному процесі; можливістю об'єднання зусиль всіх суб'єктів виховання в єдиний колектив, що зумовлює більш ефективну організацію процесу виховання; поширенням можливостей виховних впливів на особистість через різні сфери виховання; оптимальним використанням у виховній діяльності всіх ресурсів медичного коледжу.

При цьому компонентами професійно орієнтованої виховної системи є:

– цілі, що знаходять відображення в концепції виховання (тобто сукупність ідей, принципів, що є фундаментом виховної системи); завдання і основні напрями виховної діяльності;

– суб'єкти діяльності, що реалізують завдання виховної діяльності;

– навчально-професійні відносини, що виникають у процесі освітнього

процесу, інтегруючи суб'єктів у професійну спільноту;

– професійно-виховне середовище медичного коледжу, створене викладацьким і студентським колективами навчального закладу;

– управління системою, що забезпечує інтеграцію, взаємодію компонентів і розвиток системи в цілому [231].

На наш погляд, система формування професійної етики майбутніх медичних працівників має будуватися на принципах педагогічної моделі фасилітації (підтримки, сприяння), яка передбачає надання студентам можливостей для вільного вибору, створення умов для їх самовизначення і самореалізації в освітньо-професійному середовищі [75].

Для того, щоб більш повно представити особливості функціонування комплексної професійно орієнтованої виховної системи медичного коледжу, вважаємо за необхідне коротко розглянути кожен з компонентів системи, визначаючи їх специфіку, способи взаємодії і варіанти практичної реалізації у процесі професійної підготовки майбутніх медичних працівників. Варто зазначити, що відповідно до проблеми нашого дослідження, проектування виховної системи і визначення її компонентного складу здійснюються відносно формування професійної етики майбутніх медичних працівників. Очевидно, що спектр завдань, що вирішуються виховною системою, значно ширше; проте ми вважаємо за потрібне розгляд її саме в межах феномену, що досліджується.

Перший компонент комплексної професійно орієнтованої виховної системи – цільовий, тобто сукупність ідей, що відображають уявлення учасників системи про цілі, принципи і умови розвитку особистості. Мета належить до найважливіших методологічних категорій і розглядається як багатопланове явище, компонент людської діяльності, її ідеальний образ і результат, на досягнення якого спрямовані дії суб'єкта. Мета слугує вектором і регулятором діяльності, відображаючи потреби суб'єкта, стимулюючи і мобілізуючи зусилля особистості, визначаючи характер дій, спрямованих на досягнення результату. Мета, з одного боку, є віддзеркаленням потреб суб'єкта, а з іншого, – реальних можливостей об'єктивної дійсності [142]. Її зміст визначається: відповідністю об'єктивним закономірностям розвитку

суспільства і професійної діяльності; потребами студентів, що формуються практикою соціально-професійної сфери; наявністю реальних засобів, необхідних для перетворення ідеального результату на матеріальні об'єкти і відносини. В освітніх установах медичного профілю велика увага в структурі мети приділяється особистісно-професійному аспекту розвитку і, перш за все, розвитку професійної етики, що допомагає майбутньому медичному працівникові в пізнанні і реалізації себе як професіонала і людини. Педагогічні цілі медичного коледжу орієнтовані на гуманістичні цінності, в них фіксується результат, що відображається в змінах особистісних якостей, які є важливими під час виконання професійних функцій майбутніми медичними сестрами. Саме цей аспект ми визначаємо як мету проектування виховної системи і результат педагогічних зусиль. Варто зазначити, що наше дослідження базується на основних принципах виховання як системного явища: єдності педагогічних вимог медичного закладу, сім'ї, суспільства; вимогливість, поєднана з повагою до особистості; систематичність і послідовність; цілеспрямованість у досягненні мети; самоуправлінська система під контролем викладача; колективістське виховання; урахування особистісних схильностей, життєвих (професійних) потреб.

Другий компонент комплексної професійно орієнтованої виховної системи – спільність суб'єктів професійно-виховного процесу, що реалізує цілі виховання, беручи активну участь у розвитку виховної системи. При цьому особлива роль у даному процесі належить педагогові як суб'єкту, що реалізує педагогічні новації в практиці виховної діяльності [239]. Інноваційна діяльність викладача спрямована на перетворення, зміну існуючих форм і методів виховання, створення нових цілей і засобів її реалізації, саме тому вона є одним з видів продуктивної творчої діяльності людей. В той же час, педагог, не забуваючи про свою особливу роль, повинен «піднятися» над собою і утворити зі студентством єдиний конгломерат думок, потреб, цілей, дій та рефлексій. Студентські ініціативи, результати роботи студентського самоврядування можуть стати базисом для розвитку кардинально нової системи етичної освіти медичних сестер. Викладач, запроваджуючи демократичні стосунки, інтегруючи студентів у спільноту і керуючи нею в режимі

діалогу, лише підносить свій педагогічний авторитет в утвореній спільноті і це все разом сприяє становленню професійної етики студентів.

Третій компонент комплексної професійно орієнтованої виховної системи – професійно-виховне середовище (внутрішнє (мікро-) і зовнішнє (макро-)), створене викладацьким і студентським колективами медичного коледжу.

Професійно-виховне середовище ми розглядаємо як систему педагогічних умов розвитку особистості, а також можливостей для саморозвитку, що створюються в локальному просторі навчально-виховного закладу [71]. З позиції середовищного підходу, вплив виховно-професійного середовища на студентів здійснюється за допомогою використання традиційного (нормативні знання, що набуваються у сім'ї і завдяки оточенню), інституціонального (суспільно схвалений досвід, що засвоюється через взаємодію виховної системи медичного коледжу з професійним середовищем), рефлексивного (моральна відповідальність особистості і усвідомлення суб'єктивної належності до соціально-професійної спільноти) механізмів, що забезпечують організацію процесу формування професійної етики майбутніх медичних працівників, заснованої на пізнанні навколишнього світу, професійного середовища і своєї ролі в суспільстві в цілому і в процесі виконання професійних функцій, зокрема, залученні до етичних цінностей, формуванні здатності до морального вибору.

У педагогічній інтерпретації це означає, що середовище (і макро-, і мікро-) може стати частиною виховної системи завдяки: адаптації студентів до соціально-професійного середовища, вимог, що висувуються до медичного працівника; діяльнісному освоєнню студентами виховно-професійного і соціально-професійного середовища; педагогізації виховно-професійного середовища на засадах підтримки різних ініціатив соціуму щодо виховання студентської молоді; персоналізації середовища, тобто знаходження кожним студентом у середовищі навчального закладу свого місця, друзів, об'єктів докладання своїх сил.

Ці напрями необхідно враховувати в освітньому процесі медичного коледжу, оскільки ефективне функціонування виховної системи обумовлене системною взаємодією з зовнішнім соціально-професійним середовищем. Для діяльності

медичного коледжу характерні тенденції освоєння соціально-професійного середовища, розширення сфери взаємодії і поповнення виховного потенціалу за рахунок позитивних впливів середовища як макрокомпонента виховної системи на особистість майбутнього медичного працівника.

Таким чином, комплексну професійно орієнтовану виховну систему медичного коледжу можна структурувати відповідно до основних компонентів системи в цілому (мета, спільність людей, що реалізують цілі, відносини, що складаються між учасниками в результаті діяльності, внутрішнє професійно-виховне і зовнішнє соціально-професійне середовище). На нашу думку, взаємозв'язок і продуктивне функціонування компонентів виховної системи забезпечують реалізацію комплексу педагогічних умов формування професійної етики у студентів медичного коледжу.

Вочевидь, у вихованні повинні оптимально поєднуватися інтереси особистості і суспільства. Якщо інтерес особистості полягає у вільному саморозвитку і збереженні своєї індивідуальності, то інтерес суспільства і держави в тому, щоб цей саморозвиток здійснювався на етичній основі, а виховання сприяло відтворенню в суспільстві людей, що володіють розвиненими етичними якостями, здатні бути гідними громадянами своєї Вітчизни і продуктивно виконувати свої обов'язки відповідно до професійної функціональності.

У контексті формування професійної етики майбутніх медичних сестер важливого значення набуває *забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу.*

Стрімкі зміни в соціально-економічному житті нашого суспільства обумовлюють необхідність розвитку у сучасної людини не лише розвинених адаптаційних здібностей, що допомагають виживати, але і здатностей змінювати, радикально перебудовувати самі життєві умови, змінюючись при цьому особистісно, управляючи власним життям і власним розвитком [17].

У зв'язку з цим сучасна особистісно-орієнтована педагогіка, спираючись на загальну ідею саморозвитку, прагне оперувати поняттями, що адекватно відображають гуманістичну сутність людини і процес її навчання та виховання.

Наука звертається до таких категорій, як «суб'єкт – об'єкт», «свідомість – самосвідомість», «розвиток – саморозвиток», «виховання – самовиховання», «самореалізація», «Я-концепція», що підкреслюють не лише зовнішню, але і внутрішню обумовленість процесів становлення особистості майбутнього фахівця [142; 211; 238].

У теоретичних дослідженнях і освітній практиці все частіше стали використовуватися терміни, що мають складовою частиною «само-», які акцентують увагу на можливостях людини як суб'єкта власного розвитку, тобто як суб'єкта свідомості, діяльності, спілкування. Різні аспекти саморозвитку особистості (самовизначення, самореалізація, самопізнання, самооцінка) стають метою діяльності освітніх інститутів, входять до складу нормативних вимог до них.

Поняття «самоактуалізація» є відносно новим, хоча останніми роками використовується в педагогічних дослідженнях доволі часто. Спочатку цей термін використовувався як синонім «саморозкриття», «самоствердження», «самовираження» [54; 55]. У найзагальнішому сенсі самоактуалізація визначається як прагнення людини до якомога повнішого виявлення і розвитку власних особистісних можливостей. Саме досягнення особистістю таких характеристик проголошується гуманістичною педагогікою головною метою освіти особистості на відміну від формалізованої передачі тому, хто вчиться, знань і соціальних норм у традиційній педагогіці. Вчитель-фасилітатор – основа, психолого-педагогічної діяльності [196]. Поняття «самоактуалізація» говорить про наявність «самості», яка потребує «актуалізації». Поняття «самості» було введене філософами і застосовувалося ними під час опису буття того виду живих істот, що здатні виокремлювати себе з реальності за допомогою мислення, рефлексії. За К. Юнгом самість – це цілісна особистість, яка не може бути пізнана абсолютно.

Варто зазначити, що вчені-гуманісти (Г. Балл, С. Максименко), висвітлюючи загально-психологічний розвиток людини, виняткову роль надають процесу самоактуалізації. У вітчизняній психології самоактуалізація розглядається у площині становлення особистості, де основні принципи єдності свідомості і діяльності, розвитку свідомості й особистості у діяльності, детермінізму, висвітлені

у працях Б. Ананьєва, О. Бандури, Л. Виготського, Г. Костюка, О. Леонтьєва, С. Максименка, В. Мясищева, С. Рубінштейна.

На психолого-педагогічному рівні розуміння самоактуалізації базується на ідеї особистісного саморозвитку, що розкриває залежність ступеня прогресування людини від міри її власної активності. З метою виявлення найбільш значущих зовнішніх і внутрішніх відносин особистості, що визначають її самоактуалізацію, варто зупинитися на деяких принципових положеннях, які відображають гуманістичний підхід до розуміння особистості взагалі і сукупності її індивідуальних проявів зокрема.

Науковці, досліджуючи активність особистості як суб'єкта діяльності, у найзагальнішому вигляді визначають це поняття як властивий особі спосіб об'єктивізації, самовираження у діяльності професійній, і на життєвому шляху в цілому, відповідно до її вищих потреб у визнанні. Особистість за допомогою своєї активності знаходить засоби, умови, фактори задоволення потреб, регулює окремі дії і вчинки і, певним чином, категоризує, моделює, перетворює дійсність [81]. Активність, у широкому сенсі слова, – це властивий особистості спосіб організації життя, регуляції і саморегуляції на основі інтеграції потреб, здібностей, ставлення особистості до життя, з одного боку, і вимог до особистості суспільства і обставин, – з іншого [55; 223].

Гуманістичний підхід до людини передбачає також і розуміння особистості в її актуальному досвіді. Актуальний досвід – це особистісно значущий суб'єктивний досвід індивіда, що виступає основою його навчання. А в основі людської природи знаходиться «намір» (інтенція), що виявляється в здійснюваних впродовж життя виборах для досягнення цілей, які сама людина може і не усвідомлювати. Розвиток діяльності і розвиток особистості як суб'єкта виступають у діалектичній тотожності. Цей дуалістичний розвиток, на думку І. Бека, означає розширення, поглиблення соціального досвіду особистості, обробку його результатів, які і є механізмом формування здатності індивіда використовувати накопичені раніше знання для вироблення способів їх розвитку [22].

Для індивіда результати попереднього досвіду виступають не як

«надіндивідуальна програма», що заздалегідь визначає його дії, а як соціально обумовлена адресація індивідові його можливостей виступати активним суб'єктом, осягати і розвивати досвід попередніх поколінь. Розгляд під цим кутом зору діяльності індивіда може бути представлений як реалізація соціальної сутності особистості, як самоздійснення і самореалізація в цій діяльності.

У діяльності суб'єкт є стороною активною, що самовизначається відносно об'єкту, рефлексує щодо своїх здібностей до творчості, він орієнтований на об'єкт, вбудовуючи його у свій власний внутрішній світ. Тому світ діяльності є світом самої людини (її внутрішньою субстанцією, внутрішнім «середовищем пізнання», а не просто «зовнішнім освітнім середовищем»). Тому є очевидним висновок, що не може бути діяльності зовні, окрім діяльнісної активності людини, оскільки те, що пізнає людина в об'єктивній дійсності, визначається не лише дійсністю, але і, мабуть, більшою мірою самою людиною.

Як суб'єкт власної діяльності людина виступає активним джерелом самозмінення, саморозвитку. В цьому випадку особистісні витoki людини, знаходять самостійні способи існування, отримують віддзеркалення центрації індивіда в діяльності, а разом з нею і його рефлексії на себе.

А. Вербицький відзначає, що «...Проявляючи активність... людина досягає реалізації свідомо поставлених нею самою або прийнятих ззовні цілей. І якщо об'єктивна ситуація перешкоджає досягненню цих цілей, суб'єкт переформатує її в мисленні і практичній дії, здійснює інтелектуальну і практичну діяльність, заломлюючи зовнішнє через внутрішнє» [61, с.19-24].

Таким чином, у вітчизняній психології, відповідно до принципів детермінізму, активності та розвитку та діяльнісного підходу, особистість виступає не лише результатом біологічного дозрівання або продуктом специфічних умов життя і діяльності, але й суб'єктом активної взаємодії з середовищем, у процесі якої індивід набуває особливих рис. Вищевикладені принципові позиції з погляду гуманістичного підходу визначають особистість як унікальну, цілісну, відкриту й інтенціональну систему, яка є не чимось заздалегідь заданим, а відкрита для можливостей самоактуалізації, що властива лише для людини [131].

Під самоактуалізацією особистості ми будемо розуміти безперервний динамічний процес, що забезпечує поступальний і перспективний характер розвитку суб'єкта, коли останній, використовуючи досвід, набутий на реалізованому рівні, здійснює накопичення нового досвіду, тим самим створюючи основу для самозмінення на потенційному рівні.

Використання ціннісного потенціалу фахових дисциплін у процесі професійно-етичного самовизначення майбутніх медичних працівників.

Використання ціннісного потенціалу фахових дисциплін є процесом безперервним, мобільним і, на нашу думку, за умов правильної технологічної реалізації – продуктивним. Зміст кожного з етапів цього процесу організується на основі закономірного чергування послідовно пов'язаних принципів: підготовчий етап – принципів систематизації і орієнтації; основний етап – принципів актуалізації і самоактуалізації (рис. 3.1).

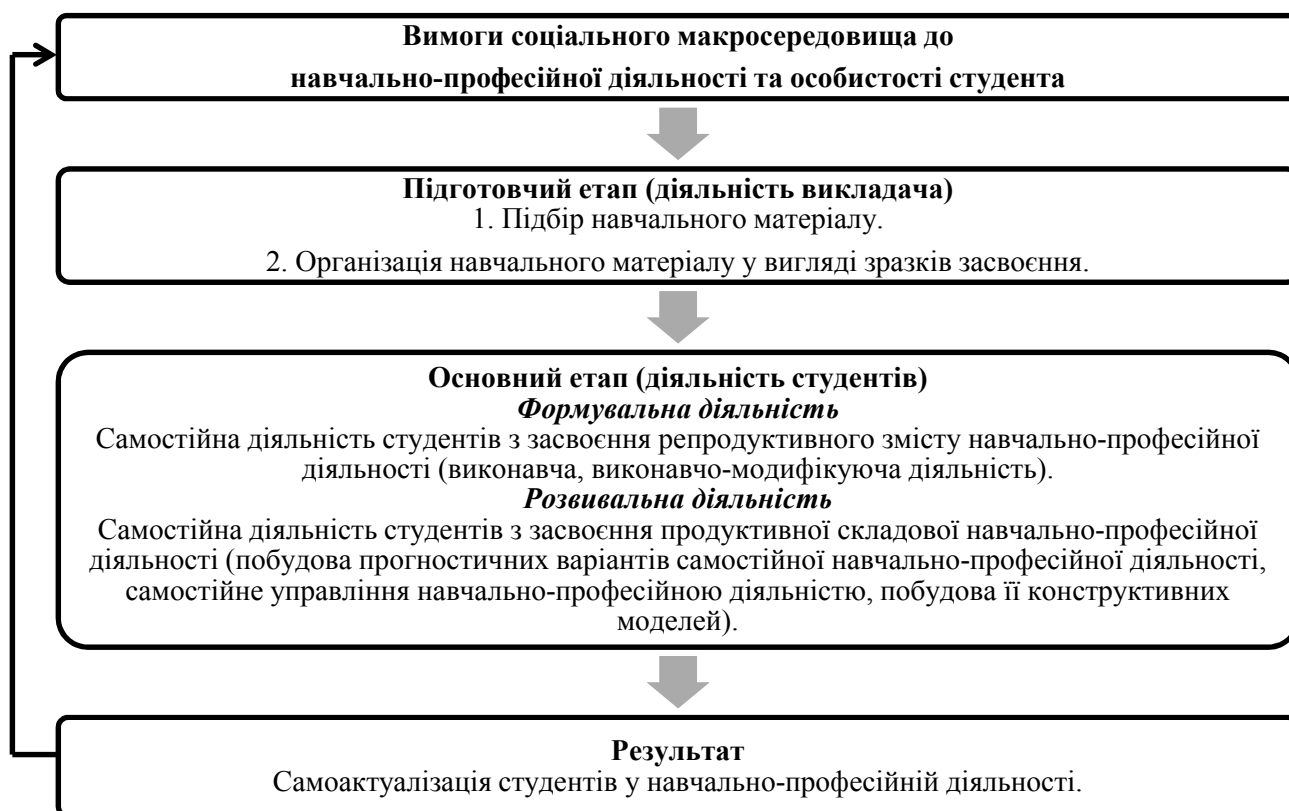


Рис. 3.1. Теоретична модель використання ціннісного потенціалу фахових дисциплін у процесі професійно-морального самовизначення майбутніх медичних сестер

Принцип систематизації орієнтує на виявлення специфічного змісту

навчального матеріалу, що характеризується можливістю його екстраполяції на майбутню сферу діяльності. Цей принцип обумовлює систему вимог до відбору навчального матеріалу на рівні побудови технологічних конструктів формування навчальної діяльності з позиції історичного і прогностичного аспектів генезису цього матеріалу. В навчальному матеріалі поряд із загальним має бути представлений специфічний і в той же час актуальний для професійної діяльності зміст.

Принцип орієнтації спрямований на технологічне розгортання навчального матеріалу у вигляді певних етапів, що передбачають програмовану діяльність викладачів і студентів. Цей принцип лежить в основі системи вимог до особливостей організації навчального матеріалу під час побудови технологій взаємодії викладачів і студентів, конструктивної діяльності викладача з побудови освітнього процесу і варіативних умов його модифікації. Навчальний матеріал має бути представлений у формі навчальних дій, що передбачаються з метою отримання прогнозованого результату.

Принцип актуалізації орієнтує на організацію діяльності студентів з засвоєння навчального матеріалу у вигляді нормативних способів актуальних навчальних і потенційних форм професійної діяльності. Цей принцип передбачає конструювання системи вимог до організації навчальної діяльності студентів із засвоєння репродуктивного змісту соціального досвіду за допомогою опанування зразка, запропонованого ззовні. Іншими словами, відбувається процес, в основі якого відтворення студентами-майбутніми фахівцями відомих форм і способів діяльності за допомогою використання традиційних технологій.

Принцип самоактуалізації спрямований на організацію навчальної діяльності студентів з самостійного освоєння прогностичних способів діяльності, що відображає увагу до розвитку сфер особистості, особливо значущих для професійної діяльності і саморозвитку суб'єкта в навчанні.

Реалізація такої системи вимог до освітнього процесу в медичному коледжі є засобом організації самостійної навчальної діяльності студентів, продукти якої відрізняються осмисленим характером, прийняттям їх на суб'єктивно-

особистісному рівні. Технологічні прийоми організації діяльності студентів з розвитку рефлексії в навчанні зводяться до правил і вимог самоуправління і самооцінки результатів діяльності, включаючи процесуальну і результативну структури.

Емоційно-інтелектуальне стимулювання особистісно-професійного становлення студентів засобами діалогічного спілкування.

У результаті логіко-методологічного аналізу сутності професійної етики медичних працівників нами було встановлено, що, будучи за своєю природою соціальним явищем, на рівні індивідуальної форми буття вона постає у вигляді єдності трьох процесів: обміну інформацією, пізнання людьми один одного, формування і розвитку міжособистісних відносин. Через цю особливість людина, вступаючи в спілкування в будь-якій сфері соціальної практики, у тому числі і в процесі професійної взаємодії (медичний працівник – пацієнт), закономірно реалізує інформаційно-комунікативну, перцептивно-комунікативну та інтерактивно-комунікативну функції. Тому професійна етика є феноменом, механізм функціонування якого обумовлений особливостями інтелектуальної і емоційної взаємодії суб'єктів діяльності, а її внутрішня структура визначається єдністю трьох компонентів: вербального, перцептивного, інтеракційного, що сприяють успішній реалізації відповідних функцій взаємодії між фахівцями медичного профілю і пацієнтами.

Перший компонент цієї структури – вербальний – забезпечує функціонування механізму передачі – прийому інформації. Його дія спрямована на корекцію сприйняття, розуміння і трактування інформації суб'єктом з метою досягнення необхідного рівня взаєморозуміння в діалозі.

Другий компонент – перцептивний – забезпечує функціонування процесів, спрямованих на пізнання суб'єктом як власного внутрішнього стану, так і суб'єктивної сфери свідомості пацієнтів, які мають з медичним працівником безпосереднє спілкування в умовах виконання ним професійних функцій. Його зміст виявляється в прагненні особистості фахівця критично оцінювати власні і чужі мотиви, цілі і установки поведінки, адекватно визначати суть соціальних і

рольових позицій учасників взаємодії.

Третій компонент – інтеракційний – забезпечує функціонування механізму регуляції поведінки пацієнтів в умовах професійних ситуацій спілкування. Зміст даного компонента знаходить своє відображення в потребі суб'єкта опанувати культуру міжособистісної взаємодії, дотримуватися вимог професійного спілкування, розвивати навички усвідомленого конструювання, коректування і оцінки результатів власної діяльності.

Ефективність процесу формування професійної етики студентів медичного коледжу багато в чому залежить від уміння викладача раціонально використовувати на занятті діалогічне спілкування. Воно розглядається нами як емоційно-інтелектуальний засіб стимулювання навчального процесу, оскільки такий вид спілкування сприяє реалізації суб'єкт – суб'єктних відносин в освіті. Ми використовуємо термін «емоційно-інтелектуальне стимулювання», оскільки діалогове спілкування не може вважатися методом чи прийомом, що лише підкреслює значущість технологічного комплексу, який використовується для формування професійної етики студентів медичного коледжу.

Як відомо, термін «діалог» є багатозначним. Монологічне спілкування передбачає домінування у взаємодії єдиної волі одного з її учасників (можливо, викладача), його цінностей, поглядів, інтересів, що має бути беззастережно прийняте іншими учасниками (можливо, студентами). Діалогічне спілкування є спільним обговоренням проблеми, причому важливим є факт загальної зацікавленості вирішенням завдання. За умов монологічного спілкування один з учасників є активним (суб'єктом спілкування) і спрямовує свою активність на іншого учасника (об'єкта спілкування), що залишається при цьому пасивним. Діалогічне спілкування передбачає активність (суб'єктність) усіх учасників. При цьому активність спрямована на предмет спілкування, а не на особистість одного з учасників, і саме спілкування опосередковане, перш за все, самим предметом. Ним можуть бути всі сфери людської діяльності.

Процес формування професійної етики студентів, природно, передбачає і функціонально-рольові або ділові відносини. Для такого роду стосунків характерне

спілкування, пов'язане з головною функцією процесу, що вивчається, – передачею студентові знань і вмінь, необхідних для розвитку його професійної етики. Предметом діалогу тут виступає наочна діяльність, а змістом – спеціальні знання і культурно-історичний досвід людства.

Відзначимо, що розвитку діалогічних відносин у процесі формування професійної етики студентів сприяють: установка на партнерство в спілкуванні; визнання прав партнера на власні погляди і їх захист; вміння слухати і чути партнера; готовність поглянути на предмет спілкування з позицій партнерства; здатність до співчуття і співпереживання [164].

Таким чином, діалогічне спілкування сприяє формуванню професійної етики як особистісної професійно значущої якості студентів – майбутніх медичних сестер.

Діалогічне спілкування має в своєму розпорядженні багатий арсенал емоційно-інтелектуальних прийомів, що сприяють формуванню професійної етики: ідентифікація, когнітивна інтерпретація, резюмування, підбадьорювання і емпатійне слухання, саморозкриття, встановлення особистого контакту, позитивне підкріплення. Зміст вказаних прийомів розкривається у додатку К.

Формуванню професійної етики студентів сприяє соціально-психологічний тренінг, що дозволяє підвищити компетентність у спілкуванні і набути навичок міжособистісного спілкування. Соціально-психологічний тренінг є водночас методом і формою роботи з формування професійної етики студентів-майбутніх медичних сестер, усередині якої можна автономно використовувати й інші методи, зокрема ділові і рольові ігри, дискусію тощо. Ефективність тренінгу визначається тим, що його учасникам надається можливість безпосередньо в самому процесі спілкування оцінити свою індивідуальність, навички спілкування, вміння дотримання привил і вимог професійної етики, вдосконалити їх. Соціально-психологічний тренінг дозволяє:

- набутити психолого-педагогічних знань у сфері спілкування, морально-етичних відносин, що складаються у професійній діяльності;
- набути ефективних професійно етичних навичок (наприклад, уміння налагодження контакту, емпатійного слухання, переконування тощо);

- сформувати установки, необхідні для успішного спілкування (наприклад, готовність розглянути проблему під «іншим кутом зору»);
- розвивати здібності до самоаналізу, розуміння інших людей;
- скоригувати систему особистісного ставлення до навколишнього світу, конкретних професійних ситуацій, до особистості пацієнта.

Виявлені педагогічні умови формування у студентів медичного коледжу професійної етики, теоретично визначені етапи цього процесу об'єктивно вимагають проектування відповідної педагогічної моделі, що дозволить забезпечити їх реалізацію у практиці професійної підготовки майбутніх фахівців медичного профілю.

3.2. Модель формування професійної етики майбутніх медичних сестер

Приступаючи до моделювання процесу формування у студентів медичного коледжу професійної етики, вважаємо за необхідне окреслити основні теоретичні підходи до проблеми моделювання. Моделювання є однією з основних категорій теорії пізнання: на ідеї моделювання базуються методи наукового дослідження – як теоретичні (використання різного роду знакових, абстрактних моделей), так і експериментальні (створення предметних моделей). Моделювання – це відтворення характеристик деякого об'єкта на іншому об'єкті, спеціально створеному для їх вивчення. Цей останній називається моделлю [86]. Одне з перших визначень поняття «модель» належить Г. Клаусу: «... під моделлю розуміється відображення фактів, речей і відношень у вигляді більш простої, більш наочної матеріальної структури, що належить до тієї або іншої галузі знань» [119, с. 34]. У словниках пропонується декілька аспектів розгляду поняття моделі: зразок якого-небудь виробу для серійного виробництва; тип, зразок конструкції чого-небудь; сприйняття предмета в зменшеному, збільшеному або натуральному вигляді; предмет зображення в мистецтві; зразок предмета для виготовлення форми; схема, зображення або опис будь-яких явищ або процесів у природі і суспільстві [24; 221]. Теоретично можна моделювати методику, спрямовану на досягнення мети дослідження; метод наукового дослідження; механізм розроблення нової теорії;

напрямок перспективи розвитку. Моделювання як процес передбачає дослідження об'єктів пізнання на будь-яких моделях за допомогою побудови моделей реально існуючих предметів і явищ [77].

У межах нашого дисертаційного дослідження моделювання використовується для конструктивно-технологічного опису системи, оскільки це дозволить сформувати модель, що найбільш детально відображає особливості досліджуваного об'єкту. Зазначимо, що узагальнений алгоритм моделювання складається з трьох частин: *перша* частина передбачає постановку дидактичного завдання (в нашому випадку – забезпечення ефективності процесу формування у студентів медичного коледжу професійної етики); *друга* – проектування моделі формування професійної етики, адекватної умовам дидактичного завдання, яка є умовою її попереднього вирішення; *третья* – виявлення педагогічних умов і проектування механізму реалізації моделі, спрямованого на забезпечення ефективності процесу формування у студентів-майбутніх медичних сестер професійної етики.

На основі врахування специфіки морально-етичного аспекту професійної діяльності медичної сестри, а також особливостей організації освітнього процесу в медичному коледжі нами була розроблена педагогічна модель формування професійної етики майбутніх медичних сестер, що складається з чотирьох блоків і комплексно відображає мету, завдання, педагогічні умови, форми, методи, етапи та рівні розвитку професійної етики студентів у процесі фахової підготовки (рис. 3.2).

Першим є *функціонально-цільовий блок*, в якому представлені мета, завдання та функції процесу формування професійної етики майбутніх медичних сестер.

Мета полягає в досягненні високого рівня становлення професійної етики майбутніх фахівців відповідно до їх професійного призначення, формуванні у майбутніх медичних працівників морально-етичних якостей; створенні умов для розвитку деонтологічної свідомості, здатності до моральної стійкості в процесі реалізації професійних функцій; формуванні позитивного ставлення до життєвих та професійних цінностей, здатності до емпатії, прагнення до самореалізації у відповідності з професійно етичними нормами в процесі виконання різних соціально-професійних ролей.

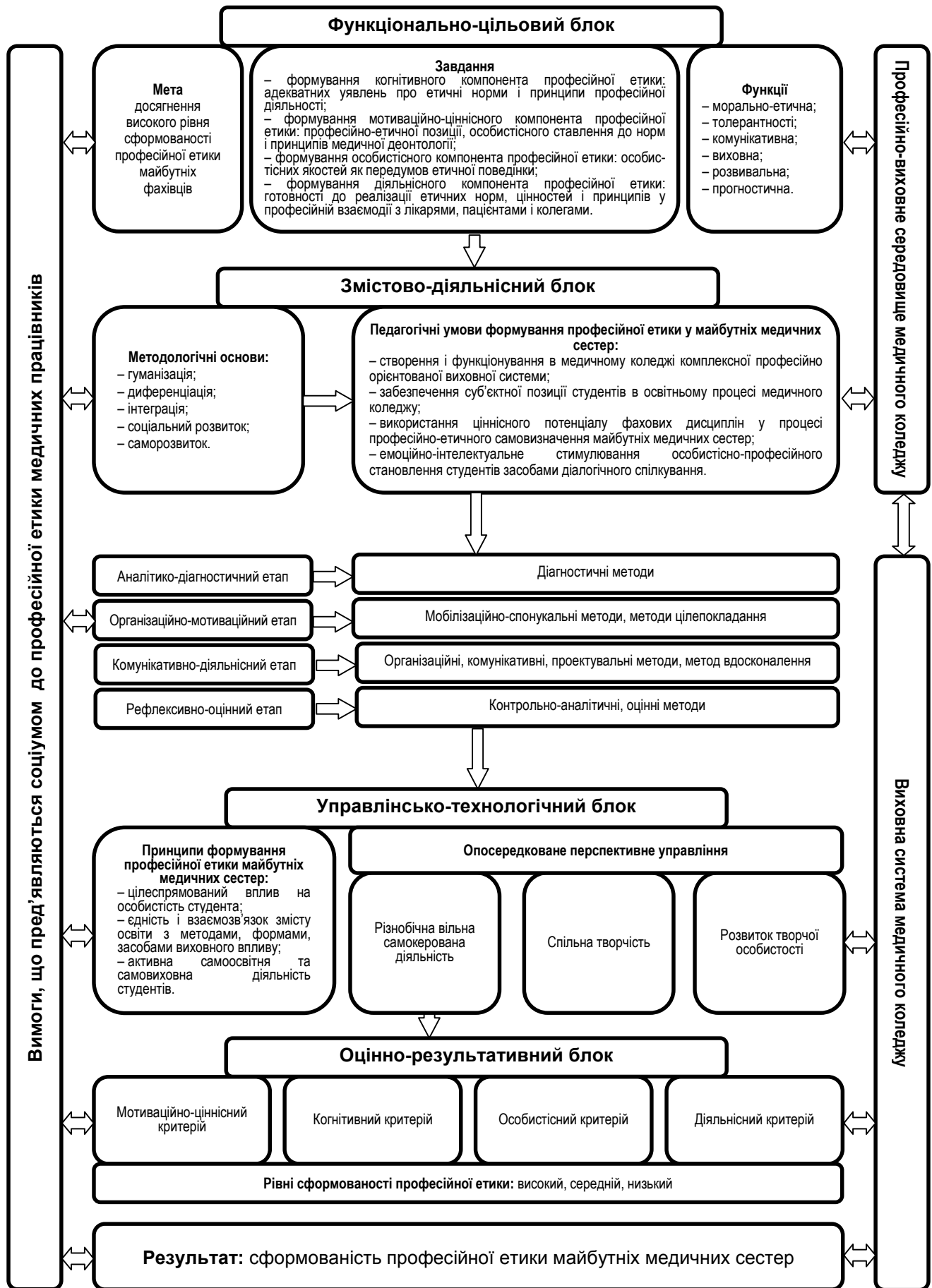


Рис. 3.2. Модель процесу формування професійної етики майбутніх медичних сестер

Завдання процесу формування професійної етики у майбутніх медичних сестер:

- створити практичне середовище професійного простору виховання особистості майбутнього медичного працівника;
- створити педагогічні умови для розвитку в студентів професійної етики;
- стимулювати прагнення студентів до реалізації професійно-етичних норм і правил за умов виконання різних соціально-професійних ролей;
- сприяти усвідомленню студентами цінності здоров'я людини і діяльності з його збереження як обов'язкової умови формування професійної етики майбутнього фахівця.

Функції процесу формування професійної етики в студентів медичного коледжу:

- морально-етична функція обумовлює розвиток адекватних, етично спрямованих уявлень студентів у системах «людина – суспільство» і «людина – людина» щодо ціннісного аспекту взаємодії і усвідомлення місії медичного працівника в сучасному полікультурному соціумі;
- функція толерантності має окреслювати діяльність медичного працівника в полікультурному середовищі, що диктує необхідність толерантного прийняття інших цінностей, поглядів, життєвих позицій;
- комунікативна функція відображає необхідність оволодіння студентом медичного коледжу різними комунікативними прийомами особистісно-ділової взаємодії, що відповідають вимогам професійної етики;
- виховна функція є частиною професійної діяльності медичного працівника і реалізується в системі неперервного професійного виховання і самовиховання майбутніх медичних працівників;
- розвивальна функція визначає розвиток особистості майбутнього медичного працівника як професіонала, його морально-етичних соціально-значущих якостей, необхідних для реалізації себе у професійній діяльності;
- прогностична функція спрямована на розвиток умінь прогнозування можливих наслідків професійної діяльності, використання різних методів

організації та управління в сфері професійної праці відповідно до вимог професійної етики.

Другим у структурі моделі виступає *змістово-діяльнісний блок*, що відображає оптимальні шляхи досягнення цілей досліджуваного процесу. Методологічними підставами якісного відбору змісту формування професійної етики майбутніх медичних сестер, а отже, і змістово-діялісного компонента системи, є гуманізація, диференціація, інтеграція, соціальний розвиток і саморозвиток особистості як умова і результат багатокomпонентного процесу професійної діяльності.

Узагальнення результатів аналізу психологічної і педагогічної літератури, констатувального етапу дослідження, сучасної практики підготовки медичних працівників, а також власного педагогічного досвіду дало змогу визначити комплекс педагогічних умов формування професійної етики майбутніх медичних сестер: створення і функціонування в медичному коледжі комплексної професійно орієнтованої виховної системи; забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу; використання ціннісного потенціалу фахових дисциплін у процесі професійно-етичного самовизначення майбутніх медичних сестер; емоційно-інтелектуальне стимулювання особистісно-професійного становлення студентів засобами діалогічного спілкування.

Діяльнісний аспект змістово-діялісного блоку проявляється в організації соціально-професійного середовища освітньої установи, розробці адекватних форм і методів організації освітнього процесу, поглибленні теоретичних знань з основ професійної етики, формуванні адекватних практичних умінь і морально-етичних якостей. На наш погляд, кожному виду продуктивної діяльності студентів з формування професійної етики повинні відповідати традиційні та нетрадиційні форми реалізації змісту даної діяльності. У сконструйованій нами моделі діяльність студентів може бути організована в таких формах:

- форми організації діяльності, що відповідають інформаційно-орієнтувальному виду діяльності, основним призначенням яких є спрямування студентів на сприйняття, відбір теоретичного матеріалу з актуальних питань;

- форми організації діяльності, що відповідають дієво-практичному виду діяльності, основним призначенням яких є підготовка студентів до практичного застосування здобутих теоретичних знань, їх поглиблення, набуття професійних навичок і досвіду їх застосування;

- форми організації діяльності, що відповідають продуктивно – творчому виду діяльності, основним призначенням яких є розробка та реалізація студентами власного творчого продукту діяльності.

Третій компонент моделі – *управлінсько-технологічний блок*, що передбачає продуктивне управління з боку викладачів професійною підготовкою та діяльністю студентів з формування професійної етики, володіння технологіями організації та здійснення професійної діяльності відповідно до морально-етичних норм.

Процес формування професійної етики майбутніх медичних сестер базується на таких принципах: цілеспрямований характер виховного впливу на особистість студента з метою розвитку професійно важливих якостей; єдність і взаємозв'язок змісту освіти з методами, формами, засобами реалізації виховного впливу на студента; активна самоосвітня та самовиховна діяльність тих, хто навчається.

Для того, щоб діяльність суб'єктів освітньої системи стала цілеспрямованою, необхідно визначити, які результати ми хотіли б отримати в майбутньому, які можливості існують для досягнення бажаних цілей, розробити склад і структуру майбутніх дій. Все це необхідно зробити до того, як почнеться реальна діяльність, моделюючи її. Таке моделювання майбутньої діяльності називають плануванням. Воно виявляється можливим завдяки специфічній здатності мислення працювати з образами реальної дійсності, до певного моменту не вносячи змін у неї. Від того, наскільки глибоко і адекватно ідеальні об'єкти (уявлення, схеми, моделі), якими оперує суб'єкт планування, відображають реальну дійсність, буде залежати раціональність вибору цілей майбутньої діяльності і засобів їх досягнення.

Однак для ефективної діяльності одного плану недостатньо. Необхідно визначити порядок її організації, взаємодії суб'єктів по вертикалі і по горизонталі, іншими словами, побудувати організаційну структуру спільної діяльності викладачів і студентів. Побудова такої структури забезпечує узгодженість дій

учасників спільної діяльності – суб'єктів навчання. Однак для їх ефективної інтеграції обов'язковим є врахування суб'єктивних, особистісних аспектів діяльності. Включаючись у спільну діяльність, ті, хто навчаються, очікують, що вона дозволить їм реалізувати їх інтереси, задовольнити ті чи інші потреби. Якщо «бар'єр очікування» не подолано і діяльність не задовольняє суб'єкта, то він або полишає організацію, або (що більш ймовірно в умовах навчальної діяльності) вчиться без інтересу, не вкладаючи у навчання весь свій внутрішній потенціал. Тому для ефективної спільної навчальної діяльності необхідно, щоб, по-перше, ті, хто навчаються, добре розуміли, яких результатів і коли від них очікують; по-друге, були зацікавлені в їх отриманні; по-третє, відчували задоволення від своєї діяльності; по-четверте, соціально-психологічний клімат у колективі був би сприятливим для продуктивної роботи. Діяльність студентів буде успішною, якщо вона добре спланована, якщо побудована її організаційна структура, якщо її суб'єкти знають про те, що повинні робити і який результат необхідно отримати; якщо вони мають бажання і відповідні вміння. Але це відбувається лише до тих пір, поки зовнішні або внутрішні умови не зміняться так, що потрібно буде внести корективи в процес управління навчанням. Такі зміни можуть нести в собі негативний ефект для реалізації спланованих навчальних дій або, навпаки, відкрити абсолютно нові можливості. Управління має своєчасно реагувати на зміни, а для цього воно повинно мати інформацію про них. Отримання такої інформації і виявлення наряду коригувальних дій у навчанні забезпечується реалізацією спеціальних заходів, що називаються контролюючими. Завдяки контролю управління набуває докорінно важливого компоненту, без якого воно не може існувати, – зворотнього зв'язку. Тим самим цикл управління виявляється замкнутим [75].

Підвищення культури педагогічного управління передбачає перехід від авторитарної педагогіки, коли студент є об'єктом управлінських дій викладача, відстороненим від процесу постановки особистісно значущих цілей, відбору змісту навчання, організаційних форм і методів проведення занять, не бере участі в контролі і оцінці своєї діяльності, до педагогіки співробітництва, коли викладач

спирається не на жорстке, а на досить гнучке управління, створюючи умови для реалізації «самості» кожного студента, залучення його до тих видів діяльності, що сприймаються як обрані вільно.

Опитування, проведені нами в медичному коледжі м. Вінниця, медичних коледжах міст Бершадь, Погребище, Могилів-Подільський, Гайсин Вінницької області, показали, що у студентів прагнення до співуправління виражене досить чітко. Так, з 180 опитаних студентів на питання «Чи повинні ті, хто навчаються, брати участь у виборі змісту, організаційних форм проведення навчальних занять?» позитивно висловилися близько 80% студентів. За традиційних умов організації навчання студентів не влаштовує надмірна монополізація навчального часу викладачем. Цей показник становить 58%. Крім того, переважна більшість студентів (89%) відзначає, що для викладачів характерною є авторитарна позиція, за якої студенту відводиться роль «пасивного накопичувача» інформації, запропонованої викладачем.

У зв'язку зі зміщенням акцентів у бік самоуправління, зазнає істотних змін і характер взаємин між викладачами і студентами, вдосконалюються психолого-педагогічні механізми управління. Визначальної ролі набувають психолого-педагогічні механізми функціонування і розвитку навчальної діяльності і особистості, відносини між викладачами і студентами, засновані на паритетних засадах, що забезпечують суб'єкт – суб'єктний характер процесу професійної підготовки майбутніх медичних сестер. Здатність студентів до самоуправління у власній діяльності знаходить відображення в двох аспектах: по-перше, студент повинен бути до певної міри незалежним, тобто мати здатність до самостійної організації власної діяльності; по-друге, студент повинен бути здатен здійснити управлінський вплив як на себе, так і на інших суб'єктів відповідно до тієї спрямованості діяльності, що визначається зовнішніми спонукальними факторами. Управління самим собою розглядається нами з позицій системного підходу з урахуванням інваріантної ознаки системи: взаємодія елементів й інтеграція їх у ціле. Механізм розвитку визначають протиріччя між «порогом можливостей», тобто тим, що особистість може, і «порогом очікування», тобто тим, що вона бажає

отримати як результат діяльності. Самоуправління в навчанні передбачає інтегративну єдність внутрішньої (цілі, ціннісні орієнтації особистості, потреби) і зовнішньої (вимоги соціального оточення) сторін управління, взаємодія яких і є рушійною силою і спонукальним чинником самоуправління.

Механізм самоуправління є технологічним інструментарієм самостійної організації студентів для реалізації своїх інтересів у процесі професійної підготовки в медичному коледжі. У діяльності кожна людина реалізує себе відповідно до власних можливостей. Кожна особистість виступає для іншої об'єктом реалізації індивідуального інтересу, який, стаючи надіндивідуальним, забезпечує логічну взаємодію суб'єктів освітнього процесу в коледжі. Здатність студентів до самоуправління в діяльності формується під впливом різних навчальних ситуацій, що утворюють індивідуальний досвід суб'єкта в сфері навчальної праці. Той, хто навчає, організовуючи процес навчання і на певних етапах відповідним чином керуючи ним, може принципово впливати на ступінь реалізації поставлених цілей, у тому числі і на здатність студентів до самоуправління власною діяльністю. При цьому варто зазначити, що дидактичний ефект буде максимальним, якщо вплив буде мати не фрагментарний, а неперервний характер, коли в процесі професійної підготовки студенти будуть залучені до реальних процесів планування, прийняття раціональних реалізаційних, контрольних і оцінних рішень і будуть нести відповідальність за їх продуктивність. У такому процесі роль викладача як елемента організації діяльності студентів не зменшується і не знімається. Викладач має створювати ситуації, умови вирішення яких сприяли б оптимізації процесу засвоєння теоретичних знань, формуванню комплексу професійних умінь, морально-етичних якостей. Очевидно, що результатом «навчального диктату» є повна ізоляція особистості, зведення до мінімуму її активності, гальмування або повне виключення її суб'єктного розвитку; аналогічним є і результат неконтрольованої «свободи» студента в діяльності, за якої відбувається «зняття» індивідуальності, ініціативи, що також викликає негативні наслідки в розвитку особистості. Вважаємо, що ці граничні стани в діяльності однаково шкідливі як для викладачів, так і для студентів, що викликає необхідність

пошуку оптимальних шляхів організації процесу навчання. На нашу думку, їх варто шукати в спільній діяльності, яка передбачає активність усіх суб'єктів освітнього процесу, створюючи загальне функціональне поле їх діяльності, залучаючи їх до процесу спільної навчальної праці. Вважаємо, що положення суб'єкта в межах «групової залежності» дозволяє кожному індивіду найбільш повно визначити себе по відношенню як до зовнішнього світу, так і до власного «Я». Все це забезпечує перехід від зовнішньокерованої системи управління («управління ззовні») до системі управління «зсередини», де провідними механізмами є процеси «самості», а сама система управління функціонує як система самоуправління («система навчального менеджменту»). У загальному сенсі навчальний менеджмент – комплекс принципів, методів, організаційних форм і технологічних прийомів самоуправління навчальною діяльністю, який сприяє підвищенню ефективності останньої. Іншими словами, це теорія і технологія ефективного управління навчальною діяльністю з боку того, хто навчається. Це означає, що студент приймає на себе управлінські функції викладача. Він сам формує управлінські впливи на себе і реалізує їх по відношенню до самого себе. При цьому цілком очевидно, що навчальний менеджмент, будучи освітньою системою (і на своєму рівні утворюючи макросистему), разом з тим є підсистемою системи педагогічного менеджменту. Цілком зрозуміло, що ефективне формування і функціонування системи навчального менеджменту можливе в тому випадку, якщо цей процес спочатку був підкріплений і спрямований тими, хто навчає, як суб'єктами системи педагогічного менеджменту. Тому очевидно, що без цілеспрямованого впливу з боку педагога неможливо домогтися створення необхідних внутрішніх умов й індивідуального характеру навчальної діяльності студента. В той же час, вважаємо малоефективним коригувати лише зовнішні впливи і їх пріоритет над внутрішніми умовами. У цьому випадку порушується так звана динамічна рівновага всередині самої системи, що неминуче призведе до дисбалансу в професійній підготовці студентів. Підвищення ефективності освітнього процесу в значній мірі пов'язане з пошуком адекватної системи взаємодії між його учасниками, її оптимізацією. Необхідність у такій системі повинна чітко усвідомлюватися викладачем; тоді вона

буде цілком свідомо проектуватися, забезпечуватися і втілюватися в ході навчання, поступово переходячи в ранг «внутрішньоособистісної» для студента. Проект системи аж ніяк не є чимось уніфікованим і одноманітним; навпаки, він високодинамічний, гнучкий, здатний мобільно налаштовуватись в залежності від змін, що відбуваються в системі освіти.

У ході реалізації моделі спільної діяльності студентів і викладачів у реальній освітній практиці відбувається переорієнтація діяльності з позиції «керованої ззовні» на позицію, яка «керується з середини». Остання, очевидно, більш сприятливо впливає на результати діяльності в цілому, забезпечуючи досягнення найбільш продуктивного результату.

Наведена схема, на наш погляд, має можливості для модифікації в залежності від тих чи інших зовнішніх і внутрішніх умов діяльності, специфіки конкретної навчальної ситуації і освітнього макро- і мікросередовища. Компоненти структури мають загальний характер і мають на меті здійснення низки навчальних дій, серед яких дії мотиваційного і операційного характеру. Власне, ці напрями, що розуміються нами в широкому сенсі (включають і цільовий, і мотиваційний, і змістовий, і операційний, і оцінно-результативний компоненти), визначають процес вирішення навчальних завдань.

Про якість спроектованої системи повинен говорити кінцевий результат (четвертий компонент у структурі системи – *оцінно-результативний блок*). Він може бути представлений або значеннями критеріїв ефективності, або значеннями рівнів сформованості у студентів медичного коледжу професійної етики.

Представлена в нашому дослідженні модель з характеристикою її окремих компонентів, що входять до загальної структури, ілюструє основні положення методичного та організаційного характеру. Вона становить основу для окремих методичних рішень, зумовлених специфікою професійної діяльності майбутніх медичних працівників і особливостями їх професійної підготовки. Тому в подальшому дослідженні нами буде представлений комплекс педагогічних умов і методична реалізація сконструйованої моделі формування професійної етики майбутніх медичних сестер.

3.3. Методика формування професійної етики майбутніх медичних сестер

Концептуальний підхід до проектування процесу формування професійної етики у студентів медичного коледжу орієнтований на комплексне використання можливостей виховної системи медичного коледжу, суб'єктів даної системи з врахуванням вимог державної політики в галузі професійної підготовки майбутніх фахівців і специфіки функцій медичних працівників.

Виходячи з цього, нами визначені шляхи підвищення ефективності етичної підготовки майбутніх медичних сестер, що мають теоретичну і прикладну складові у проектованому процесі:

- формування етичного світогляду майбутніх медичних працівників через збагачення етичного змісту їх життєдіяльності під час взаємодії всіх суб'єктів у просторі виховної системи медичного коледжу;
- практично-орієнтована спрямованість методів, форм, прийомів і засобів формування професійної етики майбутніх медиків в освітньому процесі медичного коледжу;
- використання виховного потенціалу соціально-професійного макросередовища, особливостей професійної діяльності фахівців медичного профілю середньої ланки;
- здійснення системного контролю і корекції заходів, що проводяться.

Стратегія формування професійної етики у студентів відображає загальні перспективи і план досягнення намічених цілей у процесі виховання майбутніх медичних працівників. Вона базується на основних положеннях особистісно-орієнтованої парадигми освіти і орієнтує студентів на формування професійної етики. Основними теоретичними положеннями особистісно орієнтованої освіти, що створює умови для повноцінного розвитку всіх суб'єктів освітнього процесу, є:

- формування суб'єктної активності майбутнього фахівця як головна мета, що змінює місце суб'єкта на всіх етапах виховного процесу;
- орієнтація на індивідуальну траєкторію розвитку особистості студента, що має наслідком зміну співвідношення нормативних вимог до результатів освіти, що

відображаються в спрямуванні до самоосвіти, до становлення професійної самосвідомості;

- керівною основою організації виховного процесу є творча індивідуальність викладача, що знаходить відображення в авторських педагогічних технологіях [239].

Тактика, відповідно до положень стратегії, визначає зміст процесу формування професійної етики майбутніх медичних сестер і комплекс заходів на кожному з етапів дослідно-експериментальної роботи. Вона виробляється на правовій основі, відповідно до наукових рекомендацій і з врахуванням реальних результатів процесу формування професійної етики майбутніх медичних працівників.

Техніка формування професійної етики характеризується сукупністю прийомів, операцій та інших дій суб'єктів освітнього процесу (студентів і викладачів) з використання методичного інструментарію для досягнення поставлених цілей. Їх комплексне, взаємопов'язане застосування має системний і методично узгоджений характер.

Мета експериментальної методики, що розробляється, сформульована на основі генеральної мети Державної національної програми «Освіта (Україна XXI століття» (генеральна мета – духовно-етичне здоров'я молоді), складається із загальних і часткових (конкретних) цілей, що визначаються соціально-особистісним аспектом. Загальна мета – формування у майбутнього медичного працівника професійної етики, створення умов для розвитку професійної самосвідомості, здатності до етичної стійкості в процесі реалізації професійних функцій; вироблення позитивного ставлення до життєвих і професійних цінностей; здатності до емпатії; прагнення до професійно-етичної самореалізації у процесі виконання різних соціально-професійних ролей.

Для досягнення поставлених цілей нами визначені завдання, зміст яких відображає гуманістичний характер професійної підготовки майбутніх медичних працівників, пріоритет загальнолюдських та етичних цінностей, що реалізуються в спільній професійно-виховній діяльності суб'єктів професійної підготовки у медичному коледжі:

- створити середовище професійно-етичного виховання в процесі становлення особистості майбутнього медичного працівника;
- забезпечити умови для формування у студентів професійно-етичної мотивації, знань теоретичних основ професійно-етичної поведінки, професійно важливих морально-етичних якостей, здатності до емпатії;
- стимулювати прагнення студентів до самореалізації у різних соціально-професійних ролях;
- сприяти усвідомленню студентами цінності здоров'я людини і діяльності з його збереження як обов'язкової умови самореалізації і формування професійної позиції фахівця.

Виховна система медичного коледжу у процесі формування професійної етики майбутніх медичних сестер виконує низку функцій:

- аксіологічну, що полягає у віддзеркаленні суб'єктами виховання змісту державної політики в галузі виховання, специфіки професійної діяльності і у вираженні ставлення до них з погляду ефективності для суспільства й особистості;
- гносеологічну (пізнавальну), спрямовану на адекватне відображення державної політики в сфері етичного виховання в суб'єктному світі студентів з метою вироблення індивідуальних етичних позицій відповідно до соціально-професійних пріоритетів;
- регулятивну, орієнтовану на використання етико-деонтологічних норм у сфері регулювання стосунків, що виникають у процесі професійної діяльності;
- світоглядну, спрямовану на формування професійно-етичного світогляду у вигляді етичних поглядів, переконань, ідеалів, позицій та етичних оцінок;
- комунікативно-інтегруючу, що сприяє полегшенню процесу взаємодії суб'єктів виховної системи і їх об'єднанню на основі загальних професійних інтересів і професійно-етичних цінностей;
- контролюючу, що передбачає аналіз результатів роботи з формування в студентів медичного коледжу професійної етики, оцінку рівнів її сформованості, самооцінку кожною особистістю результатів власної діяльності, корекцію способів досягнення цілей.

Формування у майбутніх медичних працівників професійної етики реалізується у виховному процесі медичного коледжу, що складається з низки етапів: організаційно-мотиваційного, аналітико-діагностичного, комунікативно-діяльнісного, рефлексивно-оцінного), кожен з яких, будучи компонентом цілісної виховної системи, в той же час переслідує конкретну мету і має власне змістове наповнення.

Варто зазначити, що кожен з виокремлених етапів процесу формування професійної етики майбутніх медичних сестер безпосередньо пов'язаний з компонентами розробленої моделі. Так, організаційно-мотиваційний і аналітико-діагностичний етапи пов'язані з комунікативно-діяльнісним компонентом, а він, у свою чергу, з рефлексивно-оцінним.

Організаційно-мотиваційний етап основною метою має розвиток у студентів медичного коледжу позитивної мотивації, інтересу й усвідомлення необхідності формування професійної етики. На даному етапі вирішуються такі завдання: показати майбутнім медичним сестрам соціальну і професійну значущість професійної етики; ознайомити студентів з комплексом морально-етичних якостей; підвести студентів до усвідомлення наявності або відсутності цих якостей у власній особистості й тим самим покласти початок їх самовихованню; налаштувати на успіх.

На організаційно-мотиваційному етапі відбувався процес мобілізації майбутніх фахівців на досягнення поставленої мети, настанови на роботу над собою. Для того, щоб цей процес відбувався з максимальною ефективністю, щоб у студентів виникла і закріпилася переконаність у необхідності формування професійної етики, необхідні яскраві, живі приклади для наслідування – повсякденні прояви цих якостей з боку викладачів коледжу.

Мобілізація психологічного потенціалу студентів на формування професійної етики логічно поєднується у виховній системі медичного коледжу з визначенням викладачами шляхів і засобів розвитку морально-етичних якостей майбутніх медичних сестер у виховному процесі, що відбувається в аудиторний і позааудиторний час.

Завдання організаційно-мотиваційного етапу вирішувалися за допомогою *мобілізаційно-спонукальних методів*: мобілізації, актуалізації, мотивації, підкріплення значущих психічних станів, діяльності і поведінки студентів, що виявляють ефективність за умов формування професійно-етичного світогляду майбутніх медичних сестер у вигляді етичних поглядів, переконань, ідеалів, позицій та етичних оцінок.

На цьому етапі студентам пропонувався міні-опитувальник, що містив два питання:

- Якою, на вашу думку, має бути хороша медсестра?
- Що Вам не подобається в сучасних медичних сестрах?

На наступному занятті було зроблено короткий огляд результатів аналізу думок студентів. Необхідно зазначити, що до моменту вступу до коледжу студенти вже мають визначене і досить правильне уявлення про те, якого медика варто вважати «хорошим»; і в той же час більшість студентів знаходять у діяльності медичних сестер низку недоліків. Під час бесіди студенти зосередилися на відповідях на такі запитання: «Чому лікар не має права відступити від правил професійної етики?», «Чому все ж таки існують недоліки у діяльності медиків з погляду професійної етики?», «Які думки і наміри були ведучими під час вступу у медичний коледж?». Підсумком бесіди став висновок про те, що кожен з предметів, які їм належить вивчати, націлений на те, щоб допомогти їм стати компетентними фахівцями, і осягання закономірностей професійно етичної поведінки допоможе їм відкрити в собі важливий для подальшої професійної діяльності потенціал.

Група *методів цілепокладання* містила ранжування, диференціацію, персоніфікацію завдань, пов'язаних зі способами реалізації морально-етичних якостей у контексті виконання медичною сестрою її професійних функцій. До методів планування належать структуризація, нормування, персоніфікація, планування діяльності, що відображають готовність майбутніх медичних сестер до використання етико-деонтологічних норм у сфері регулювання стосунків, що виникають у процесі професійної діяльності.

На аналітико-діагностичному етапі реалізації експериментальної методики формування професійної етики майбутніх медичних сестер були поставлені такі завдання: аналіз студентами власного рівня сформованості знань про професійно-етичні норми і правила поведінки фахівця медичної сфери; усвідомлення необхідності і важливості формування морально-етичних особистісних якостей медичного працівника; формування емпатійного ставлення до людей і гуманістичної спрямованості особистості.

Діагностичні методи були спрямовані на візуальне, вербальне, практичне вивчення студентів з погляду відповідності їх поведінки професійно-етичним вимогам, на аналіз самими студентами результативності процесу професійної підготовки з погляду сформованості в майбутніх медичних сестер умінь побудови професійної взаємодії відповідно до деонтологічних основ.

Однією з діагностичних методик, що використовувалася на цьому етапі, була методика асоціативних зв'язків. В її основі лежить уявлення про те, що у кожної людини на певне слово або поняття виникають індивідуальні асоціації, що відображають її «семантичне поле» даного поняття. Ці близькі людині «семантичні поля» певним чином характеризують пріоритетні напрями її життя, коло її інтересів і, отже, особливості особистості.

Для написання асоціативного ряду ми попросили студентів протягом однієї хвилини записувати всі слова, що асоціюються зі словом «медик». Слова, які написали студенти як асоціативний ряд, були записані на дошці по групах, що об'єднані загальним семантичним значенням. Найбільш багаточисельною виявилася група «атрибути й інструменти» (халат, шапочка, маска, скальпель тощо). Наступною за чисельністю була група зі словами, що характеризували працівника медичного профілю (лікує, рятує, працелюбний, розумний, відповідальний тощо). Аналізуючи картину, що вийшла, ми звертали увагу студентів на те, яке місце відводять вони професійно важливим особистісним якостям медика.

Завдання комунікативно-діяльнісного етапу полягали у формуванні в студентів медичного коледжу орієнтувальної основи професійної поведінки медичного персоналу відповідно до професійно-етичних норм діяльності.

Використані нами на цьому етапі *організаційні методи* відповідають колективним та індивідуальним формам роботи в аудиторний і позааудиторний час, спрямованим на активізацію самореалізації студентів у різних соціально-професійних ролях у відповідності з професійно-етичними нормами. *Комунікативні методи* складаються з вибору адекватної позицій, адаптації стосунків, запобігання конфліктам, вироблення норм стосунків, накопичення згоди, забезпечення співпраці, що забезпечують набуття вмінь полегшення процесу взаємодії суб'єктів лікувального процесу, вмінь об'єднання колег на основі загальних професійних інтересів і професійно-етичних цінностей, пов'язаних з відновленням здоров'я пацієнта.

З метою вирішення завдань формування професійної етики майбутніх медичних сестер було розроблено експериментальну методику, в зміст якої входять: навчальна програма спецкурсу з основ професійної етики медичної сестри, що передбачає теоретичні і практичні заняття, які забезпечують набуття студентами професійно-етичних знань; система ділових ігор, спрямована на розвиток морально-етичних якостей майбутніх фахівців (зразки ділових ігор подані у додатку Л); тренінгова програма з орієнтацією на стимулювання позитивної професійно-етичної мотивації майбутніх медичних працівників (матеріали тренінгу в додатку М); завдання різних видів практик, що забезпечують набуття досвіду професійно-етичної поведінки (Додаток Н).

Розкриваючи поняття методики, відзначимо, що цей термін має декілька значень. Ми спираємося на розуміння методики як набору розпоряджень, впорядкованих дій в освітньому процесі. У дидактичному значенні методику розглядає С. Гончаренко [78]. До змісту методики як часткової дидактики, на думку науковця, входить: 1) встановлення пізнавального й виховного значення навчального предмета і його місця в системі шкільної освіти; 2) визначення завдань вивчення даного предмета і його змісту; 3) вироблення відповідно до завдань і змісту навчання методів, методичних засобів і організаційних форм навчання [78, с. 206]. Стосовно сфери професійної підготовки майбутніх медичних сестер методика інтерпретується як процедура або алгоритм вирішення проблеми формування

професійної етики; як система організації освітнього процесу, орієнтована на досягнення найкращих результатів у запланованій виховній діяльності. Розкриємо зміст основних педагогічних принципів, на яких базується розроблена нами методика.

Принцип виховуючого навчання є основоположним, оскільки на ньому заснована ідея використання виховного потенціалу спецкурсу «Основи професійної етики медичної сестри». Інший важливий принцип – *принцип професійної спрямованості навчання* – передбачає підпорядкування всього процесу професійної підготовки в медичному коледжі формуванню професіонала, компетентного в сфері медичної діяльності. Реалізація цього принципу досягається, зокрема, за рахунок введення у зміст навчання професійно значущого матеріалу.

Принцип гуманізації має на увазі, перш за все, побудову учасниками освітнього процесу стосунків, заснованих на взаємній повазі і пріоритеті загальнолюдських цінностей. Відповідно до *принципу активності*, залучення студентів до формування професійної етики можливе в разі усвідомлення ними необхідності формування професійно важливих особистісних якостей; прояві самостійності мислення при осмисленні етичних цінностей, використанні особистого досвіду.

Згідно з *принципом діалогізації*, залучення до професійної етики досягається при вступі до діалогу з викладачами медичного коледжу, лікарями під час проходження різних видів практик, носіями культурних цінностей під час реалізації виховних заходів, а також у рівноправній діалогічній взаємодії студентів між собою [240]. *Принцип рефлексивності* передбачає осмислення студентом власного життєвого досвіду. Опертя на власний досвід як емпірично-смыслову основу є вихідною позицією у становленні позиції суб'єкта. На основі етичного переживання досвіду людина формує своє усвідомлене ставлення до моральних норм і правил, формує власне «поле» етичних сенсів.

Експериментальна методика є системою елементів: всебічне і постійне вивчення студентів з позиції сформованості професійно-етичних знань, морально-етичних якостей, важливих для реалізації функцій медичної сестри; ознайомлення з

професійними планами, наміченими перспективами; вивчення конкретних програм з формування професійної етики у відповідності з індивідуальними особливостями особистості і ставленням студентів до даної проблеми; цілеспрямоване, планомірне, систематичне проведення заходів, що сприяють виробленню в студентів позитивного ставлення до формування професійної етики; формування вираженої установки на самовиховання професійно необхідних якостей особистості.

Формування професійної етики у студентів медичного коледжу – процес складний, багатогранний, динамічний, в якому бере участь весь викладацький склад навчального закладу. Успіх у цьому процесі забезпечується, перш за все, плановістю, науковістю, послідовністю, творчим характером, глибоким змістом і ефективністю заходів, що проводяться, створенням умов для їх сприятливого сприйняття студентами, при активній участі самих майбутніх медиків. При цьому особливу роль відіграють методи формування професійної етики, використання яких в освітньому процесі медичного коледжу дозволило методично доцільно організувати етичну підготовку майбутніх медичних працівників.

Методи формування професійної етики – діагностичні, цілепокладальні, проектувальні, організаційні, мотиваційно-спонукальні, комунікативні, контрольні-аналітичні, оцінні, методи вдосконалення – розглядаються нами як засоби реалізації педагогічних функцій на кожному з етапів експериментальної роботи. При цьому ми вважаємо, що всі заходи мають комплексний характер і розраховані на поєднання аудиторної і позааудиторної роботи студентів.

Для роботи за авторською методикою були розроблені дидактичні матеріали, спрямовані на засвоєння студентами медичного коледжу основ професійної етики, що об'єднані в навчальний посібник «Основи професійної етики медичних працівників». Вступна частина до кожного заняття містить блок з 10 латинських висловів і текст професійно-етичного змісту. Завдання експериментальної методики передбачали заучування певної частини висловів за вибором студента. У зв'язку з цим, важливими для нас є результати дослідження, проведеного Д. Леонтьєвим і О. Тарвід з метою перевірки припущення про те, що прислів'я, вільно обрані людьми як значущі для них, є індивідуальними керівними принципами поведінки.

Автори дійшли висновку, що досліджувані схильні розглядати вільно обрані ними прислів'я як керівні принципи своєї поведінки, а не поведінки інших людей. Таким чином, вважають дослідники, є підстави говорити про феномен «приватизації» прислів'їв – індивіди селективно привласнюють певні світоглядні узагальнення, з якими вони зустрічаються в культурі, як керівні принципи власної поведінки. При цьому вони значною мірою усвідомлюють індивідуальний характер цього вибору [146]. Виходячи з цього, ми можемо передбачити, що, обравши і завчивши вподобане латинське прислів'я або крилатий вислів, студент-медик буде до певної міри схильний дотримуватись закладених у ньому етичних принципів або професійно етичних норм.

Кількість латинських висловів етико-деонтологічної спрямованості величезна. Приклади найвідоміших заповідей і девізів лікарів наведені у Додатку П.

Очевидно, що лише механічне заучування крилатих латинських виразів не приведе до інтеріоризації етичних цінностей. Необхідний моральний вибір особистості, що вимагає напруження сил власного розуму і відчуттів. Використання текстів, в яких збережені моральні цінності, – міфів, приказок, байок, притч, філософських текстів і афоризмів народів світу – є відомим у педагогіці засобом введення студентів у світ етики. Цей засіб застосовували В. Сорока-Росинський, А. Макаренко, В. Сухомлинський та інші педагоги. Дослідниками наголошується, що особливу роль у становленні етичної людини відіграють ті твори культури, що мають таку ознаку, як «притчевість», тобто сюжетність і полісемантичність [219]. Новий тлумачний словник української мови визначає притчу як «оповідний літературний твір аллегорично-повчального характеру, алегоричний вислів, розповідь про що-небудь» [173, с. 922-923]. Притча концентрує у собі багатовіковий духовний досвід людства, зберігає його нев'янучу актуальність і таємницю залучення до мудрості. Педагоги цінують у притчі відсутність прямого моралізаторства, повчання, яке зазвичай відштовхує молодь. Притча має багато значень і тлумачень, що дає можливість кожному студентові знайти в ній свій сенс. Можливість багаторівневої смислової інтерпретації забезпечує вирішальний вплив на становлення етичної самосвідомості людини [219].

У вихованні культури почуттів як складової професійної етики особливу роль відіграє поезія. Так, студентів не залишили байдужими вірші, що супроводжувались обговоренням значущих морально-етичних проблем, пов'язаних з професійними обов'язками медсестри, на заняттях з фахових дисциплін. Вони покликані були більшою мірою сприяти формуванню відчуття любові і гордості за свою благородну, але важку майбутню професію, стимулювати інтерес до запропонованих на заняттях текстів. Притчі і вірші, введені в заняття з фахової підготовки з метою формування професійної етики майбутніх медичних сестер, подані у Додатку Р.

Педагоги, розробляючи уроки етики, рекомендують вибирати тексти, в яких є яскраво виражена проблема, дилема, в межах яких можлива якісно нова когнітивна напруженість, за умов якої студенти відкривають нові сенси. На думку дослідників, не варто нехтувати такими текстами, які, загалом, виражають одну і ту ж думку. Подібні тексти потрібні, оскільки вони допомагають поглибити думку, порівняти, виявити нюанси. Більш того, варіативні паралельні тексти необхідні, оскільки не кожен текст знаходить дорогу до серця студента. Окрім цього, підвищити можливість включення в діалог того, хто вчиться, допомагає включення у зміст заняття не одного, а декількох текстів [179]. У зв'язку з цим, цікавим є той факт, що з початку 70-х рр. XX століття в зарубіжній практиці викладання етики в медичних університетах використовується метод оповідань (narratives). Існують два різновиди цього методу: 1) використання літературних текстів; 2) складання власних оповідань (розповідь про самого себе). Як літературні тексти виступають прозаїчні, драматичні, поетичні твори, автобіографії і художні фільми. Зарубіжні дослідники (M. Guillemin, R. Mcdougall, L. Gillam) відзначають, що література з кожним роком все ширше використовується в освітньому процесі медичних закладів вищої освіти США, Європи. Існує велика кількість методичних матеріалів для тих, хто використовує літературу у викладанні етики: антології, бібліографії, спеціальні періодичні видання (*Literature and Medicine* в США, *Medical Humanities* у Великобританії), електронні бази даних і веб-сайти. Необхідно відзначити, що досвід використання літературних творів для обговорення етичних питань і

розуміння сутності професії медика є і у вітчизняних педагогів. На думку авторів методики, що рекомендує використання розповідей письменників-лікарів М. Амосова, О. Богомольця, М. Булгакова, О. Грандо, Д. Заболотного, Н. Максимовича-Амбодика, М. Пирогова, М. Стражеско, А. Чехова, Ф. Яновського, багатовимірність художнього тексту, множинність інтерпретацій, взаємодія емоційного, етичного, філософського, естетичного компонентів дозволяють збагатити обговорення морально-етичної проблематики [150].

Текстами, що супроводжували латинські афоризми, в нашому дослідженні були фрагменти з книг відомих і заслужених лікарів, що містили історії з життя видатних діячів медицини, випадки з реальної медичної практики, міркування знаменитих лікарів про медицину і свою професію. За дидактичною спрямованістю ці тексти ціннісно-орієнтовані та емоціогенні, при цьому перед студентами з'являлися як позитивні, так і негативні приклади; тональність текстів варіювалася від трагічної до гумористичної. Зміст тексту був орієнтований на усвідомлення, переживання і внутрішнє прийняття майбутніми медичними сестрами професійно етичних норм: ввічливе і поважливе звернення до хворих, увага до тривог і страждань пацієнта, ретельний збір анамнезу; на сприйняття найважливіших етичних цінностей: цінність людського життя, рівність усіх людей, пріоритет інтересів хворого. Під час аналізу текстів студенти вступали у внутрішній діалог зі знаменитими лікарями. Відбувалося особистісне осмислення і зіставлення накопичених студентами уявлень про професійно етичні засади реалізації функцій медика з тими положеннями, що сформувалися у фахівців-авторів текстів за довгі роки лікарської практики.

Робота з осмислення тексту починалася з відбору відповідних йому афоризмів. У цьому випадку не передбачалася однозначно правильна відповідь. Кожен міг знайти в тексті свій сенс, що приймався групою після обґрунтування студентом власної позиції. В завданні до тексту формулювалося питання, яке слугувало відправним пунктом для початку діалогу.

Як приклад наведемо фрагмент заняття, яке містило взаємопов'язані фрагмент тексту, афористичні висловлювання і бесіду, що базувалася на їх аналізі (Додаток

С). За даними досліджень [95; 151], цінність професійно орієнтованих текстів, прислів'їв з'ясовується саме завдяки обговоренню їх сенсу. Коментування цих літературних фрагментів у розмові, під час бесіди, дискусії завжди було поширене в пресі, літературі, усному спілкуванні. Таке коментування у багатьох випадках переводить у розряд педагогічних і ті твори, які, на перший погляд, не є такими.

Діалог зі студентами на занятті зазвичай розпочинався з пропозиції уявити себе в ситуації, подібній до тієї, що описана в тексті. Діалог як метод навчання і виховання є бесідою. Не дивлячись на те, що методи навчання і виховання в педагогіці розрізняються, ми враховуватимемо погляди А. Кузьмінського, який відзначає, що «будь-який метод навчання, що стає методом діяльності студента, перетворюється на метод виховання» [140, с. 267]. Аналіз науково-педагогічної літератури свідчить про те, що під бесідою розуміється діалогічний метод навчання, при якому викладач шляхом постановки ретельно продуманої системи питань підводить студентів до розуміння нового матеріалу або перевіряє засвоєння ними вже вивченого [100].

Бесіда зі студентами на етико-деонтологічні теми є сократичною або евристичною (деякі дослідники не розділяють ці види бесіди [53; 68]). Для вирішення завдань формування професійної етики майбутніх медичних сестер найбільш важливим дидактичним елементом методу Сократа, який використовувався нами в бесіді, було відкриття студентами нового в самих собі, залучення їх власного досвіду для використання його у відповіді. Такий підхід найбільш значущий для розвитку культури етичних почуттів: прояву емпатії, формування ставлення до професійно-етичних норм і правил. Звернення до особистості слугувало неодмінною смисловою складовою діалогів, присвячених етичним проблемам. Зверненню до життєвого й етичного досвіду студентів допомагали питання: «Чи знайома вам описана ситуація?», «Чи доводилося вам зустрічатися з такими лікарями?», «Чи переконувалися ви в справедливості наведених слів?». Якщо проблема стає особистісно значущою, створюються умови для осмислення студентами свого особистого «Я», висвітлюються шляхи етичного вирішення непростих життєвих питань, здійснюються самоаналіз і самооцінка, що

сприяють самовдосконаленню. Отже, ми приділяли увагу тому, щоб діалог ставав значущим для студентів, викликав у них прагнення думати, мислити про етичний сенс власних учинків, слів, прийнятих рішень. У цьому випадку стає можливим прогнозування подальшої лінії своєї поведінки в тій або іншій професійній ситуації, у морально-етичній сфері взаємин, що складаються у професійному оточенні.

Для успішного проведення бесіди важлива правильна постановка питань. При підготовці до бесіди важливо було сформулювати основні і допоміжні питання, що мали слугувати орієнтирами в ході бесіди, продумати порядок їх включення, а також те, в який момент необхідно зробити узагальнення і висновок. Питання були короткими, чіткими, змістовними, сформульованими так, щоб будити творчу думку студентів.

Під час планування змісту бесід і їх технологічної реалізації ми враховували такі методичні настанови. Не слід ставити подвійних, підказуючих питань або таких, що наштовхують на вгадування відповіді. Не слід формулювати питань, що вимагають однозначних відповідей типу «так чи ні». Важливим є логічний зв'язок питань між собою. Побудову логічного ланцюжка розвитку думки в етичній бесіді стимулюють питання «Чому?», «Як ви думаєте?», «Що сталося б, якщо...», «Що було можливим у даній ситуації?», «Які можливі наслідки?», «Які способи впливу могла б обрати мед. сестра або від яких дій утриматися?» тощо.

При цьому ми враховували дані педагогічних досліджень, згідно з якими велике значення може мати тривалість паузи, яку робить педагог, чекаючи відповіді на звернене до студента питання. Збільшення тривалості паузи до трьох – п'яти секунд має наслідком збільшення тривалості відповідей; підвищується впевненість студентів; вони пропонують більше ідей; думки стають більш доказовими [125].

Услід за А. Кузьмінським [140], ми визначаємо такі принципи побудови діалогу на етичні теми: відбір педагогічних прийомів, засобів і методів побудови діалогу з врахуванням вікових особливостей студентів, їх інтересів, ціннісних орієнтацій; сприйняття студентів як суб'єктів освітнього процесу в медичному коледжі; опосередкований характер виховного впливу; включення в канву діалогу діагностичних методик, спрямованих на вивчення студентів і на їх самоаналіз.

Наприклад, методика «Асоціації» була вступом до роботи з прислів'ями і афоризмами. Після аналізу тексту ми вважали за потрібне звернутися до цієї методики і поставити питання: які нові асоціації виникли у вас? У цьому випадку відповідями були особистісні якості фахівців медичного профілю й інші професійно-етично орієнтовані слова. Вміння побудови професійно орієнтованого діалогу покликані були розвивати вправи, спрямовані на розвиток вербальної і невербальної складових професійно-етичної поведінки майбутньої медичної сестри (Додаток X).

Однією з важливих умов реалізації експериментальної методики було положення щодо актуалізації суб'єктної позиції студентів. Оскільки етика далеко не завжди формулює певні розпорядження відносно поведінки лікаря, а норми моралі інколи приходять у протиріччя між собою, ми вважали важливим змусити студентів задуматися над складністю ухвалення правильного рішення, почати роздумувати про це і висловлювати свої погляди щодо проблеми.

У зв'язку з цим, важливою вважаємо думку В. Шахова, що перегукується з ідеями Сократа: у діалозі, що стосується докорінних проблем буття, виводить студентів на межу розуміння морально-етичних постулатів, педагог також потребує реплік тих, хто вчаться, як і вони, – реагування викладача. Істина знаходиться десь між ними, і кожен має докласти зусиль для її віднайдення [246]. Вирішення зазначеної проблеми під час заняття може бути і не знайдене, але процес пошуку істини продовжуватиметься в свідомості студентів, і тим самим буде здійснюватися виховний вплив, що приведе до ухвалення власного рішення.

Для того, щоб студенти почали мислити і формулювати власну позицію, велике значення має встановлення контакту з групою. У педагогічній літературі наголошується, що успішне проведення бесіди передбачає, що всі студенти беруть у ній активну участь, уважно вислуховують питання, обдумують відповіді, аналізують відповіді своїх товаришів, прагнуть висловити свою думку. Педагогові необхідно уважно вислуховувати кожную відповідь, оскільки кожен студент повинен відчувати, що його думка значуща у контексті вирішення навчального завдання [239].

Встановлення контакту зі студентами залежить не лише від особливостей їх темпераменту і характеру. Далеко не всім студентам звична діалогова форма взаємодії з викладачем, оскільки в школах часто переважає авторитарний стиль навчання, авторитарність характерна і для викладання в медичному коледжі. Дискусійні методи навчання не дуже часто використовуються в освітньому процесі на першому курсі. Проте, як показало опитування студентів, викладачі звертаються до використання «консиліумів» у підгрупах під час вирішення ситуаційних завдань на визначення норми або аномалії (анатомія), до організації обміну думками відносно історичних подій (історія), до обговорення методів діагностики і лікування паразитарних захворювань (біологія). Ще одна складність полягає в тому, що ті студенти, що були орієнтовані системою освіти переважно на запам'ятовування і відтворення готових знань, не вважають за потрібне і важливе мислити над запропонованими питаннями, ситуаціями і проблемами. Не випадково в педагогічних публікаціях [16; 18] висловлюється думка про те, що, вступаючи до ЗВО, студенти вважають, що освіта полягає у набутті суми знань і вмінь. Хоча студенти можуть усвідомлювати вірогідність того, що вони зміняться як особистості, наприклад, у процесі дорослішання, вони не усвідомлюють, що освіта має на увазі систематичну трансформацію їх стосунків, цінностей і поглядів. Тому студентам часто буває важко зрозуміти, що дискусії на етичні теми – це теж частина процесу навчання, хоча в них не пропонуються факти, які необхідно запам'ятати, і не дається один «правильний» висновок.

Педагогічні положення нашої експериментальної методики обумовили необхідність поступового введення студентів у контекст етичної бесіди. На перших заняттях студенти звикали читати тексти, визначати їх основну ідею, спираючись на латинські прислів'я і афоризми, аргументувати свій вибір. На початковому етапі пропонувалися невеликі за обсягом тексти, що не містили яскраво вираженої проблеми.

Поступово тексти ускладнювалися, ми вводили в них проблемні ситуації, історії, що викликали яскраві емоційні реакції. Як один зі способів пред'явлення текстів, що ілюстрували яскраві випадки з практики відомих лікарів у вигляді

невеликих розповідей, ми використовували спосіб, запропонований американськими педагогами, авторами такої форми опанування медико-соціальних й етичних проблем, як «театр читців» («Readers Theater») [260]. Автори порівнюють цю форму роботи з прослуховуванням аудіокниги: «читці» сидять перед аудиторією з текстами в руках і зачитують слова свого персонажа. Така подача матеріалу не передбачає ані костюмів, ані руху персонажів, ані заучування тексту напам'ять; використовуються лише голос і міміка. Допускається відсутність репетицій, у цьому випадку «читці» вибираються з числа присутніх. За такого представлення тексту, на думку педагогів, слухачі концентрують увагу на словах, а вся дія відбувається в їх уяві. В той же час, вважають автори, при прослуховуванні розповіді персонажі і події «оживають» значно більше, ніж за умов читання тексту вголос або «про себе». Виникає «ефект присутності», що живо залучає слухачів до сюжету, змушує їх подумки брати участь у подіях. Основний етап роботи – обговорення – починається безпосередньо після прослуховування тексту. Перевага такого обговорення полягає в тому, що у слухачів ще свіжі в пам'яті сама розповідь і емоції, що виникли під час прослуховування. «Персонажі» розповіді знаходяться перед слухачами, що робить їх «реальними» для аудиторії. Крім того, «читці» можуть описати, як вони відчували себе в ролі цього персонажа, або спробувати пояснити, чому їх персонаж зробив той або інший учинок. Все це сприяє більш відкритому обміну думками з приводу прослуханої розповіді [260, Рр. 465-470].

Досвід використання даного прийому роботи з текстом показує, що обираючи як «читців» тих студентів, які зазвичай не виявляють активності під час обговорення текстів, можна залучити їх до дискусії, подолати їх байдужість або сором'язливість.

Як свідчать дані емпіричного дослідження, в процесі обговорення текстів бесіда може переходити в дискусію. Дискусія як метод навчання і виховання є колективним обговоренням якого-небудь питання, проблеми або зіставленням інформації, ідей, думок, пропозицій [179]. І. Холковська головною метою дискусії вважає цілеспрямований і впорядкований обмін ідеями, думками заради пошуку істини, причому всі – кожен у свій спосіб – беруть участь в організації цього обміну

[239, с. 215].

При побудові діалогу зі студентами ми активно впроваджували елементи дискусії. У дидактичних розробках використовується термін «дискусія, що еволюціонує»; це дискусія, яка зростає з більш традиційних видів навчальної роботи і виникає ніби сама собою, природно, у випадку, якщо в умовах звичайного заняття у студентів з'являється можливість обговорювати свої думки з педагогом і у навчальному колективі. Наші дискусії були близькі до типу «вільної», що відрізняється спонтанністю розвитку. Перевагами такої дискусії дослідники вважають відсутність жорсткого регламенту і свободу висловів, що сприяє більшій активності учасників, а це, у свою чергу, поширює поле можливих поглядів і підходів до вирішення проблемної ситуації. До недоліків такої техніки ведення дискусії можна віднести невисоку організованість.

У керівництві дискусією і в організації бесіди викладачеві допомагають прийоми активного слухання [241]. Нами використовувався повтор-промовляння сказаного співрозмовником. Таким чином педагог демонстрував увагу до слів студента, а також, в разі виникнення паузи, давав йому можливість зібратися з думками і продовжити виступ. По-друге, це перефразування і резюмування. Викладач підводив підсумок думкам студента: «Отже, наскільки я зрозумів...»; «Таким чином, Ви хочете сказати...». При цьому студент міг підтвердити, що його правильно зрозуміли, або, у випадку якщо він неточно сформулював свої ідеї, уточнити і прояснити свою позицію. Це допомагало студентам чіткіше формулювати свої думки, робити їх більш зрозумілими для всіх співрозмовників, одночасно переконуючись ще раз у правильності своїх поглядів. У цьому ж напрямі працювали уточнюючі питання, наприклад: «Що Ви маєте на увазі, коли говорите...?».

У своїй роботі ми дотримувалися рекомендацій дослідників [190; 68; 105], що вивчають процес побудови етичного діалогу і рекомендують використовувати технологію побудови питань викладача, за якою педагог, формулюючи наступне питання, повторює попередню відповідь студента. Повторення на наших заняттях могло бути дослівним, частковим або відтворювати основні ключові слова, але, так

чи інакше, питання на рівні словесної змістової структури йшло «від співбесідника». В цьому випадку студенти виявлялися по-справжньому включеними в процес діалогічного спілкування і спільно з викладачем приходили до загального висновку. Такий прийом має назву «розвиток ідей співбесідника».

Один з прийомів спонуки, що використовувався на заняттях, мав форму непрямого звертання з проханням продовжити висловлювання на задану тему, наприклад: «Ця думка звучить багатообіцяюче. Цікаво було б розвинути її детальніше» або: «Це дуже цікаво. Не могли б Ви трохи детальніше поділитися враженнями?». Плідність такого роду спонук до висловлювання пов'язана з тим, що студент прагне краще, повніше і ясніше відобразити свої думки і почуття у словах; крім того, студенти уважніші до такого роду висловів, ніж до прямих відповідей на питання викладача. Якщо висловлювання студента були нечіткі, викладач тактовно повідомляв про це, наприклад: «Здається, я не дуже розумію, що Ви маєте на увазі».

Як з'ясувалося, при проведенні дискусії виховну спрямованість має і сам процес: він сприяє формуванню професійно важливих якостей майбутнього медичного персоналу – дозволяє навчитися виявляти терпимість до чужої думки і повагу до співбесідника, розвинути комунікативні вміння і навички. Як до обговорення, так і під час нього ми прагнули нагадувати студентам про необхідність стримувати свої емоції, проявляти терпіння, щоб дати іншому можливість висловитися, бути ввічливими і не «переходити на особистість».

Ми акцентуємо увагу на тому, що зміст етичних бесід на заняттях з навчальних дисциплін «Хірургія», «Медсестринство в хірургії», «Онкологія» жодним чином не покликаний дублювати матеріал, що пропонується під час вивчення таких дисциплін, як філософія, етика, історія медицини, психологія і педагогіка. Зрозуміло, що основна частина заняття була присвячена вивченню медичної теми; бесідам, що розкривали професійно-етичні проблеми, відводилося не більше 10-15 хвилин, але систематично.

Не дивлячись на обмежені часові межі виховного впливу, засвоєння професійно-етичних норм відбувалося завдяки сильній емоційній дії запропонованих текстів. Дослідження засвідчило, що емоційно забарвлений матеріал запам'ятовувався

краще, ніж емоційно нейтральний. Наприклад, мабуть, назавжди запам'ятовується відомий вираз Вірджинії Хендерсон: «Медсестра – це ноги безногого, очі осліплого, опора дитини, джерело знань і впевненість для молодої матері, вуста тих, хто занадто слабкий або занадто заглиблений у себе, щоб говорити».

Побудова етичних діалогів на заняттях спиралася на відомі у психології особливості людської пам'яті. За свідченням психологів [155; 158], дуже велике значення для запам'ятовування має перше відтворення. Зазначимо, що словесне формулювання, в якому матеріал підноситься іншим, піддається зазвичай низці змін, тоді як перші власні формулювання, як вдалі, так і невдалі, виявляються виключно стійкими.

Окрім цього, як відомо, те, що люди запам'ятовують мимоволі – в процесі діяльності, метою якої не було утримання в пам'яті певного матеріалу, – запам'ятовується міцніше, ніж те, що вони запам'ятовують довільно, спеціально виконуючи завдання запам'ятати. Доводячи щось своєму співбесідникові, людина змушена перетворювати свої внутрішні і часто недостатньо ясні їй самі думки і образи на чіткі і конкретні слова формулювання. В процесі цієї логічної побудови своєї думки, промовляючи її вголос, людина все більше і більше переконується у власній правоті, і часто ті самі формулювання, які народилися під час дискусії, людина може потім не раз повторювати, оскільки це народжена нею самою істина. Це вже досить чітке, особистісне переконання, розлучитися з яким, а тим більше забути яке вже нелегко. За словами О. Винославської «сформулювати свою думку ... означає надати їй статус об'єктивного знання і усвідомити її значення...» [193, с. 217].

Отже, в процесі обговорення проблемних професійно-етичних ситуацій за умов вербалізації власних думок студенти непомітно для себе інтеріоризували певні норми і правила. Побудова етичних діалогів була спрямована на активізацію природних, інтелектуальних і емоційних ресурсів етичної основи особистості, забезпечувала тонку роботу рефлексії студентів у досягненні розуміння інших і самих себе. Таким чином, ми прагнули до того, щоб студент ту думку, яку ми хотіли передати, вимовив сам, не повторив за нами, а сказав перший. Це мав бути

його висновок, його відкриття.

Особливість студентів першого курсу полягає в тому, що вони поки що більше відчують себе пацієнтами, ніж медиками. Вони ще не набули певного «медичного цинізму», з легкістю ставлять себе на місце хворого при обговоренні різних ситуацій взаємин «лікар – хворий», хоча і сприймають ситуацію частіше на емоційному, ніж на раціональному рівні. Не випадково в педагогічних дослідженнях наголошується, що емоційну сприйнятливість першокурсників необхідно цілеспрямовано використовувати для формування професійно значущих особистісних якостей [64]. Всі ці особливості можна вважати чинниками, що свідчать про необхідність формування професійної етики в студентів вже на початковому етапі їх навчання в медичному коледжі. Експериментальна методика формування професійної етики майбутніх медичних сестер передбачала використання на заняттях медико-етичних завдань, що є невеликими за обсягом ситуаціями спілкування медичного персоналу і пацієнта (Додаток Т).

Згідно з А. Швейцером, будь-які роздуми над етичними проблемами мають своїм наслідком зростання етичної свідомості. Під час обговорення ситуацій взаємодії медичної сестри з пацієнтом відбувалося первинне занурення студентів у сферу своєї майбутньої професії, а також стимулювання зусиль особистості в моральному самовизначенні і самовихованні. Діалог дозволяв майбутнім медичним сестрам відчути міру своєї майбутньої відповідальності перед суспільством і кожною конкретною людиною. Вирішення проблемних етичних ситуацій дозволяло студентам апробувати себе в етично зорієнтованій позиції і переконатися, що це приносить їм схвалення інших і власне задоволення.

Найбільшою мірою ефективності в етичній підготовці майбутніх медичних сестер (поряд з перерахованими вище методами) характеризувалися ігрові методи навчання, такі як ділова гра і тренінг. Тому вважаємо за доцільне стисло висвітлити особливості використання цих методів, що відрізняються гнучкістю та відтворюваністю в освітньому процесі медичного коледжу і здатні впливати на якість етичної підготовки майбутніх медичних працівників.

Ігровий метод навчання порівняно давно з'явився в педагогіці. Грі, як багатоаспектному явищу в загальнолюдській діяльності, присвячена значна кількість педагогічних та психологічних досліджень (А. Вербицький, О. Катеруша, Х. Кедьюсон, Н. Ничкало, І. Носаченко, О. Хоменко, П. Щербань, Л. Яворський та ін.). Ми, в своєму дослідженні, спираємося на психологічну концепцію ігрової діяльності, засновану у в працях О. Леонтьєва, розвинену Ю. Вороненко [90], пристосовану під навчання фахівця – медика Т. Кудрявцевою [138], згідно з якою гра визначається як діяльність, предмет і мотив якої знаходиться в самому процесі її здійснення. Основоположником цілісного підходу до гри вважається вітчизняний педагог К. Ушинський [229, с. 483.]. Питання взаємовідносин в процесі гри розглядалися в працях А. Макаренка [156], Т. Спіріної [163]. Питанням навчального змісту ігор, впливу цього змісту на творчий розвиток особистості приділяв багато уваги в своїх працях В. Сухомлинський [218]. Ігри в різних педагогічних аспектах досліджували Ю. Вороненко [90], О. Катеруша [117], О. Ковальова [123], Т. Кудрявцева [243], Н. Ничкало [220], І. Носаченко [174], О. Пометун [186], С. Сисоєва [207], М. Скаткін [209], О. Хоменко [242].

Особливу значущість для нашого дослідження має теорія контекстного навчання А. Вербицького, що відтворює наочний і соціальний контексти майбутньої професійної діяльності, на «канву» яких накладаються процеси пізнання [62]. Даний концептуальний підхід розглядає сутність навчальної педагогічної гри як модель професійної діяльності: «...гра може бути визначена як знакова модель професійної діяльності, контекст якої задається знаковими ж засобами – за допомогою мов моделювання, імітації і зв'язку, включаючи природну мову» [62, с. 158].

Використання гри в експериментальній методиці забезпечувало максимальне емоційне залучення студентів у події, допускаючи за необхідності можливість реалізації іншої стратегії, створення оптимальних умов для розвитку комунікативних та організаторських умінь, гнучкості мислення, цілеспрямованості та ініціативності. В грі відбувалася зміна мотивації навчання: студенти розуміли, що знання засвоюються ними не лише для забезпечення безпосередніх ігрових

успіхів у реальному для них процесі, але і для майбутнього. Цілеспрямована реалізація гри була націлена на вироблення студентами стратегій поведінки, сприяла формуванню професійної інтуїції, умінь вільно орієнтуватися і діяти за складних обставин, допомагала майбутнім медикам передбачати можливі наслідки тих або інших рішень, аргументувати свій вибір.

У дисертаційній роботі, спираючись на теорію і практику ігрової навчальної діяльності, ми запропонували систему ділових ігор (СДІ), що використовувались в організації навчального процесу в медичному коледжі. Для формування професійної етики майбутніх фахівців медичного профілю доцільно, на наш погляд, використовувати в освітньому процесі медичного коледжу систему занять з тематично відібраним спеціалізованим змістом, у якому змодельовано ті або інші професійні ситуації.

У роботі ми дотримувалися принципів побудови і організації ігор, сформульованих Т. Кудрявцевою [138]. Аналіз їх дозволив нам розробити низку рекомендацій з компонування змісту навчання і організації навчального процесу за допомогою СДІ з метою формування професійної етики у майбутніх медичних сестер.

Принцип соціалізації особистості. Змістовно і організаційно правильно побудована система ділових ігор створювала установку на соціалізацію особистості, орієнтувала студентів на соціальну саморефлексію, на сприйняття й оцінку самих себе не з позиції ізольованих окремих індивідів, а, головним чином, з позиції усвідомленої відповідальності як незамінної частини цілого, яким є колектив, суспільство. Використання системи ділових ігор сприяло процесу усвідомлення кожним студентом свого соціального статусу і розвитку в них професійної готовності.

Принцип поступовості входження студентів в різні види ігор визначав етапність у механізмі організації і використання ділових ігор, тобто перші ігри були максимально спрощені з тим, щоб студенти легше адаптувалися до ігрової діяльності.

Принцип псевдореальності орієнтував на відбір змісту ігрової діяльності, що

відображав реалії професійного життя медиків, водночас у ньому була закладена деяка умовність, що давало можливість студентам увійти в роль, завдяки чому виникав настільки важливий у педагогічному відношенні емоційний фон і долалися психологічні бар'єри навчання. Реалізація цього принципу була можлива завдяки поєднанню дійсності і вигадки в способах взаємодії, процедурі ведення гри, ігровій обстановці.

Принцип співвідношення навчальної та ігрової діяльності диктував дотримання певної міри відносно використання системи ділових ігор у процесі навчання. Порухення даного принципу може негативно позначитися на процесі і результатах навчання. У разі не виправданого переважання ігрової форми над іншими, гра або втрачає свою пізнавальну й емоційну привабливість, або процес навчання вироджується в розвагу. В той же час, непланомірне, епізодичне, а головне, безсистемне використання цієї форми роботи на занятті, звичайно ж, не дасть належного педагогічного ефекту.

Принцип поінформованості. Сенс принципу полягав у тому, що всі учасники ділової гри були досить повно і чітко поінформовані про те, які зусилля від них очікуються для того, щоб гра пройшла успішно, які навчальні завдання вирішуватимуться в процесі ігрової взаємодії, які умови, вимоги при цьому повинні виконуватися, як і за якими показниками оцінюватиметься хід гри та її результати. Реалізація даного принципу передбачала встановлення різних форм зворотного зв'язку. Наявність зворотного зв'язку була важливим і обов'язковим елементом функціонування ділових ігор на заняттях.

Результативність ігрової поведінки студентів оцінювалася за такими напрямками: а) дії студентів, що сприяли вирішенню поставленої проблеми, результат колективних зусиль учасників гри: швидкість ухвалення рішення; оригінальність рішення; чіткість, лаконічність формулювання повідомлення, розпорядження; правильність рішення і дій з погляду професійно-етичних норм; б) індивідуальний внесок кожного учасника гри: рівень знань; особистісне ставлення до вирішуваної проблеми; правильність реагування з погляду професійно-етичних норм; дисциплінованість.

Керівництво грою – особливий вид викладацької діяльності, що значно відрізняється від лекцій, практичних, лабораторних та інших форм занять. Враховуючи накопичений педагогічний досвід і зміст завдань, що вирішувалися в навчальному процесі за допомогою ігрового методу, ми розробили низку вимог до керівника гри і методичні рекомендації для викладачів, що мали на меті підвищення ступеня ефективності проведення таких занять. Застосування ігор вимагає від педагога глибокої спеціальної підготовки, адже, в основному, керівник відповідає за успіх або невдачу проведення гри. Дуже важливий його рівень знань, а також уміння створювати такі умови, в яких досягається максимальна зацікавленість і практична користь для учасників гри. Тому до керівника пред'являються особливі вимоги. Керівник повинен не лише досконало знати технологію організації навчальної гри, але й уміти її «вести», контролювати ігровий режим, невідкладно реагувати на ситуації, що виникають у процесі гри.

З метою забезпечення ефективності проведення занять, на яких використовувалися ділові ігри, попередньо здійснювалася ретельна підготовка, яка передбачала виконання таких заходів: аналіз рівня підготовки учасників (конкретної групи студентів) до вибору відповідного варіанту (без чого гра не дає очікуваного результату і може бути дискредитована); перед проведенням гри проводилася бесіда, під час якої студентам пропонувалася схема ігрового комплексу і функції учасників гри, окремі деталі ілюструвалися спрощеними прикладами (Додаток У).

Необхідно відзначити, що використання ділових ігор у навчальному процесі в певній системі і у поєднанні із загальноприйнятими традиційними методами і формами проведення занять дозволяє, на наш погляд, значно підвищити якість освітнього процесу в медичному коледжі і, тим самим, згідно з нашою теорією, ефективно впливати на формування професійної етики майбутніх медичних сестер.

З метою реалізації цільової установки експериментальної методики було створено комплекс, що складається з трьох блоків занять. Заняття кожного блоку взаємопов'язані між собою логічною послідовністю у навчальному процесі. Часткові завдання відображають мету технології і реалізуються в аудиторних і

позааудиторних формах навчання. Аудиторні заняття: вступне до СДІ і вступні заняття до розділів спецкурсу; практичні – поточні заняття; контрольні заняття – підсумкові заняття в кінці вивчення розділу дисципліни; підсумкове контрольно-перевірочне заняття. Позааудиторні індивідуально-групові заняття організовані у вигляді факультативу та тренінгу. Аудиторні і позааудиторні форми організації професійно-етичної підготовки студентів медичного коледжу передбачали колективні та індивідуальні способи формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Контроль за процесом набуття теоретичних знань і практичних умінь професійної діяльності, що набуваються, а також формування професійно важливих якостей особистості здійснювався викладачами впродовж усіх занять у СДІ за допомогою методів спостереження, анкетування, тестування, експертних оцінок. Розглянемо детальніше комплекс організаційних форм, що об'єднує заняття, методи їх проведення, завдання, що на них вирішувались, загальну характеристику і логічну послідовність етапів формування професійної етики у студентів медичного коледжу.

1-й блок. Позааудиторне заняття – факультатив. На цьому занятті проводилася вхідна діагностика (констатація) мотивації вибору професії медичного працівника, рівня обізнаності студентів про специфіку професійної етики медиків і ступінь важливості морально-етичних якостей особистості. Для виявлення рівня обізнаності студентів було розроблено спеціальні тестові питання, відповіді на які давали можливість визначити відповідний рівень поінформованості студентів про особливості реалізації професійних функцій медичним працівником.

Аудиторне заняття – «вступне заняття» в СДІ проводилося з використанням комбінованого (частково-ігрового) методу навчання. На цьому занятті формувалася потреба студентів у вивченні норм професійної етики. Домінував емоційний компонент діяльності. Зміст заняття викликав у студентів відчуття здивування при зіставленні нової інформації про професію з раніше відомою, незадоволення наявним запасом відомостей і вмінь, що активізувало потребу в поповненні знань. «Вступне заняття» проводилося після факультативу. Для більш детального вивчення загальної атмосфери в колективі і налаштування студентів на оволодіння

нормами професійної етики було запропоновано написати есе «Особливості професійної поведінки медика» (протягом 10 хвилин).

2-й блок. На заняттях цього блоку переважала робота над формуванням когнітивного компоненту професійної етики майбутніх медичних сестер. Зміст навчання повинен викликати у студентів когнітивний дисонанс, що збуджує пізнавальний інтерес і створює внутрішні психологічні умови для активного засвоєння нових знань і вмінь у сфері професійної взаємодії. Аудиторне заняття («вступне» в тему (проблему), що вивчається) проводилося комбінованим (частково-ігровим) методом навчання. Кількість цих занять визначалася, виходячи з важливості розділів, що вивчалися, для формування професійної етики особистості. На «вступних» заняттях для стимулювання мотивації студентів викладач акцентував увагу на актуальності змісту, порівнював поняття, що вивчаються, показував їх практичну значущість, обумовлену нормативними вимогами професійної праці, що пред'являються до фахівця даного профілю діяльності.

На першому занятті 2-го блоку було сформульовано проблему формування професійної етики і проблему вивчення основних видів діяльності фахівця медичної сфери. При постановці питань, що стосуються цих проблем, викладач налагоджував навчальний діалог, що дозволяв перевірити ступінь ознайомлення студентів з теоретичними відомостями, конкретизувати окремі положення прикладами, залучити поступово до роботи всіх членів групи.

На практичних заняттях формулювалося завдання набуття первинних умінь, пов'язаних з реалізацією норм професійної етики під час виконання професійних обов'язків. Роль викладача на занятті полягала в забезпеченні логічної переробки інформації та її ефективному закріпленні студентами під час відпрацювання практичних дій. Педагог організовував і керував колективною пізнавальною діяльністю майбутніх медичних сестер, підводячи студентів до спільного вироблення способів дій з досягнення результату. Інформувальна роль викладача мала допоміжний характер і слугувала засобом виявлення і структуризації зв'язків у змісті логічних пізнавальних дій, заданих сценарієм ділової гри. Крім того, викладач забезпечував дидактичні умови для інтенсивного сприйняття інформації,

набуття студентами знань і вмінь, необхідних для якісної професійної діяльності у всій динаміці її розвитку. В ході заняття вирішувалися навчальні, розвивальні, комунікативні і виховні завдання. Навчальні завдання: розвиток стійкої професійної мотивації; інтенсифікація сприйняття інформації, вдосконалення вмінь моделювання елементів професійної праці; розвивальне завдання – розвиток у студентів професійно важливих якостей, необхідних фахівцеві медичного профілю. Комунікативне завдання – встановлення контактів, умов для обміну інформацією, запобігання конфліктам. Виховне завдання – психокорекція поведінки в навчально-ігрових моделях ситуацій, пов'язаних з реалізацією норм професійної етики.

Контрольна робота. Організаційна форма навчання за нашою методикою проводилася динамічно-ігровим методом. На контрольній роботі викладач за допомогою постановки проблемних питань ставив студентів в умови, що передбачали самостійний пошук способів вирішення проблеми і доказу правильності запропонованого ними рішення, самоконтроль і самооцінку результатів власної діяльності. Інтелектуальний матеріал, здобутий у такий спосіб, є відкриттям, особисто значущим для того, хто вчиться. Ці заняття проходили на тлі підвищеного емоційного навантаження, обумовленого введенням нестандартних ситуацій, що сприяли прояву вмінь професійно-етичної поведінки студентів.

3-й блок. Аудиторне узагальнююче заняття. Проводилося методом комплексної ділової гри протягом 2 навчальних годин. На комплексній діловій грі домінував етичний компонент діяльності особистості. Зміст заняття забезпечував логічний зв'язок з раніше засвоєними поняттями і визначеннями, містив відомий і невідомий студентам теоретичний матеріал.

Позааудиторні заняття – тренінг. До моменту його проведення вже отримані певні результати процесу формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Тренінг покликаний був вирішити проблему перетворення результату і проблем сьогодення на мету майбутнього, зміцнити усвідомлення важливості обраної професії і її значущості, сприяти формуванню професійно важливих якостей особистості. Студенти реалізували завдання суб'єктивного усвідомлення кожною особистістю своїх можливостей на предмет придатності до даного виду

професійної праці. На тренінгових заняттях, що були своєрідним підсумком етичної підготовки, було здійснено аналіз діяльності студентів медичного коледжу після завершення СДІ, узагальнено дані для складання практичних рекомендацій для майбутніх медичних сестер.

Методи вдосконалення у процесі формування професійної етики майбутніх медичних сестер були представлені вивченням праць видатних науковців, які висвітлили специфіку побудови ефективної взаємодії медичного персоналу з тими, хто потребує професійної допомоги, передового досвіду побудови професійно-етичних стосунків зі всіма суб'єктами лікування, дослідною й експериментальною роботою студентів медичного коледжу. Результати творчої роботи студентів були представлені у вигляді рефератів, методичних рекомендацій щодо особливостей професійної взаємодії медсестри з пацієнтами. Важливу роль в опануванні побудови професійно-етичних стосунків медичного персоналу з суб'єктами лікування відіграли проекти, які створили і представили студенти медичного коледжу (Додаток Ф).

Таким чином, завдяки систематизації змісту навчання і моделюванню елементів професійної праці в системі етичної підготовки відбулася перебудова внутрішньої структури особистості студентів, що знайшло відображення в сформованості їх професійної етики, відбулося усвідомлення своєї готовності і придатності до професійної діяльності.

Важливе значення для реалізації завдань експериментальної методики формування професійної етики майбутніх медичних сестер мали засоби, що виконували світоглядну, розвивальну і виховну функції: лекції, науково-практичні конференції, відвідини музеїв, бесіди, зустрічі з визначними фахівцями медичного профілю, перегляд кіно- і відеофільмів з наступним обговоренням, шефська робота в медичних установах, заняття в гуртках.

Програма експериментального навчання завершувалася рефлексивно-оцінним етапом, на якому було підведено підсумок роботи з формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Завдання рефлексивно-оцінного етапу передбачали діагностику рівнів сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер з

використанням педагогічного інструментарію, проведення коригувальних заходів і прогноз використання виховного потенціалу соціально-професійного середовища медичного коледжу.

Рефлексивно-оцінний етап слугував не лише для перевірки досягнутої мети, але й дозволив зробити висновки щодо ефективності засобів, форм, методів роботи, передбачав постійний зворотний зв'язок і моменти корекції, що базувалися на педагогічному моніторингу. У завдання моніторингу входили: систематичний аналіз результатів, оцінка і прогноз змін, виявлення причин прояву несприятливих ефектів, проведення превентивної і коригувальної роботи. Робота велася за такими напрямками: корекція потребнісно-мотиваційної сфери особистості, задоволеності суб'єктів освітнього процесу ходом і результатами виховання, індивідуально-творчою і колективно-творчою діяльністю. Особлива роль у цій діяльності відводилася викладачеві, який виконував роль організатора.

Контрольно-аналітичні й оцінні методи (аналіз, синтез, класифікація, типізація, порівняння, узагальнення, оцінювання ефективності навчально-професійної діяльності) дозволили перевірити хід і результати використання виховного потенціалу соціально-професійного середовища медичного коледжу у формуванні професійної етики майбутніх фахівців. Оцінні методи передбачали вибір і використання єдиних і персоніфікованих вимог до студентів як майбутніх фахівців, що дозволило здійснити аналіз результатів роботи з формування в студентів медичного коледжу професійної етики, оцінку рівнів її сформованості, самооцінку кожною особистістю результатів власної діяльності, корекцію способів досягнення цілей.

Теоретично розробивши модель формування професійної етики майбутніх медичних сестер, обґрунтувавши з наукової позиції її компонентний склад, виявивши педагогічні умови процесу формування вищезазначеної якості, вважаємо за необхідне перейти до експериментального доведення ефективності описаної експериментальної методики. Цьому буде присвячений наступний параграф нашого дослідження.

3.4. Аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи

З метою оцінювання ефективності обґрунтованих педагогічних умов формування професійної етики майбутніх медичних сестер ми відповідно до плану експериментального дослідження провели два послідовні діагностичні зрізи: на початку педагогічного експерименту і після його завершення. При цьому орієнтувалися на визначені й схарактеризовані у першому розділі дисертації критерії та показники сформованості професійної етики: когнітивний, мотиваційно-ціннісний, особистісний, діяльнісний.

Діагностика змін у рівнях сформованості професійної етики студентів контрольної і експериментальної груп здійснювалася за допомогою комплексу взаємодоповнюючих діагностичних методів і методик: бесід, анкетування, спостереження, тестування, експертного оцінювання, аналізу продуктів діяльності.

Оцінюючи вплив дослідно-експериментальної роботи на формування професійної етики майбутніх медсестер за когнітивним критерієм, ми проаналізували зміни в їхніх знаннях про основні етичні норми і принципи діяльності медичної сестри. З цією метою був використаний тест з основ медичної деонтології, який складався із завдань закритого типу, що передбачали вибір правильної відповіді із запропонованих варіантів (Додаток А). Результати тестування студентів представлено на рис. 3.3.

Аналіз отриманих даних свідчить, що протягом дослідно-експериментальної роботи відбулися позитивні зміни в розуміння студентами експериментальної групи сутності основних етичних норм і принципів діяльності медичної сестри. Якщо на початку формувального експерименту для багатьох студентів був властивий низький рівень деонтологічної компетентності (30%), поверхове розуміння етичних основ сестринської справи, то наприкінці кількість таких студентів зменшилася до 11%. Водночас збільшився відсоток студентів з високим (з 19% до 34%) і середнім (з 51% до 55%) рівнями обізнаності з етичними нормами і принципами діяльності медичної сестри. Завдяки впровадженню в освітній процес медичного коледжу визначених педагогічних умов знання студентів про морально-

етичні основи майбутньої професійної діяльності набули більшої глибини, стали більш повними, ґрунтовними, точними, міцними, цілісними і системними.

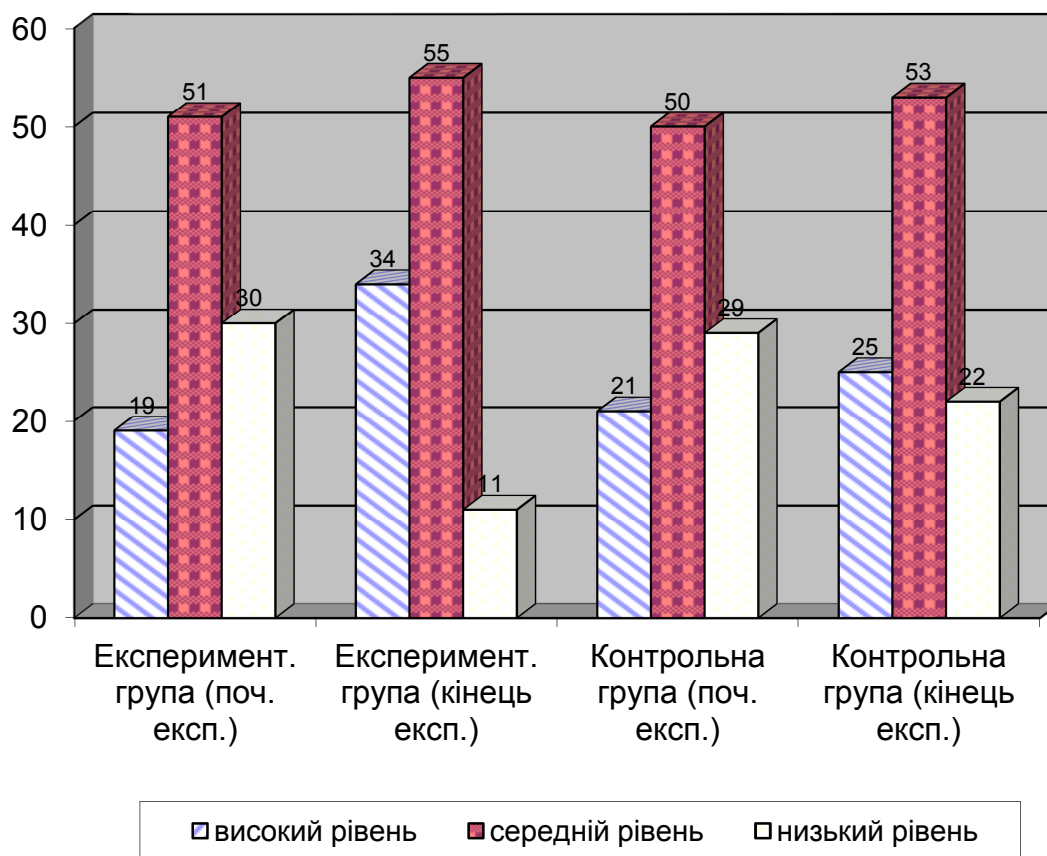


Рис. 3.3. Динаміка рівнів обізнаності студентів з етичними нормами і принципами діяльності медичної сестри (у %)

У студентів контрольної групи теж спостерігається позитивна тенденція підвищення якості знань з медичної деонтології, проте вона не досягає рівня статистичної значущості. Кількість студентів з високим рівнем деонтологічної компетентності зростає з 21% до 25%, з середнім – з 50% до 53%. Кількість студентів, які поверхово розуміють сутність принципів медичної деонтології, етичних норм професійної діяльності та спілкування медичної сестри, зменшилася з 29% до 22 %.

Оцінюючи результати формувального експерименту, ми звертали увагу також на такий показник когнітивного критерію сформованості професійної етики студентів, як уявлення про професійно важливі якості медичної сестри. З цією метою було використано методику репертуарних решіток Дж. Келлі [234]. В якості елементів репертуарної решітки студентам пропонувався перелік різних типів

медичних сестер, які відрізняються за ставленням до професійної діяльності: «відповідальна медсестра», «байдужа медсестра», «гуманна медсестра», «егоїстична медсестра», «медсестра, яку люблять пацієнти», «медсестра, яка не подобається пацієнтам», «медсестра-професіонал».

Крім перерахованих типів рольовий список містив також три елементи, які стосуються різних модусів професійної самосвідомості майбутніх медичних сестер: «я зараз» (Я-реальне), «якою я хотіла би бути» (Я-ідеальне), «якою я, швидше за все, буду» (Я-майбутнє). Наявність цих елементів дала змогу з'ясувати зміни у професійній самосвідомості студентів, виявити розбіжності між їх реальним, ідеальним і очікуваним професійним Я-образами.

Використовуючи метод контент-аналізу, ми відібрали низку характеристик-конструктів, які описують особистісні якості медичної сестри: «чуйна», «сувора», «ділова», «пунктуальна», «толерантна», «безтактна», «емоційно врівноважена», «милосердна», «дисциплінована», «вимоглива до себе», «неорганізована», «з почуттям власної гідності», «наполеглива», «старанна», «цілеспрямована». Студентам було запропоновано пригадати або уявити медичну сестру, яка відповідає кожному елементу рольового списку: відповідальну медсестру; байдужу медсестру; гуманну медсестру; егоїстичну медсестру; медсестру, яку люблять пацієнти; медсестру, яка не подобається пацієнтам; медсестру-професіонала. Після цього студенти оцінювали кожен тип медичної сестри за кожним конструктом, використовуючи семибальну шкалу: 1 – мінімальний вияв характеристики, 7 – максимальний вияв. Наприклад, спочатку студенти за конструктом «чуйна» оцінювали «відповідальну медсестру», потім «байдужу», «гуманну» і т.д. Таким чином кожен з десяти елементів оцінювався за кожним з п'ятнадцяти конструктів. У підсумку ми отримали для кожного студента матрицю оцінок 10X15 (див. табл. 3.1).

Аналіз отриманих даних свідчить, що внаслідок проведеної дослідно-експериментальної роботи відбулися суттєві зміни у професійній самосвідомості студентів експериментальної групи (табл. 3.2).

Таблиця 3.1

Приклад заповненої репертуарної решітки

відповідальна медсестра	байдужа медсестра	гуманна медсестра	егоїстична медсестра	медсестра, яку люблять пацієнти	медсестра, яка не подобається пацієнтам	медсестра - професіонал	Я зараз	Я хотіла би бути	Я, швидше за все, буду	1 2 3 4 5 6 7
6	2	6	1	7	2	7	4	7	5	Чуйна
7	3	4	5	6	4	7	5	7	6	Цілеспрямована
6	2	7	6	6	5	7	5	7	6	Толерантна
5	7	6	4	6	7	6	6	7	6	Тактовна
5	2	6	6	4	6	5	4	7	5	Строга
6	2	7	5	6	5	7	6	7	6	Старанна
7	3	7	6	7	6	7	5	7	6	Пунктуальна
1	4	1	4	2	7	1	3	1	3	Неорганізована
6	3	6	5	7	6	6	7	7	7	Наполеглива
5	1	7	3	7	1	7	5	7	6	Милосердна
6	2	6	6	6	4	6	5	6	6	Емоційно врівноважена
4	7	3	3	6	7	3	2	2	5	Ділова
7	2	6	3	7	2	7	5	7	6	Дисциплінована
7	3	6	6	7	4	7	4	7	6	Вимоглива до себе
1	6	1	7	2	7	1	1	1	2	Безтактна

Насамперед варто звернути увагу на те, що образ Я-реального студентів суттєво наблизився до образу медичної сестри, яка є професіоналом своєї справи. Це свідчить, що майбутня професійна діяльність набула для студентів більшої особистісної значущості. Відбулися певні зміни також у професійній самооцінці студентів: якщо на початку експерименту Я-реальне оцінювалось ними досить критично, то пізніше образ Я-реального суттєво наблизився до Я-ідеального. Це свідчить про підвищення професійної компетентності майбутніх медичних сестер, зростання впевненості у собі, посилення віри у можливості успішної професійної самореалізації.

Оцінюючи динаміку формування професійної етики студентів експериментальної і контрольної груп за когнітивним критерієм, ми звертали увагу також на зміну їх уявлень про ідеальну медичну сестру та її професійні якості. З цією метою ми запропонували учасникам дослідження скласти перелік якостей ідеальної, на їх погляд, медичної сестри. У процесі контент-аналізу отриманих даних ми розділили названі студентами якості на шість груп: морально-етичні, міжособистісні, мотиваційні, діяльнісно-практичні, емоційно-вольові, когнітивні.

Таблиця 3.2

Динаміка співвідношення між образом медичної сестри-професіонала та
Я-реальним студентів

Особистісні якості	Експериментальна група			Контрольна група		
	медична сестра- професіонал	Я-реальне		медична сестра- професіонал	Я-реальне	
		1 зріз	2 зріз		1 зріз	2 зріз
Чуйна	7,0	5,4	6,1	7,0	5,5	5,7
Толерантна	6,5	5,1	6,2	6,6	4,9	5,2
Тактовна	6,7	5,1	6,4	6,6	5,2	5,5
Строга	6,0	5,3	5,7	6,1	5,1	5,1
Старанна	6,2	4,3	6,6	6,0	5,3	5,5
Пунктуальна	6,6	4,9	6,3	6,5	5,1	5,4
Неорганізована	2,1	3,1	1,9	2,0	3,2	3,0
Наполеглива	5,8	5,8	6,6	6,0	5,6	5,8
Милосердна	6,9	5,8	6,5	6,8	5,6	5,7
Емоційно врівноважена	5,9	5,1	6,4	6,2	5,0	5,2
Ділова	6,2	4,6	5,9	6,1	4,8	5,1
Дисциплінована	6,7	5,4	6,1	5,3	5,2	5,5
Відповідальна	6,3	4,5	6,8	6,2	4,7	5,1
Вимоглива до себе	6,4	5,6	6,7	6,3	5,8	6,0
Безтактна	1,3	2,5	2,1	1,4	2,6	2,4

Аналіз уявлень студентів про ідеальну медичну сестру свідчить, що як студенти експериментальної, так і студенти контрольної груп на перший план ставлять морально-етичні якості, які стосуються гуманного ставлення до пацієнта: чуйність, доброта, милосердя, гуманізм, доброзичливість, людяність, привітність, тактовність, уважність, толерантність тощо (рис. 3.4, 3.5). За період дослідно-експериментальної роботи в експериментальній групі суттєво зріс (з 34% до 43%) відсоток морально-етичних якостей, які називаються студентами під час опису ідеальної медичної сестри. В контрольній групі частота згадувань студентами цих якостей практично не змінилася. Важливе значення в описах ідеальної медичної сестри студентів експериментальної групи належить також якостям, які стосуються сфери міжособистісного спілкування: здатність налагоджувати емоційний контакт з пацієнтами, вміння обирати доцільний стиль спілкування з пацієнтами, володіння прийомами вербального і невербального спілкування, здатність викликати у людей

симпатію і довіру, здатність швидко налагоджувати конструктивні стосунки з лікарями і пацієнтами, здатність розпізнавати почуття і мотиви співрозмовника за його мімікою тощо. Це свідчить про розуміння студентами важливої ролі комунікативних умінь у діяльності медичної сестри.



Рис. 3.4. Динаміка уявлень студентів експериментальної групи про якості ідеальної медичної сестри (у %)



Рис. 3.5. Динаміка уявлень студентів контрольної групи про якості ідеальної медичної сестри (у %)

На відміну від експериментальної, студенти контрольної групи дещо недооцінюють значення міжособистісного спілкування в діяльності медичної сестри. Про це свідчить, зокрема, те, що в студентських описах ідеальної медичної сестри рідко зустрічаються такі характеристики, як уміння розуміти співрозмовника, уміння слухати, уміння визначати емоційний стан пацієнта за його мімікою, уміння обирати доцільний тон спілкування з пацієнтом, уміння встановлювати оптимальну дистанцію у спілкуванні з пацієнтами, уміння тактовно повідомляти пацієнту інформацію про стан його здоров'я, уміння дивитися на ситуацію з позиції пацієнта тощо.

Комплексну оцінку динаміки рівнів сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за когнітивним критерієм ми здійснювали за допомогою методу експертних оцінок. П'ятьом експертам, які безпосередньо взаємодіяли з студентами і спостерігали за особливостями їх особистісно-професійного становлення (викладачі, куратори груп), наприкінці експерименту було запропоновано за п'ятибальною шкалою оцінити рівень сформованості професійної етики студентів за такими показниками: 1) обізнаність з етичними нормами професійного спілкування медиків; 2) усвідомлення гуманізму як основного етичного принципу спрямованості особистості медичного працівника; 3) знання у галузі професійного спілкування; 4) уявлення про професійно важливі якості медичної сестри; 5) розуміння значущості гуманістичної спрямованості у професійній етиці медичної сестри; 6) гнучкість і критичність мислення у невідкладних медичних ситуаціях; 7) вміння прогнозувати наслідки різних способів професійної поведінки.

Результати підсумкових експертних оцінок (2 зріз) порівнювалися з результатами вихідного експертного оцінювання (1 зріз) студентів контрольної й експериментальної груп, яке здійснювалося перед початком дослідно-експериментальної роботи (рис. 3.6). Як бачимо, під час першого зрізу за результатами експертних оцінок в експериментальній і контрольній групах для більшості студентів властивий був середній і низький рівні сформованості професійної етики за когнітивним критерієм. Причому, обидві групи практично не

відрізнялися за співвідношенням студентів з різними рівнями: відсоток студентів з низьким рівнем в експериментальній групі – 28%, у контрольній – 27%; з середнім рівнем в експериментальній групі – 51%, у контрольній групі – 53%; з високим рівнем в експериментальній групі – 21%, у контрольній – 20%.

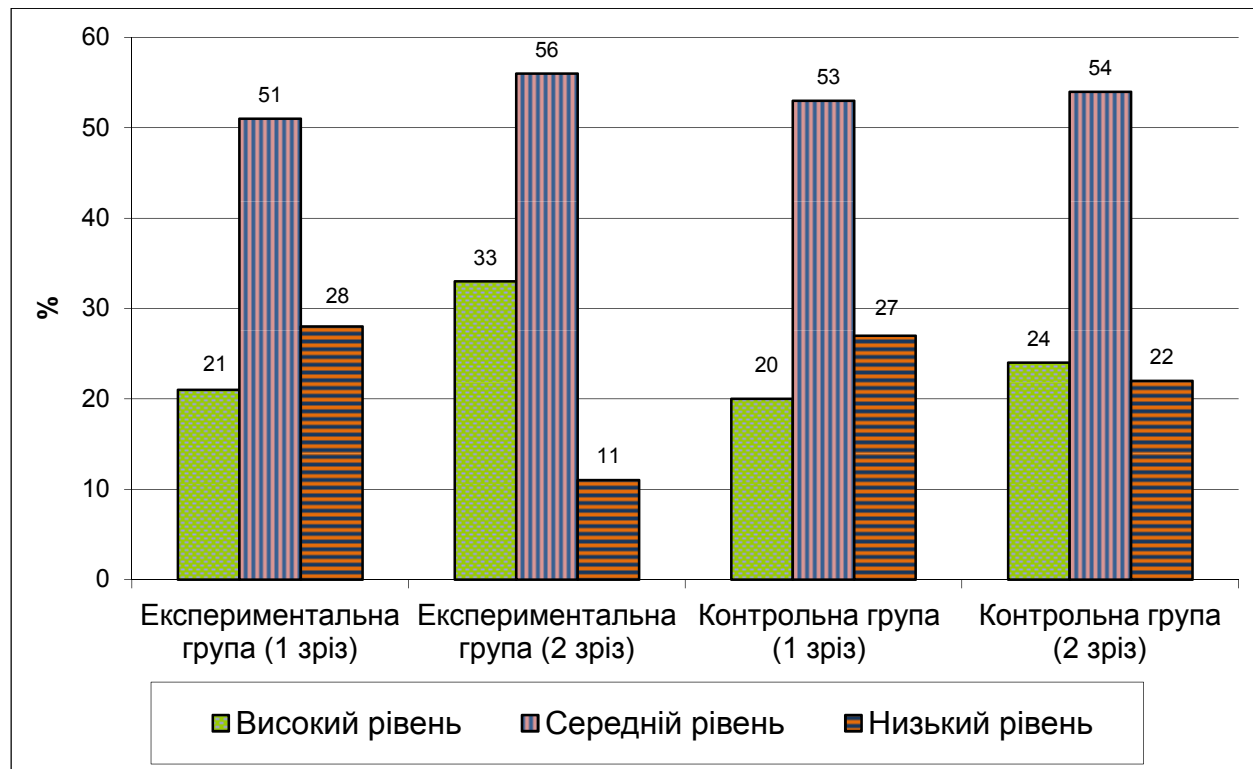


Рис. 3.6. Динаміка рівнів сформованості професійної етики студентів контрольної й експериментальної груп за когнітивним критерієм (у %)

Після впровадження визначених педагогічних умов формування професійної етики майбутніх медичних сестер в експериментальній групі суттєво збільшився відсоток студентів з високим рівнем сформованості когнітивної складової зазначеної якості (з 21% до 33%), тоді як у контрольній групі цей показник збільшився лише з 20% до 24%. Середній рівень сформованості професійної етики за когнітивним критерієм під час підсумкового зрізу виявлено у 56% студентів експериментальної групи та у 54% студентів контрольної групи. Водночас в експериментальній групі, на відміну від контрольної, суттєво зменшилася кількість майбутніх медичних сестер з низьким рівнем засвоєння теоретичних основ професійної етики (з 28% до 11%). В контрольній групі кількість таких студентів зменшилася з 27% до 22%.

Аналізуючи результати формувального експерименту, ми звертали увагу також на динаміку змін у рівнях сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за мотиваційно-ціннісним критерієм. З цією метою використовувалася методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Рокича. Методика передбачає пряме ранжирування двох списків цінностей: термінальних цінностей – основних цілей, які характеризують тривалу життєву перспективу особистості, те до чого вона прагне зараз і прагнутиме в майбутньому, та інструментальних цінностей – переконань у тому, що якийсь спосіб поведінки або властивість особистості є більш придатними для досягнення певної життєвої мети. Тобто інструментальні цінності виступають засобом (інструментом) реалізації термінальних цінностей.

Студентам були пред'явлені два списки цінностей (по 18 у кожному) в алфавітному порядку (спочатку набір термінальних, а потім інструментальних цінностей). Після чого вони повинні були присвоїти всім цінностям ранговий номер з урахуванням їх значущості як принципів, якими вони керуються у своєму житті.

На рис. 3.7 представлена динаміка середніх рейтингів термінальних і інструментальних цінностей в експериментальній групі.

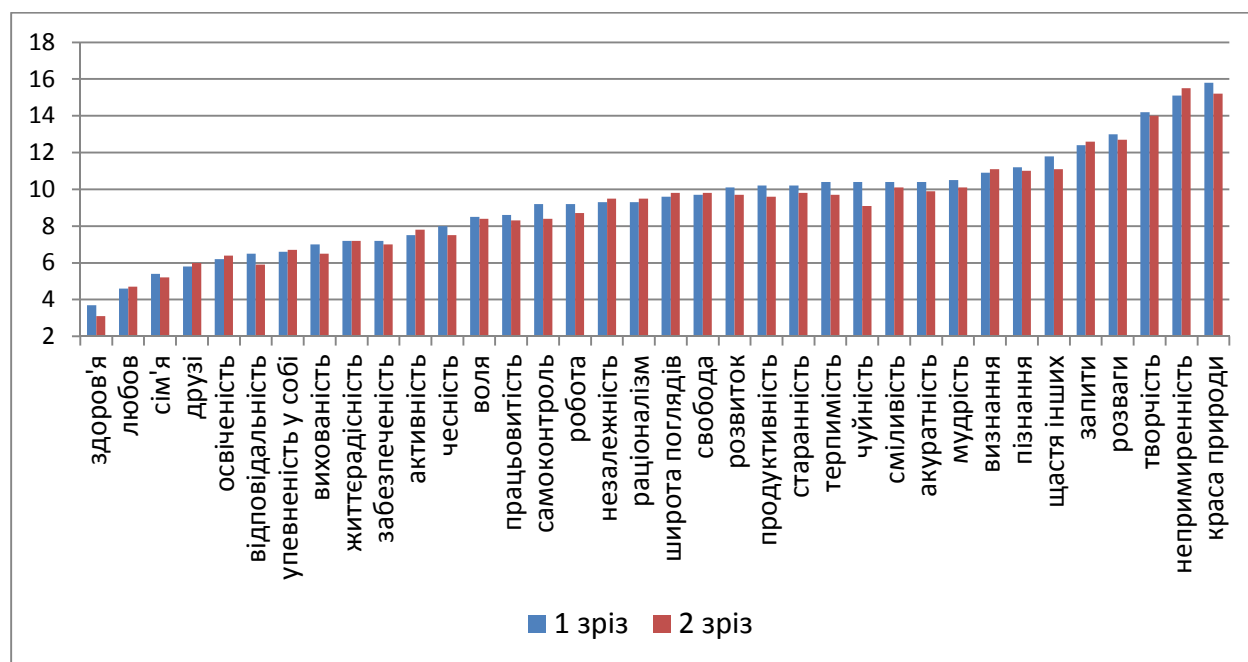


Рис. 3.7. Динаміка значущості термінальних і інструментальних цінностей у студентів експериментальної групи

Найбільший інтерес для нас становили ті цінності, які в ранговій ієрархії посіли перші шість позицій, а також ті, що увійшли до останньої шестірки, оскільки їх співвідношення точніше характеризує загальну спрямованість студентів.

Як бачимо, як під час першого, так і під час другого зрізу більшість студентів експериментальної групи на перше місце поставили термінальну цінність здоров'я (фізичного і психічного). Далі слідують такі термінальні цінності, як любов, щасливе сімейне життя, наявність хороших друзів. І потім вже називаються інші цінності (упевненість в собі, матеріально забезпечене життя, цікава робота, свобода, життєва мудрість та ін.). Можна стверджувати, що здоров'я, любов, щасливе сімейне життя і дружба є найбільш важливими життєвими цінностями студентів експериментальної групи. Причому, їх ієрархія не змінилася протягом дослідно-експериментальної роботи. Водночас варто звернути увагу на те, що в студентів експериментальної групи порівняно з першим зрізом підвищився рівень суб'єктивної значущості таких термінальних цінностей, як здоров'я, цікава робота, щастя інших людей, пізнання. Ймовірно, такі зміни відображають загальний розвиток гуманістичної спрямованості студентів експериментальної групи під впливом впровадженої педагогічної моделі формування професійної етики майбутніх медичних сестер.

Серед цінностей-засобів (інструментальних) під час першого зрізу лідирували такі, як освіченість, відповідальність, вихованість, життєрадісність, чесність, тверда воля. Менш значущими виявилися такі інструментальні цінності, як сміливість, акуратність, високі запити, непримиренність до недоліків. Порівняно з першим зрізом, під час підсумкового дослідження в студентів експериментальної групи підвищився рівень суб'єктивної значущості таких інструментальних цінностей, як відповідальність, вихованість, чесність, самоконтроль, терпимість і чуйність. Очевидно, такі зміни свідчать про посилення спрямованості майбутніх медичних сестер на визначальні у професійній етиці медичного працівника принципи гуманізму, толерантності і поваги до прав та інтересів пацієнтів.

У студентів контрольної групи під час першого зрізу виявлено таку ж ієрархію термінальних ціннісних орієнтацій, що й у студентів експериментальної

групи: на першому місці знаходиться цінність здоров'я, далі розташовуються цінності любові, щасливого сімейного життя, хороших друзів (рис. 3.8). Найважливішими інструментальними цінностями студенти контрольної групи, які і експериментальної, під час під час першого зрізу назвали освіченість, відповідальність, вихованість, життєрадісність, чесність і волю. Однак, на відміну від експериментальної, в контрольній групі за час проведення дослідно-експериментальної роботи структура та суб'єктивна значущість термінальних і інструментальних цінностей практично не змінилася.

Відмінності середніх рангів більшості термінальних і інструментальних цінностей між першим і другим зрізами мають порівняно незначний характер і не досягають статистичної значущості, за винятком цінностей цікавої роботи і суспільного визнання. Підвищення рівня суб'єктивної значущості вказаних термінальних цінностей можна пояснити загальним зростанням професійної зрілості студентів у процесі підготовки в медичному коледжі та посиленням їх спрямованості на професійну самореалізацію у майбутній практичній діяльності.

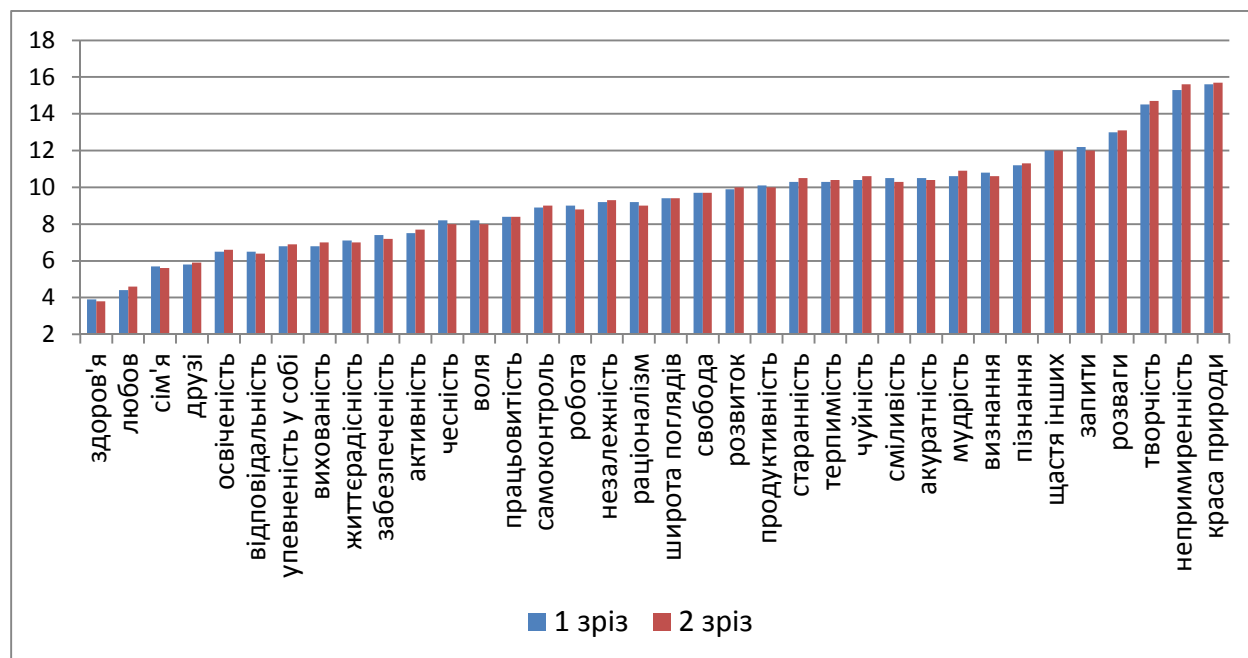


Рис. 3.8. Динаміка значущості термінальних і інструментальних цінностей у студентів контрольної групи

Окрім методики вивчення ціннісних орієнтацій Рокіча під час аналізу динаміки формування професійної етики майбутніх медичних сестер за

мотиваційно-ціннісним критерієм ми застосовували також метод експертних оцінок. Наприкінці дослідно-експериментальної роботи експерти за 5-ти бальною порядковою шкалою оцінювали сформованість у студентів професійної етики за такими показниками: 1) усвідомлення цінності здоров'я та життя людини; 2) інтерес до професії; 3) професійно-етична орієнтація на цінності гуманізму, поваги до прав і свобод особистості, служіння людям; 4) гуманістична спрямованість діяльності; 5) почуття значущості етичних норм спілкування для успішної професійної діяльності медичної сестри; 6) врахування інтересів усіх суб'єктів лікувального процесу.

Узгодженість експертних оцінок і рівень сформованості професійної етики студентів за мотиваційно-ціннісним критерієм визначалися за методикою, описаною в другому розділі дисертації.

Динаміка рівнів сформованості професійної етики за мотиваційно-ціннісним критерієм у студентів експериментальної і контрольної груп представлена на діаграмі (рис. 3.9).

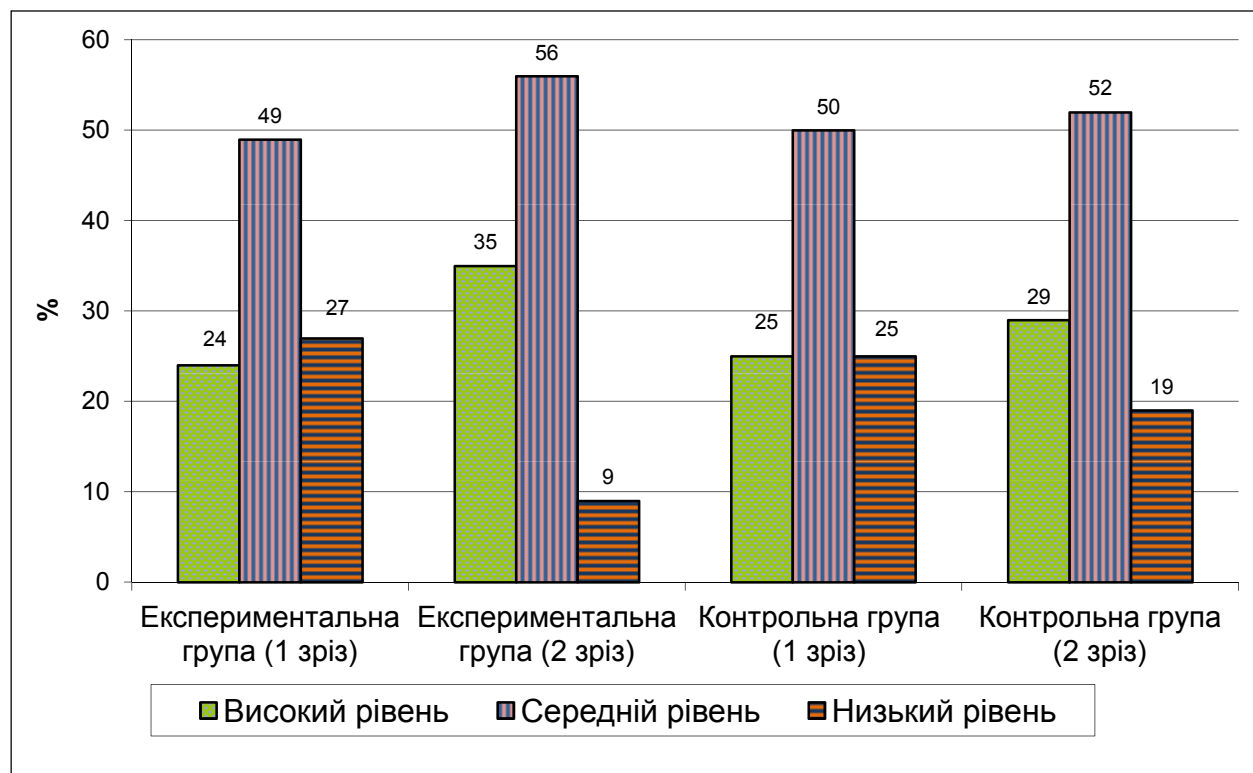


Рис. 3.9. Динаміка рівнів сформованості професійної етики за мотиваційно-ціннісним критерієм у студентів експериментальної і контрольної груп (у %)

Результати експертного оцінювання свідчать, що в експериментальній групі

відбулися суттєві зміни у рівнях сформованості мотиваційно-ціннісної складової професійної етики майбутніх медичних сестер. Якщо під час початкового зрізу високий рівень сформованості зазначеної якості було виявлено лише у 24% студентів, то на етапі завершення експерименту таких студентів стало 35 %. Використання непараметричного критерію Вілкоксона засвідчило статистичну значущість вказаних змін на рівні $\alpha=0,05$. Зріс також відсоток студентів з середнім рівнем сформованості професійної етики за мотиваційно-ціннісним критерієм – з 49% до 56%. Водночас суттєво зменшилося число майбутніх медичних сестер з низьким рівнем сформованості професійної етики за мотиваційно-ціннісним критерієм – з 27% до 9%.

У контрольній групі також спостерігаються позитивні зрушення у рівнях сформованості мотиваційно-ціннісної складової професійної етики майбутніх медичних сестер: кількість студентів з високим рівнем збільшилася з 25% до 29%; кількість студентів з низьким рівнем зменшилася з 25% до 19%. Однак, у порівнянні з експериментальною групою, такі зміни мають менш виражений характер і не досягають рівня статистичної значущості.

Оцінюючи результати дослідно-експериментальної роботи, ми звертали увагу також на зміни у сформованості особистісного компоненту їх професійної етики, зокрема, у розвитку таких професійно важливих моральних якостей, як емпатія, толерантність і відповідальність. З цією метою, як і під час першого зрізу, використовувався опитувальник емоційної емпатії А. Меграбяна і М. Епштейна, методика визначення толерантних і інтолерантних установок особистості в сфері міжособистісного спілкування В. Бойко, методика діагностування рівня морально-етичної відповідальності особистості І. Тимощука.

Динаміка розвитку професійно важливих моральних якостей у студентів експериментальної і контрольної груп представлена на рис. 3.10, 3.11 і 3.12.

Отримані результати свідчать, що позитивні зрушення у розвитку емпатії відбулися як в експериментальній, так і контрольній групах, однак в останньому випадку вони мають менш виражений характер і не досягають рівня статистичної значущості (рис. 3.10).

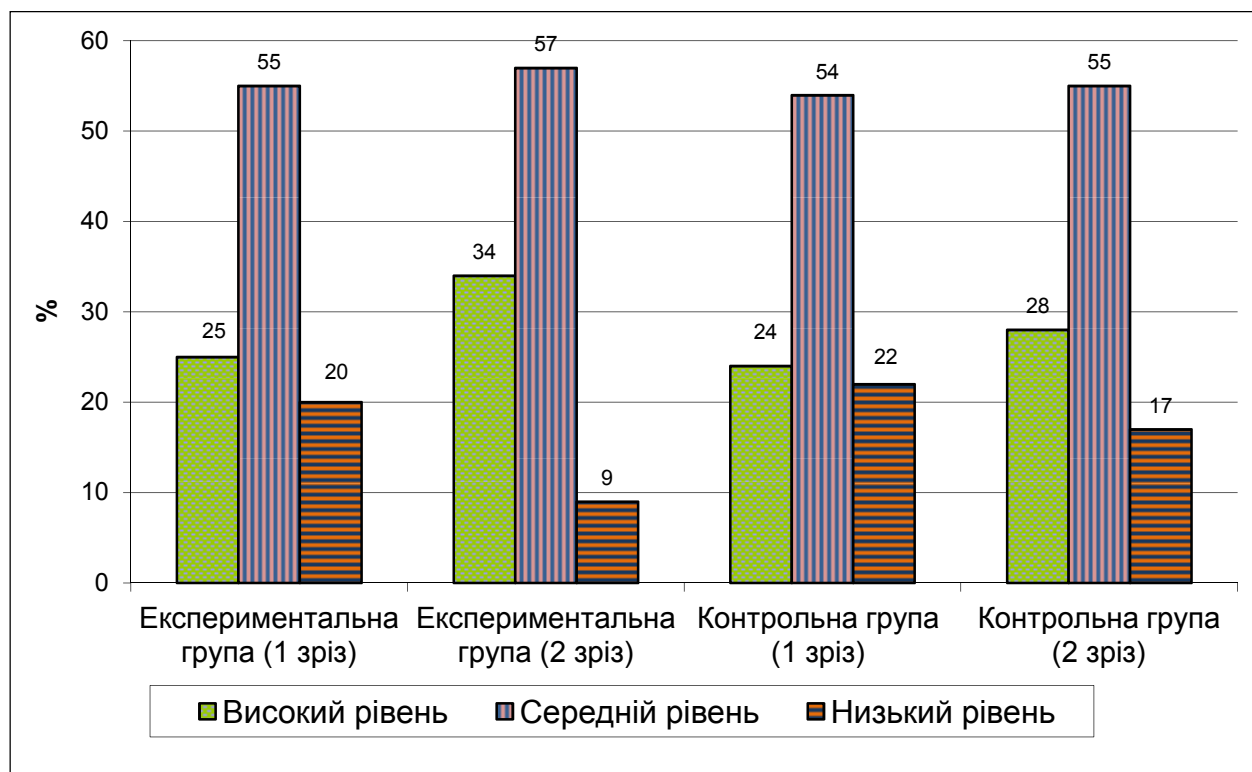


Рис. 3.10. Динаміка рівнів розвитку емпатії у студентів експериментальної і контрольної груп (у %)

На відміну від контрольної, в експериментальній групі суттєво збільшилася кількість студентів з високим рівнем сформованості емоційного і поведінкового компонентів емпатії (з 25% до 34%), і водночас зменшився відсоток студентів з низьким рівнем розвитку цієї професійно важливої якості (з 20% до 9%).

Позитивна динаміка, хоча й менш виражена, спостерігається також у розвитку морально-етичної відповідальності майбутніх медичних сестер (рис. 3.11).

Якщо на початку дослідно-експериментальної роботи студенти експериментальної і контрольної груп не відрізнялися за сформованістю цієї особистісної якості, то наприкінці співвідношення рівнів дещо змінилося. В експериментальній групі кількість студентів з високим рівнем морально-етичної відповідальності збільшилася з 32% до 37%, водночас зменшилася кількість студентів з низьким рівнем (з 10% до 3%). В контрольній групі зміни менш суттєві: відсоток студентів з високим рівнем збільшився з 31% до 33%, з низьким рівнем зменшився з 9% до 7%.

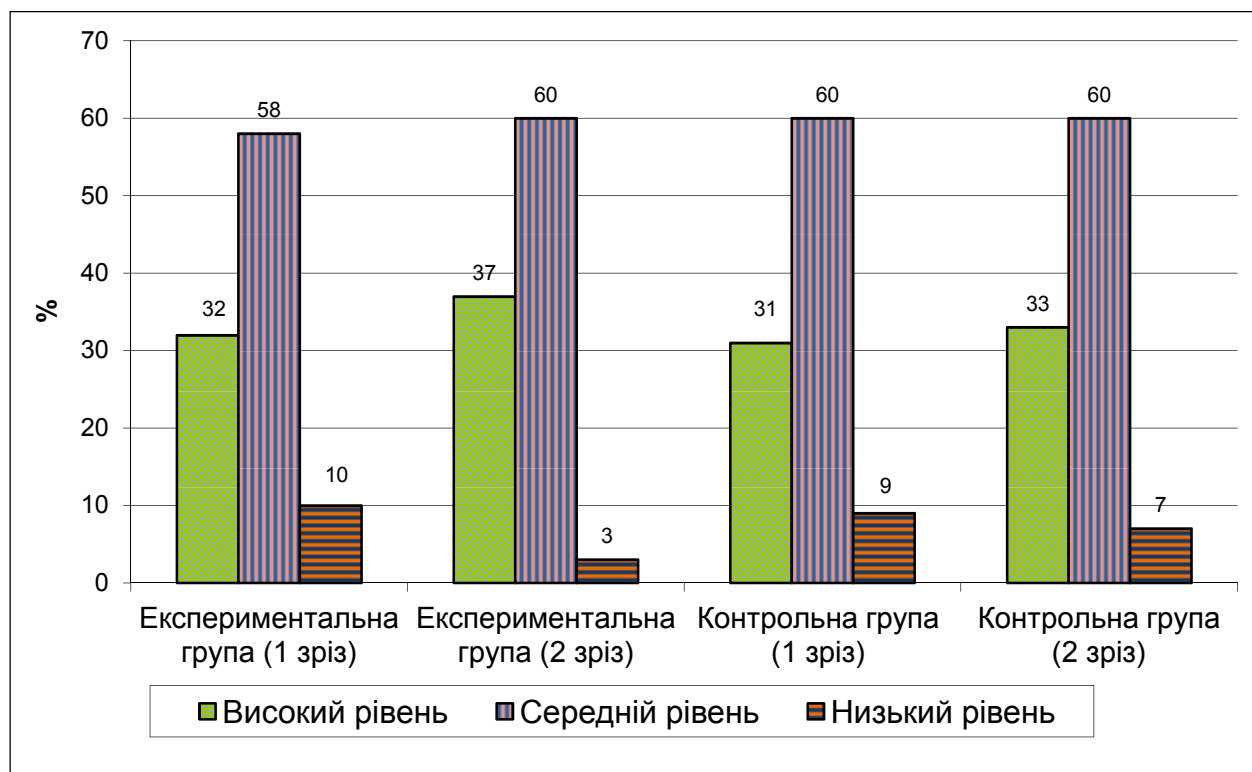


Рис. 3.11. Динаміка рівнів розвитку морально-етичної відповідальності у студентів експериментальної і контрольної груп (у %)

Відчутні зміни відбулися також у розвитку комунікативної толерантності майбутніх медичних сестер (рис. 3.12).

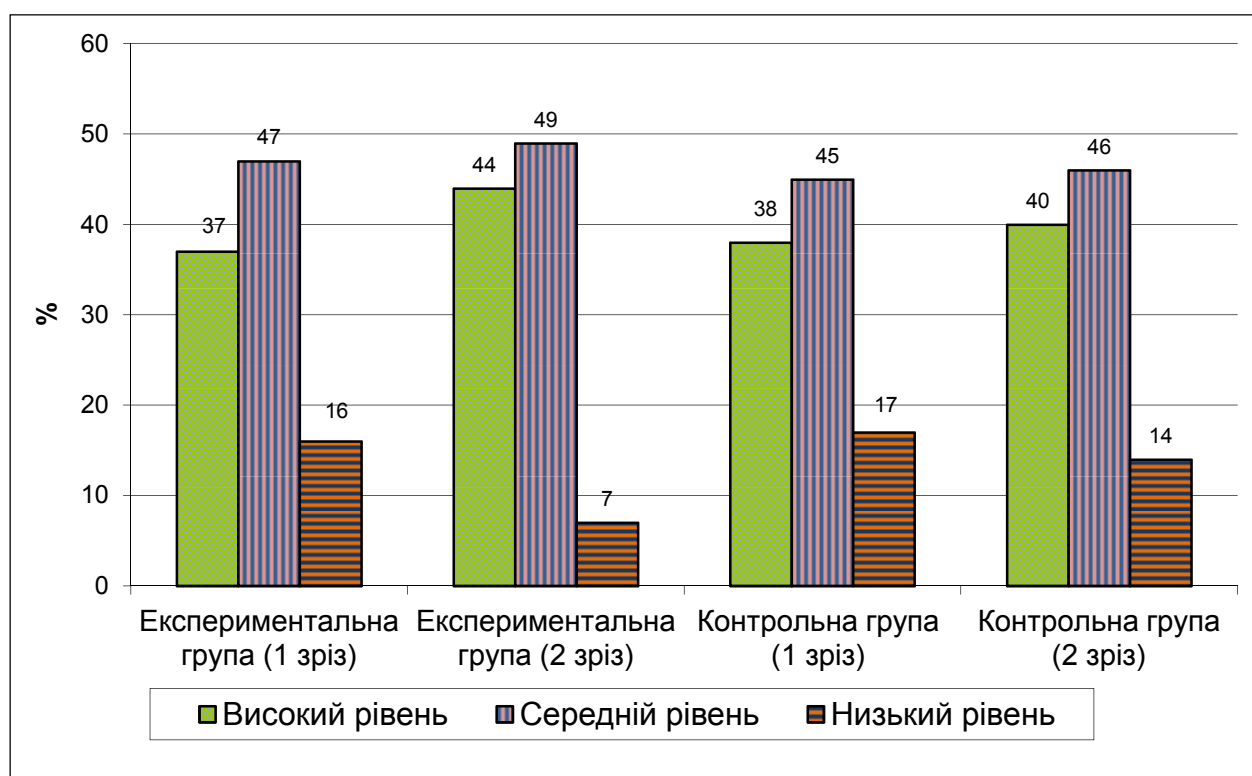


Рис. 3.12. Динаміка рівнів розвитку комунікативної толерантності студентів експериментальної і контрольної груп (у %)

В експериментальній групі відсоток студентів з високим рівнем комунікативної толерантності збільшився з 37% до 44%, одночасно зменшилася кількість студентів з низьким рівнем розвитку цієї якості (з 16% до 7%). На відміну від цього, в контрольній групі зміни мають менш виражений характер і досягають рівня статистичної значущості.

Отже, отримані результати свідчать, що розроблена експериментальна методика формування професійної етики майбутніх медичних сестер більшою мірою сприяє розвитку їх професійно важливих моральних якостей, ніж традиційна система фахової підготовки.

З метою визначення динаміки сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер за діяльнісним критерієм ми застосували метод аналізу конкретних ситуацій. Студентам було запропоновано письмово розв'язати складу в деонтологічному відношенні ситуацію: «Медична сестра повинна повідомити пацієнтові результати обстеження, які виявили в його організмі ракову пухлину. Пацієнт вважає, що у нього виразка шлунку. Як ознайомити хворого з тяжким діагнозом?».

Аналіз запропонованих студентами способів розв'язання ситуації дав змогу визначити рівень володіння ними основними етико-деонтологічними принципами медичної діяльності, стратегіями і способами конструктивного спілкування медичної сестри з пацієнтами. Під час аналізу відповідей студентів зверталася увага на те, як часто вони у процесі вирішення складної ситуації апелювали до таких етико-деонтологічних принципів, як милосердя, гуманізм, відповідальність, ціннісне ставлення до людського життя, повага до особистості пацієнта, врахування його прав та інтересів, дотримання доктрини «інформованої згоди» тощо.

У процесі аналізу студентських текстів виділялися висловлювання і теми, що стосувалися таких етико-деонтологічних принципів, як: цінність людського життя і здоров'я; прийняття на себе відповідальності за стан здоров'я хворого; врахування позиції пацієнта (його прав, бажань, потреб, інтересів, думок); врахування позиції оточення пацієнта, інших учасників лікувального процесу. Залежно від повноти відображення у письмових текстах студентів основних етико-деонтологічних принципів визначався рівень сформованості діяльнісного компоненту їх

професійної етики. Представленість усіх чотирьох принципів у письмовому розв'язку студентом проблемної ситуації свідчила про його високий рівень оволодіння етико-деонтологічними основами медичної діяльності, що оцінювалося трьома балами. Представленість двох або трьох принципів розглядалася як свідчення середнього рівня володіння етико-деонтологічними основами медичної діяльності, що оцінювалося двома балами. Представленість у тексті лише одного принципу була свідченням низького рівня і оцінювалася 1 балом.

Динаміка рівнів володіння студентами контрольної і експериментальної груп основними етико-деонтологічними принципами представлена на рис. 3.13.

Перед проведенням дослідно-експериментальної роботи між студентами експериментальної і контрольної груп не було суттєвих відмінностей у рівнях володіння етико-деонтологічними принципами медичної діяльності: студентів з високим рівнем було 28% в експериментальній групі і 29% – у контрольній; з середнім рівнем – 49% і 50%; з низьким – 22% і 21%.

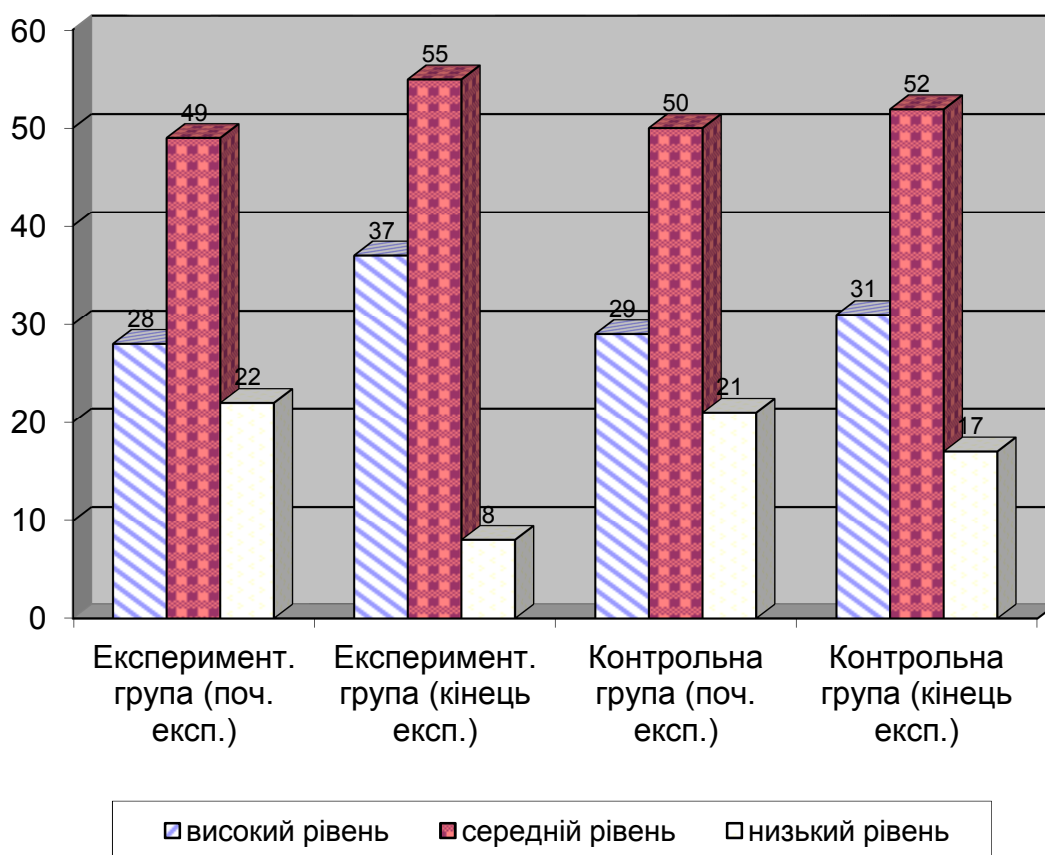


Рис. 3.13. Динаміка рівнів володіння основними етико-деонтологічними принципами у контрольній і експериментальній групах (у %)

Результати підсумкового діагностичного зрізу свідчать, що в експериментальній групі відбулися суттєві зміни у рівнях володіння студентами основними етико-деонтологічними принципами медичної діяльності: кількість студентів з високим рівнем збільшилася з 28% до 37%. На відміну від експериментальної, у контрольній групі кількість студентів з високим рівнем збільшилася з 29% лише до 31%, що не досягає рівня статистичної значущості (за критерієм Вілкоксона).

Варто звернути увагу також на те, що в експериментальній групі суттєво зменшився відсоток студентів з низьким рівнем володіння етико-деонтологічними принципами. Якщо на початку експерименту таких студентів було 22%, то наприкінці їх залишилося лише 8%. У контрольній групі теж зменшилася кількість студентів з низьким рівнем (з 21% до 17%), однак такі зміни мають порівняно незначний характер і не досягають рівня статистичної значущості (за непараметричним критерієм Вілкоксона). Цікаво, що як в експериментальній, так і в контрольній групах лише незначно збільшився відсоток студентів з середнім рівнем володіння основними етико-деонтологічними принципами медичної діяльності. Це можна пояснити тим, що в експериментальній групі збільшення кількості студентів з середнім рівнем компенсувалося за рахунок переходу значної частини студентів з середнім рівнем до категорії студентів з високим рівнем володіння етико-деонтологічними принципами. На відміну від цього, у контрольній групі така динаміка не виражена.

Аналіз способів розв'язання ситуацій, які були запропоновані студентами контрольної групи, свідчить, що найбільш складними для них є професійні ситуації, що вимагають самостійного прийняття рішень і розподілу відповідальності. Наприклад, у ситуації повідомлення «важкого» діагнозу, медсестра бере на себе відповідальність за його повідомлення, однак при цьому, щоб не виявитися в емоційно некомфортній ситуації наодинці з пацієнтом, запрошує близьких йому людей, родичів. Такий спосіб дій недоцільний, оскільки може лише зашкодити адекватному сприйняттю пацієнтом емоційно травмуючої інформації. Звертає на себе увагу також певна стандартність, шаблонність, схематичність пропонованих студентами контрольної групи способів розв'язання складних у деонтологічному

відношенні ситуацій. Свідченням цього є поверхове орієнтування в етико-деонтологічних принципах, недостатнє врахування індивідуальних особливостей пацієнтів, неспроможність до децентрації – оцінювання ситуації з позицій іншої людини, апелювання до власного життєвого досвіду («для мене в цій ситуації краще було б, якби...»). На відміну від контрольної групи, в експериментальній більшість студентів виявила добру обізнаність з основними етико-деонтологічними принципами діяльності медичного працівника та здатність застосовувати їх на практиці: ціннісне ставлення до людського життя і здоров'я, прагнення не нашкодити пацієнту, прийняття на себе відповідальності за догляд за пацієнтом, врахування прав і інтересів пацієнта, врахування інтересів близьких для пацієнта людей, принцип інформованої згоди, підтримка пацієнта, повага до особистості пацієнта тощо.

Отримані результати дають підстави зробити висновок, що впровадження в освітній процес визначених педагогічних умов формування професійної етики більшою мірою сприяло оволодінню майбутніми медичними сестрами етико-деонтологічними принципами професійної діяльності, ніж традиційна практика їх підготовки у медичному коледжі.

Окрім методу аналізу професійних ситуацій динаміка формування професійної етики майбутніх медичних сестер за діяльнісним критерієм оцінювалася також за допомогою методу експертних оцінок. Експерти за 5-ти бальною порядковою шкалою оцінювали сформованість професійної етики студентів експериментальної і контрольної групи за такими показниками: 1) вміння прогнозувати і коригувати відносини, що складаються у професійній практиці медичної сестри; 2) вміння конструктивно вирішувати професійні конфлікти; 3) вміння відстоювати власну позицію, не погіршуючи стосунків з колегами; 4) вміння налагоджувати конструктивні міжособистісні стосунки з лікарями, пацієнтами і колегами; 5) володіння прийомами вербального та невербального спілкування; 6) рефлексивні вміння; 6) вміння створювати емоційно-комфортні умови для колективної діяльності; 7) вміння саморегуляції.

Динаміка рівнів сформованості професійної етики за діяльнісним критерієм у студентів експериментальної і контрольної груп представлена на рис. 3.14.

Аналіз динаміки становлення професійної етики майбутніх медичних сестер свідчить про суттєве збільшення в експериментальній групі відсотка студентів з високим рівнем сформованості діяльнісного компонента цієї якості (з 23% до 36%). Одночасно зменшилася кількість студентів з низьким рівнем (з 27% до 10%). У контрольній групі спостерігається порівняно незначне збільшення кількості студентів з високим рівнем сформованості професійної етики (з 24% до 29%). Відсоток студентів з низьким рівнем зменшився тут з 25% до 19%. Майже не змінився в експериментальній і контрольній групах відсоток студентів з середнім рівнем сформованості діяльнісного компонента професійної етики. Експерти відзначили суттєве зростання у студентів експериментальної групи готовності налагоджувати конструктивні міжособистісні стосунки з лікарями, пацієнтами і колегами, вміння створювати емоційно комфортні умови у лікувальному і реабілітаційному процесі, а також уміння й регулювати оцінювати власну діяльність.

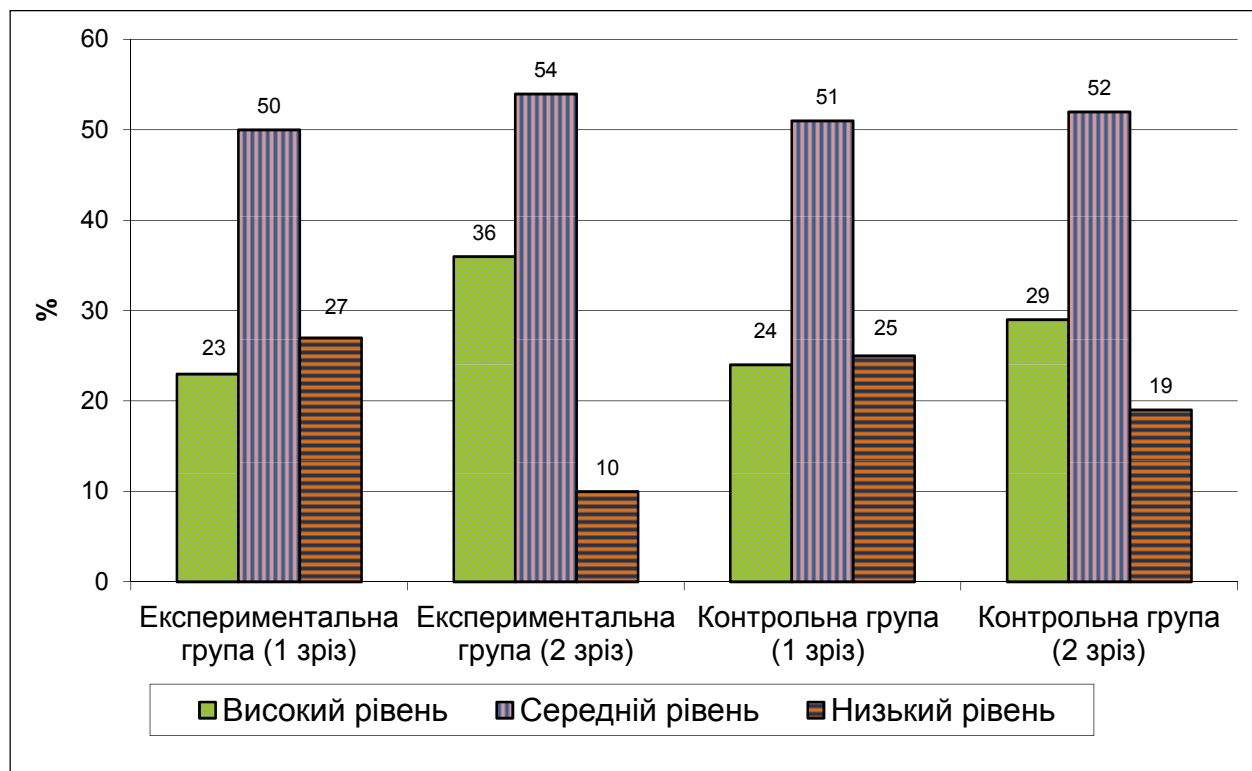


Рис. 3.14. Динаміка рівнів сформованості професійної етики за діяльнісним критерієм у студентів експериментальної і контрольної груп (у %)

Спостереження за студентами експериментальної групи засвідчило, що вони почали виявляти більший інтерес до питань професійної етики та медичної

деонтології, брати активну участь в обговоренні професійних моральних проблем, виявляти прагнення до оволодіння етичними нормами і принципами професійної діяльності, займатися професійно-етичним самовдосконаленням, розвитком професійно важливих для медичної сестри особистісних якостей: толерантності, емпатії, чуйності, емоційної витримки, врівноваженості, самовладання, здатності обирати адекватний стиль спілкування з пацієнтами тощо. Загалом, отримані результати дають підстави зробити висновок, що реалізація у процесі фахової підготовки майбутніх медичних сестер визначених педагогічних умов стимулює розвиток діяльнісної складової їх професійної етики.

Результати формувального експерименту свідчать, що реалізація визначених педагогічних умов забезпечує структурну перебудову всіх компонентів професійної етики майбутніх медичних сестер (мотиваційно-ціннісного, когнітивного, особистісного і діяльнісного), що знаходить комплексний вияв у загальній позитивній динаміці рівнів її сформованості (рис. 3.15).

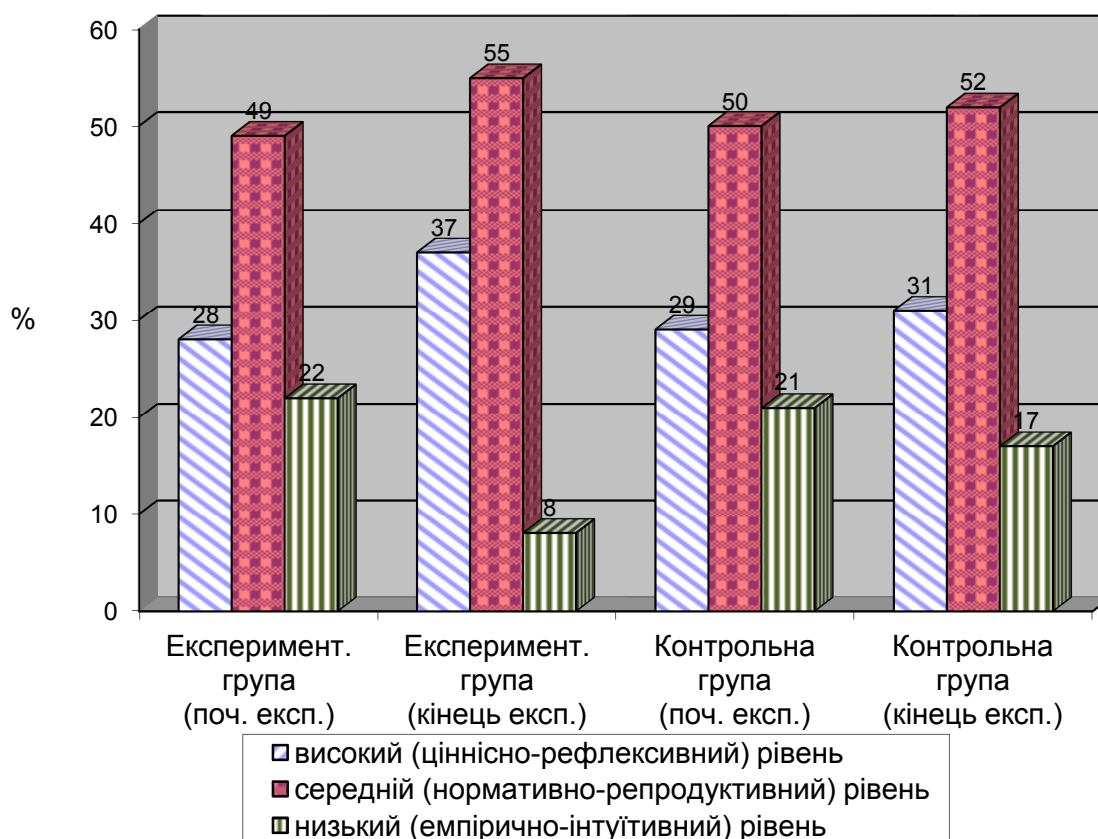


Рис. 3.15. Динаміка загальних рівнів сформованості професійної етики у студентів контрольної й експериментальної груп (у %)

За період проведення дослідно-експериментальної роботи в експериментальній групі суттєво зменшився відсоток студентів з низьким (емпірично-інтуїтивним) (з 22% до 8%) і водночас суттєво підвищився з високим (ціннісно-рефлексивним) (з 28% до 38%) і середнім (нормативно-репродуктивним) (з 49% до 55%) рівнем сформованості професійної етики. Статистична достовірність вказаних змін перевірялась за допомогою непараметричного критерію Вілкоксона для пов'язаних пар спостережень. З цією метою використовувався комп'ютерний пакет програм статистичного аналізу даних Statistica [52].

Емпіричне значення u -критерію порівнювалося з критичним u_{α} зі статистичної таблиці [177, с. 95]. З'ясувалося, що емпіричне значення u -критерію (2,56) перевищує критичне (1,96) на рівні $\alpha=0,05$. Це свідчить про те, що розбіжність між рівнями сформованості професійної етики у студентів експериментальної на початку і наприкінці формувального експерименту є статистично значущою.

На відміну від експериментальної, у контрольній групі хоча й спостерігаються певні позитивні тенденції у формуванні професійної етики майбутніх медичних сестер, вони мають порівняно незначний характер і не досягають рівня статистичної значущості.

Загалом аналіз результатів формувального експерименту дає підстави зробити висновок про ефективність визначених педагогічних умов і розробленої моделі формування професійної етики майбутніх медичних сестер.

Висновки до третього розділу

1. Аналіз психолого-педагогічних джерел, узагальнення результатів констатувального етапу дослідження, а також врахування особливостей особистісно-професійного становлення майбутніх медичних сестер дало змогу визначити комплекс педагогічних умов формування професійної етики: створення і функціонування в медичному коледжі комплексної професійно орієнтованої виховної системи; забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу; використання ціннісного потенціалу фахових дисциплін у процесі професійно-етичного самовизначення майбутніх медичних сестер;

емоційно-інтелектуальне стимулювання особистісно-професійного становлення студентів засобами діалогічного спілкування.

2. У дисертації відзначається, що формування професійної етики у студентів медичного коледжу можливе лише на міцному теоретичному фундаменті і за умови системності проведених заходів, що повинні відображати як основні зв'язки між компонентами професійної діяльності, так і особливості сучасних реалій та специфіку професійного середовища. У дослідженні сконструйована модель формування професійної етики фахівця медичного профілю, що містить функціонально-цільовий, діяльнісний, управлінсько-технологічний і оцінно-результативний компоненти.

3. З'ясовано, що формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки доцільно здійснювати за такими етапами: організаційно-мотиваційний, аналітико-діагностичний, комунікативно-діяльнісний, рефлексивно-оцінний. Організаційно-мотиваційний етап спрямовувався на формування у студентів медичного коледжу позитивної мотивації, інтересу до проблем медичної деонтології, спрямованості на оволодіння принципами і нормами професійної етики. На аналітико-діагностичному етапі формування професійної етики майбутніх медичних сестер вирішувалися такі завдання: аналіз студентами сформованості у себе знань про професійно-етичні норми і правила поведінки фахівця медичної сфери; усвідомлення необхідності і важливості формування морально-етичних особистісних якостей медичного працівника; формування емпатійного ставлення до людей і гуманістичної спрямованості особистості. Завдання комунікативно-діяльнісного етапу полягали у формуванні в майбутніх медичних сестер орієнтувальної основи професійної діяльності і спілкування відповідно до професійно-етичних норм і цінностей. На рефлексивно-оцінному етапі підводилися підсумки дослідно-експериментальної роботи з формування професійної етики майбутніх медичних сестер.

4. Результати дослідно-експериментальної роботи засвідчили, що реалізація обґрунтованих педагогічних умов та розробленої методики забезпечує розвиток всіх структурних компонентів професійної етики майбутніх медичних сестер:

мотиваційно-ціннісного, когнітивного, особистісного і діяльнісного. В експериментальній групі, на відміну від контрольної, на статистично значущому рівні збільшилася кількість студентів з високим, ціннісно-рефлексивним, рівнем сформованості професійної етики (з 28% до 38%) і водночас зменшилося число студентів з низьким, емпірично-інтуїтивним, рівнем (з 22% до 8%).

Зміст третього розділу висвітлений у таких публікаціях автора дисертаційного дослідження: [29], [31], [33], [34], [39], [41], [45].

ВИСНОВКИ

1. Професійна діяльність медичної сестри є однією з достатньо складних, багатограних і суперечливих сфер соціальних відносин, в якій ключову роль відіграють стосунки як між окремими суб'єктами, так і між особистістю та соціумом загалом. Регуляційною основою цих стосунків є морально-етичний простір медицини, що справляє істотний вплив як на особистість пацієнта, так і на діяльність медичного працівника. У зв'язку з цим без належного морально-етичного виховання та етико-деонтологічної підготовки неможливе особистісно-професійне становлення майбутніх медичних сестер як повноцінних фахівців, здатних до реалізації гуманістичної місії медичної професії. Результати аналізу психолого-педагогічних досліджень і практики підготовки фахівців у медичних коледжах свідчать, що традиційна організація освітнього процесу не забезпечує необхідного рівня етико-деонтологічної готовності значної частини студентів. Розв'язання цієї проблеми потребує пошуку нових підходів до організації фахової підготовки й обґрунтування педагогічних умов формування професійної етики як важливої складової професійної готовності майбутніх медичних сестер.

2. На основі аналізу психолого-педагогічної літератури та особливостей професійної діяльності середнього медичного персоналу у дослідженні обґрунтовано сутність поняття професійної етики медичної сестри як комплексної професійно важливої якості особистості, що інтегрує в собі засвоєні у процесі професіоналізації гуманістичні ціннісні орієнтації, професійно-етичні норми, деонтологічні принципи та моральні якості, які регулюють професійну діяльність і спілкування.

У структурі професійної етики майбутніх медичних сестер виокремлено чотири взаємопов'язані компоненти: *мотиваційно-ціннісний*, який відображає сформованість професійно-етичної позиції та особистісного ставлення до цінностей професійної діяльності (гуманізму, милосердя, збереження життя та здоров'я пацієнтів); *когнітивний*, який характеризує компетентність майбутніх медичних сестер у галузі професійної етики, розуміння норм і принципів медичної

деонтології; *особистісний*, представлений професійно важливими моральними якостями особистості, і *діяльнісний*, який знаходить вияв у сформованості практичних умінь налагоджувати конструктивні стосунки з суб'єктами лікувального процесу на основі норм і цінностей медичної етики та деонтології.

Відповідно до виокремлених компонентів визначено критерії (мотиваційно-ціннісний, когнітивний, особистісний, діяльнісний) і показники сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Урахування виокремлених критеріїв і показників дало змогу визначити й описати три рівні сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер: високий (ціннісно-рефлексивний), середній (нормативно-репродуктивний) і низький (емпірично-інтуїтивний).

3. На основі врахування змісту й специфіки морально-етичного аспекту професійної діяльності медичної сестри, а також особливостей організації освітнього процесу в медичному коледжі розроблена педагогічна модель формування професійної етики майбутніх медичних сестер, що складається з чотирьох блоків (функціонально-цільового, змістовно-діялісного, управлінсько-технологічного, оцінно-результативного) і комплексно відображає мету, завдання, педагогічні умови, форми, методи, етапи та рівні розвитку професійної етики студентів у процесі фахової підготовки.

4. Аналіз психолого-педагогічних джерел, узагальнення результатів констатувального етапу дослідження, а також врахування особливостей особистісно-професійного становлення майбутніх медичних сестер дало змогу визначити комплекс педагогічних умов формування професійної етики: створення і функціонування в медичному коледжі комплексної професійно орієнтованої виховної системи; забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу; використання ціннісного потенціалу фахових дисциплін у процесі професійно-етичного самовизначення майбутніх медичних сестер; емоційно-інтелектуальне стимулювання особистісно-професійного становлення студентів засобами діалогічного спілкування. Відповідно до визначених педагогічних умов розроблено методику формування професійної етики майбутніх медичних сестер, що передбачає послідовну реалізацію чотирьох етапів

(організаційно-мотиваційного, аналітико-діагностичного, комунікативно-діяльнісного, рефлексивно-оцінного) та відповідних форм і методів роботи.

Результати дослідно-експериментальної роботи засвідчили, що реалізація обґрунтованих педагогічних умов та розробленої методики забезпечує розвиток всіх структурних компонентів професійної етики майбутніх медичних сестер: мотиваційно-ціннісного, когнітивного, особистісного і діяльнісного. В експериментальній групі, на відміну від контрольної, на статистично значущому рівні збільшилася кількість студентів з високим, ціннісно-рефлексивним, рівнем сформованості професійної етики (з 28% до 38%) і водночас зменшилося число студентів з низьким, емпірично-інтуїтивним, рівнем (з 22% до 8%).

Проведене дослідження, звісно, не претендує на вичерпний розгляд усіх аспектів формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Перспективи подальших досліджень полягають у з'ясуванні можливостей ефективного застосування нових інформаційних технологій у процесі етико-деонтологічної підготовки студентів медичного коледжу, визначенні шляхів формування професійної етики майбутніх медичних сестер у процесі виробничої практики, вивченні та узагальненні зарубіжного досвіду формування професійної етики медичних працівників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 – теорія і методика виховання. Київ, 2011. 22 с.
2. Адлер А. Понять природу человека / под ред. М. В. Козикова. Санкт-Петербург : Гуманитарное агентство «Академический проект», 2000. 254 с.
3. Акімова О. В. Рефлексорна основа розвитку творчого мислення / Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Наукові записки. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2008. Вип. 22. С. 190–193.
4. Акопов В. И., Маслов Е. Н. Страдания Гиппократы (Правовые и этические проблемы современной медицины и ответственность медицинских работников). Ростов н/Дону: Приазовский Край, 2006. 520 с.
5. Актуальні питання правового регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я : навч. посіб. / В. Ф. Москаленко та ін. ; за заг. ред. В. Ф. Москаленка. Житомир : Полісся, 2014. 146 с.
6. Алексеєнко А. П. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини : навч. посіб. / за заг. ред. А. П. Алексеєнко, В. М. Лісового. Харків : Колегіум, 2010. 340 с.
7. Алексеєнко А. П., Карпенко К. І., Гончаренко Л. О., Дейнека В. В. Професійна етика вищої освіти : навчальний посібник для осіб, що навчаються в магістратурі за спеціальністю «Педагогіка вищої школи». Харків : ХНМУ, 2015. 77 с.
8. Андрійчук О. Я. Виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2004. 212 с.
9. Асеева И. А., Никитин В. Е. Биомедицинская этика : учебное пособие для медицинских университетов. Курск : КГМУ, 2002. 96 с.
10. Асмолов А. Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека. 3-е изд., испр. и доп. Москва : Смысл ; Академия, 2007. 528с.

11. Бабак М. І. Формування особистості медика третього тисячоліття. Медична освіта. 2002. №1. С. 49–50.
12. Бабенко П. А. Формирование толерантности как профессиональной компетентности в процессе подготовки будущих врачей : автореф. дис. ... канд. пед. наук. Краснодар, 2009. 25 с.
13. Бажан Т. А., Паранько Н. М., Карнаух Н. Г. Этика и деонтология санитарного врача : научное издание. Дніпропетровськ : Поліграфіст, 2002. 142с.
14. Бакштановский В. И., Согомонов Ю. В. Этика профессии: миссия, кодекс, поступок : монография. Тюмень : НИИ прикладной этики ТюмГНГУ, 2005. 378с.
15. Балл Г. О. Гуманізація загальної та професійної освіти: суспільна актуальність і психолого-педагогічні орієнтири. Неперервна професійна освіта: проблеми, пошуки, перспективи : монографія / за ред. І. А. Зязюна. Київ : Віпол, 2000. С. 134–157.
16. Балл Г. О. Професійна діяльність і підготовка до неї у контексті розвитку особистості та становлення її духовності. Творча особистість у системі неперервної освіти. Харків : УДПУ, 2000. С. 34–39.
17. Бандура О. О. Самоактуалізація як механізм формування інтегрованого стилю життя особистості. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство : науково-методичний збірник / ред. кол. Н. Софій (голова) та ін. Київ : Контекст, 2000. 336 с.
18. Бандурка М., Тюріна В., Федоренко О. Основи психології і педагогіки : підручник. Харків, 2003. 298 с.
19. Банчук М. В., Волосовець О. П., Чернишенко Т. І. Сучасні завдання вищої медичної школи. Магістр медсестринства. 2008. №1. С. 17–20.
20. Берри К. Взаимоотношения врача и пациента. Материалы Первого Украинско-британского симпозиума по биоэтике (г. Киев, 25–29 сентября 2000 г.). Киев : Киевская медицинская академия им. П. Л. Шупика, Киевский исследовательский центр «РЕАЛ», 2000. С. 15–16.

21. Беспалько В. П., Татур Ю. Г. Системно-методическое обеспечение учебно-воспитательного процесса подготовки специалистов. Москва : Высшая школа, 1989. 141 с.
22. Бех І. Д. Виховання особистості: у 2-х кн. Кн. 2. Особистісно орієнтований підхід: науково-практичні засади. Київ : Либідь, 2003. 344 с.
23. Бех І. Д. Виховний простір: організаційно-змістові орієнтири. Гірська школа Українських Карпат. 2013. № 10. С. 3–14.
24. Библик С. П., Сюта Г. М. Словник іншомовних слів: тлумачення, словотвір та слововживання. Харків : Фоліо, 2006. 623 с.
25. Билибин Д. Ф. Горизонты деонтологии. Вести АМН СССР. 1979. №5. С. 30–39.
26. Бильченко О. С. Врачебная этика и медицинская деонтология : учебное пособие для студентов медицинских вузов, врачей-интернов / Харьковский государственный медицинский университет. Харьков : Торнадо, 2004. 198 с.
27. Биомедицинская этика : словарь-справочник / Т. В. Мишаткина и др. ; под ред. Т. В. Мишаткиной. Минск : БГЭУ, 2007. 90 с.
28. Бичок А. В. Формування культури професійного спілкування майбутніх фахівців міжнародного бізнесу і менеджменту : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка. Тернопіль, 2010. 218с.
29. Біліченко О. В. Етапи реалізації методики формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Шахов (гол.) та ін. Вінниця : Твори, 2019. Вип. 57. С. 61–66.
30. Біліченко О. В. Аналіз змісту компонентів професійної етики майбутніх медичних сестер. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми : зб. наук. пр. / редкол. : Р. С. Гуревич та ін. Київ ; Вінниця : ТОВ «Планер», 2018. Вип. 52. С. 168–172.

31. Біліченко О. В. Аналіз результатів сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. / редкол.: В. І. Шахов (гол.) та ін. Вінниця : Твори, 2019. Вип. 58. С. 42–48.
32. Біліченко О. В. Вимоги до професійно-етичного аспекту підготовки та діяльності медичних сестер. Особистісно-професійний розвиток майбутнього вчителя : матеріали всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Вінниця, 29–30 листопада 2017 р.). Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2017. С. 5–10.
33. Біліченко О. В. Виховна система медичного коледжу як чинник формування професійної етики майбутніх медичних працівників. 6-а Всеукраїнська конференція молодих учених і студентів «Актуальні проблеми сучасної науки і наукових досліджень» : зб. наук. пр. / редкол. : Р. С. Гуревич (гол.) та ін. Вінниця : ТОВ «Планер», 2018. Вип. 10 (13). С. 14–17.
34. Біліченко О. В. Забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Шахов (гол.) та ін. Вінниця : Твори, 2018. Вип. 56. С. 75–80.
35. Біліченко О. В. Критерії сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Інноваційні технології навчання в епоху цивілізаційних змін : матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Інноваційні технології навчання в епоху цивілізаційних змін», Вінниця, 30–31 жовтня 2018 р. / ВДПУ ім. М. Коцюбинського ; ред. кол. : Р. С. Гуревич та ін. Вінниця, 2018. С. 51–53.
36. Біліченко О. В. Критерії та показники сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Науковий вісник Ізмайльського державного гуманітарного університету. Серія: Педагогічні науки. Ізмаїл, 2019. Вип. 42. С. 41–49.

37. Біліченко О. В. Модель формування професійної етики студентів медичного коледжу. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Шахов (гол.) та ін. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2018. Вип. 55. С. 49–54.
38. Біліченко О. В. Моральні якості особистості медика як складова професійної етики. Теоретико-методологічні основи розвитку освіти та управління навчальними закладами : матеріали III Всеукраїнської (з міжнародною участю) науково-методичної конференції (5 грудня 2017 року, м. Херсон) / за ред. В. В. Кузьменка, Н. В. Слюсаренко: у 3ч. Херсон : КВНЗ «Херсонська академія неперервної освіти», 2017. Ч 1. С. 59–64.
39. Біліченко О. В. Педагогічні умови формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Освіта в міждисциплінарному вимірі : матеріали науково-практичної конференції студентів і молодих вчених (м. Вінниця, 5–6 грудня 2018р.). Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2018. С. 17–20.
40. Біліченко О. В. Правовий аспект професійної етики майбутніх медичних працівників. Актуальні проблеми сучасної науки і наукових досліджень : V Всеукраїнська конференція молодих учених і студентів (21-22 листопада 2017 року) : зб. наук. пр. / редкол. : Р. С. Гуревич (гол.) та ін. ; Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Вінниця : ТОВ «Планер», 2017. Вип. 7(10). С. 68–70.
41. Біліченко О. В. Прийоми підготовки студентів – майбутніх медиків до побудови професійно-етичних відносин. Особистісно-професійний розвиток майбутнього вчителя : матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Вінниця, 29–30 листопада 2018 р.). Вінниця : Твори, 2018. С. 50–54.
42. Біліченко О. В. Проблеми морально-етичного становлення майбутніх медичних сестер. Педагогічний пошук : зб. наук. пр. студентів і молодих вчених / редкол. : О. В. Акімова та ін. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2018. Вип. 9. С. 12–16.

43. Біліченко О. В. Структура професійної етики майбутніх медичних сестер. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Шахов (гол.) та ін. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2018. Вип. 54. С. 32–37.
44. Біліченко О. В. Сутність і зміст професійної етики майбутніх медичних сестер. Особистісно-професійний розвиток майбутніх фахівців соціономічних професій в умовах трансформації суспільства : монографія. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. С. 65–81.
45. Біліченко О. В. Шляхи підвищення ефективності етичної підготовки майбутніх медичних сестер. International Scientific Conference Scientific Development of New Eastern Europe : Conference Proceedings, Part I, April 6th. – Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2019. P. 24–27.
46. Божович Л. И. Проблемы формирования личности: Избр. психол. тр. / под ред. Д. И. Фельдштейна. Москва : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2001. 349 с.
47. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва : Филинь, 1996. 470 с.
48. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва : Филинь, 1996. 472 с.
49. Болдова А. А. Формування професійної етики майбутніх працівників податкової служби в навчально-виховному процесі : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Київ, 2009. 19 с.
50. Бондаренко С. В. Розвиток проблеми формування професійного інтересу у психолого-педагогічній науці. Педагогіка та психологія. 2011. Вип. 40(1). С. 135–139.
51. Боришевський М. Й. Моральна саморегуляція поведінки: поняттєвий апарат. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України, 1993. 69 с.
52. Боровиков В. П. Популярное введение в программу Statistica. Москва : КомпьютерПресс, 1998. 267 с.
53. Бралатан В. П., Гуцаленко І. В., Здирко Н. Г. Професійна етика : навч. посібник . Київ : Центр учбової літератури, 2011. 251 с.

54. Братаніч Б. В. Ільченко Б. В. Самоактуалізація особистості та освіта. ФПО. 2011. № 2. С. 13–20.
55. Варій М. Й. Психологія особистості : навч. пос. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
56. Васишин Х. А. Комунікативна компетентність вчителя в роботі з сором'язливими дітьми. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2006. № 2. С. 64–72.
57. Васкес Абанто Х. Э., Васкес Абанто А. Э. Здравсохранение XXI века: закон и этика в медицине : монография (Germany). Lambert Academic Publishing (LAP). 2014. 144 с.
58. Васкес Абанто Х. Э., Васкес Абанто А. Э. Медицина и мораль : монография. Киев : Алфа Реклама, 2015. 160 с.
59. Вековшинина С. В., Кулиниченко В. Л.. Биоэтика: начала и основания (Философско-методологический анализ). Київ : Сфера, 2002. 152 с.
60. Вековшиніна С. В., Кулініченко В. Л., Коваленко Н. В. Сучасна медична етика: від Гіппократа до біоетики. Український медичний часопис. 2003. № 5 (37). С. 93–96.
61. Вербицкий А. А. Вопросы генезиса и саморегуляции познавательной и профессиональной деятельности. Новые исследования в психологии. Москва : Педагогика, 1977. С. 19–24.
62. Вербицкий А. А. Психолого-педагогические особенности деловой игры как формы знаково-контекстного обучения. Игровое моделирование: Методология и практика. Новосибирск : Наука, 1987. 228 с.
63. Верхратський С. А. Історія медицини. Київ : Здоров'я, 2011. 352 с.
64. Видра О. Г. Вікова та педагогічна психологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 112 с.
65. Виртц У., Цобели Й. Жажда смысла: Человек в экстремальных ситуациях: Пределы психотерапии. пер. с нем. Москва : Когито-Центр, 2012. 328 с.

66. Вишневская Н. В. Формирование профессионально значимых ценностей медицинского работника среднего звена в условиях дополнительного образования : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08. Брянск, 2011. 24с.
67. Вілльємс Джон Р. Підручник з лікарської етики / за ред. акад. АМН України Л. Пирога ; Світове Лікарське Товариство (World Medical Association (WMA): CORBIS) ; пер. з 2-го англ. вид. 2009 р. ; укр. вид. БФ «Третє Тисячоліття», 2009. 316 с.
68. Вознюк Н. М. Етико-педагогічні основи формування особистості : навч. посіб. Київ : Центр навч. л-ри, 2005. 196 с.
69. Волкова Н. П. Педагогіка : навч. посіб. 3-тє вид., стер. Київ : Академвидав, 2009. 616 с.
70. Вороненко Ю. В., Радиш Я. Ф. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку. Український медичний часопис. 2006. № 5. С. 5–10.
71. Галузяк В. М. Образовательная среда как фактор личностного развития будущих учителей. Актуальные проблемы педагогической теории и практики : материалы международной научной конференции / под общей ред. проф. О. И. Кирикова; проф. Н. И. Сметанского. Москва : Наука: информ ; Воронеж : Воронежский государственный педагогический университет, 2013. С. 26–36.
72. Галузяк В. М. Основні характеристики ефективного стилю педагогічного спілкування. Наукові записки. Серія: Педагогічні науки. Кіровоград : РВЦ КДПУ ім. В. Винниченка, 2001. Вип. 32. Ч. II. С. 30–34.
73. Галузяк В. М. Типологія базових моделей виховання. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені М. Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2002. Вип. 7. С. 94–102.
74. Галузяк В. М., Довгань Л. І. Моральне виховання у педагогіці США: теорія і практика. Вінниця : РВВ ВДАУ, 2009. 231 с.

75. Галузяк В. М., Тихолаз С. І. Розвиток професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів : монографія. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2016. 228 с.
76. Галузяк В. М., Холковська І. Л. Педагогічна діагностика : курс лекцій. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2015. 155 с.
77. Гнезділова К. М., Касярум С. О. Моделі та моделювання у професійній діяльності викладача вищої школи : навч. посіб. Черкаси : Видавець Чабаненко Ю. А., 2011. 124 с.
78. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ : Либідь, 1997. 374 с.
79. Гордон Ю. А. Европейский форум медицинских ассоциаций и ВОЗ. Medicus amicus. 2002. № 3. С. 21–25.
80. Горошко Е. И. Интегративная модель свободного ассоциативного эксперимента : монография. Харьков ; Москва : Издательская группа «РА-Каравелла», 2001. 320 с.
81. Грабовець І. В. Самоосвіта як інтегруюча детермінанта самореалізації молодих фахівців у професійній діяльності : дис. ... канд. соціол. наук : 22.00.04. Київ, 2004. 187 с.
82. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Київ : Вища школа, 1988. 188 с.
83. Григор'єв А. Й., Завіна В. І. Психолого-педагогічна діагностика. Київ : Преса України, 2005. 448 с.
84. Гуревич Р. С. Вплив сучасних ІКТ на формування етичних якостей майбутніх фахівців. Професійне становлення особистості: проблеми і перспективи : матеріали VI міжнародної науково-практичної конференції. Хмельницький, 2011. С. 107–111.
85. Гуревич Р. С., Кадемія М. Ю. Інформаційно-комунікаційні технології в навчальному процесі і наукових дослідженнях. Київ : Освіта України, 2006. 386 с.

86. Дахин А. Н. Моделирование в педагогике. Идеи и идеалы. 2010. № 1 (3). Т. 2. С. 11–20.
87. Дегтяр Г. О. Чинники формування рефлексивної культури студентів. Професійна підготовка та інноваційні процеси у навчально-виховних закладах. Проблеми сучасності: культура, мистецтво, педагогіка : зб. наук. пр. Харків : Стил-Издат, 2004. С.36–42.
88. Дейнега В. Г. Деонтология как философия медицинской деятельности. URL: <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=main>
89. Демянчук М. Р. Підготовка бакалаврів сестринської справи до професійної діяльності на засадах компетентнісного підходу : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Хмельницький, 2015. 228 с.
90. Дидактичні технології викладання питань репродуктивного здоров'я. Навчально-методичний посібник для викладачів. / Ю. В. Вороненко та ін. Київ : Книга-плюс, 2011. 192 с.
91. Діденко О. В. Педагогічні умови професійного самовдосконалення майбутніх офіцерів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Національна академія Державної прикордонної служби України ім. Богдана Хмельницького. Хмельницький, 2003. 201 с.
92. Дудікова Л. В. Формування готовності до професійного самовдосконалення у майбутніх лікарів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2011. 230 с.
93. Дьюї Дж. Моральні принципи в освіті / пер. з англ. М. Олійник. Львів : Літопис, 2001. 32 с.
94. Етичний кодекс лікаря. URL: http://www.meduniv.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=197&Itemid=206.
95. Євтушенко Ю. О. Формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медичного ВНЗ : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. / ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка». Старобільськ, 2017. 242 с.
96. Желанова В. В. Використання технологій формування рефлексивної компетентності в процесі професійної підготовки. Наукові записки

Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. Вінниця : ТОВ «Планер», 2009. Вип. 27. С. 132–136.

97. Жуковская Н. А. Технология развития нравственных качеств в профессиональной подготовке студентов медицинского колледжа : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08. Саратов, 2007. 224 с.

98. Завальнюк А. Х., Кривда Г. Ф., Юхимець І. О. Етично-правові аспекти лікарської діяльності в Україні. Одеса : Астропринт, 2008. 192 с.

99. Загальна психологія : підручник / О. В. Скрипченко та ін. Київ : Либідь, 2005. 464 с.

100. Зайченко І. В. Педагогіка : підручник. 3-тє вид., перероб. та доп. Київ : Видавництво Ліра-К, 2016. 608 с.

101. Закони України про охорону здоров'я : збірник нормативно-правових актів: нормативний документ / ред. В. Ф. Москаленко, В. В. Костицький. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 464 с.

102. Занюк С. С. Психологія мотивації : навч. посіб. Київ : Либідь, 2002. 304 с.

103. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. Біоетика : підручник. Київ : Здоров'я, 2005. 288 с.

104. Запорожан В. Н. Нооэтика в этическом кодексе медицины XXI столетия. Одесса : ОНМедУ, 2011. 168 с.

105. Зеленкова И. Л. Прикладная этика. Минск : БГУ, 2005. 254 с.

106. Иванюшкин А. Я. Этика сестринского дела. Москва : ГРАНТЬ, 2003. 168 с.

107. Иванюшкин А. Я., Хетагурова А. К. История и этика сестринского дела : учебное пособие. Москва : ГОУ ВУНМЦ, 2003. 320 с.

108. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. Санкт-Петербург : Изд-во «Питер», 2000. 512 с.

109. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений. Санкт-Петербург : Питер, 2011. 576 с.

110. Ильин Е. П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм. Санкт-Петербург : Питер, 2013. 510 с.

111. Каган М. С. Философская теория ценностей : лекции. Санкт-Петербург : ТОО ТК Петрополис, 1997. 205 с.
112. Каленський А. А. Система розвитку професійно-педагогічної етики майбутніх викладачів спеціальних дисциплін вищих навчальних закладів аграрної та природоохоронної галузей : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Інститут професійно-технічної освіти Національної академії педагогічних наук України, Київ, 2016. 461с.
113. Карпенко З. С. Аксиологічна психологія особистості. Івано-Франківськ : Лілея-НВ, 2009. 512 с.
114. Картава Ю. К. Обґрунтування критеріїв, показників та рівнів розвитку професійної компетентності вчителів-філологів. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2013. № 4(30). С. 190–198.
115. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія : підручник для студ. вищ. мед. навч. закл. 2-ге вид., стер. Київ : Медицина, 2010. 200 с.
116. Кассирский И. А. О врачевании. Москва : Медицина, 1970. 272 с.
117. Катеруша О. П. Ділові ігри як засіб пізнавальної діяльності студентів. Вища школа. 2009. № 12. С. 53–60.
118. Кемпбелл А. Медицинская этика : учеб. пос. / А. Кемпбелл, Г. Джиллетт, Г. Джонс ; под ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина ; пер. с англ. Москва : ГЗОТАР-МЕД, 2004. 400 с.
119. Клаус Г. Кибернетика и философия. Москва : Издательство, 1963. 262 с.
120. Клятва лікаря України, затверджена Указом Президента України від 15.06.1992 р. № 349. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/349/92>.
121. Ковалев А. Г. Психология личности : учебное пособие. 3-е изд., перераб. и доп. Москва : Просвещение, 1970. 391 с.
122. Ковальова О. М., Сафаргаліна-Корнілова Н. А., Герасимчук Н. М. Деонтологія в медицині : підручник. Київ : ВСВ «Медицина», 2015. 240 с.
123. Ковальова О., Ковальов С., Ковальов Ю. Теоретичні основи використання інноваційних технологій у вивченні курсу загальної фізики. Наукові записки Кіровоградського державного педагогічного університету імені

Володимира Винниченка. Серія: Проблеми методики фізико-математичної і технологічної освіти. 2015. Вип. 7(3). С. 165–170.

124. Кодекс медицинской деонтологии / введение и комментарий Луи Рене ; пер. с франц. Киев : Дух и Литера, Сфера, 1998. 165 с.

125. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах : монографія. Львів : Край, 2013. 296 с.

126. Коломієць А. М., Коломієць Д. І. Взаємозв'язок проблем виховання високодуховної еліти та розвитку інтелектуального потенціалу фахівця інформаційного суспільства. Теорія і практика управління соціальними системами. 2006. № 1. С. 20–29.

127. Коломієць В. С. Ігри в структурі професійної підготовки : зб. наук. пр. / за ред. А. Й. Капської. Київ, 1999. С. 153–160.

128. Кончакова А. С. Психолого-педагогічна наука про сутність та особливості навчального діалогу. Наукові пошуки : зб. наук. пр. Сумського державного пед. ун-ту. 2013. Вип. 9. С. 99–104.

129. Копець Л. В. Психологія особистості : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. 2-ге вид. Київ : Вид. дім «Києво- Могиллянська академія», 2008. 458 с.

130. Корда І. В., Геряк С. М., Петренко Н. В., Кузів І. Я. Проблема розвитку критичного мислення у студентів-медиків. Медична освіта. 2014. № 3. С. 83–84.

131. Корж О. Ю. Самоактуалізація майбутніх медиків та її формування в процесі самостійної навчальної діяльності. Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах. 2013. Вип. 29. С. 238–243.

132. Корнацький В. М. Основи діяльності етичних комісій : посібник для організації роботи етичних комісій медичних закладів / під ред. В. М. Корнацького, Т. В. Талаєвої. Київ, 2007. 92 с.

133. Корчак Е. В. Развитие профессионально-нравственных качеств студентов медицинского колледжа в процессе изучения информатики : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08. Ижевск, 2009. 175 с.

134. Красюк Л. В. Моделювання педагогічних ситуацій. Київ : Міленіум, 2007. 118 с.
135. Кропачева Л. М. Приобщение студентов медицинского ВУЗа к профессиональной этико-деонтологической культуре : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 – теория и методика проф. образования. Ижевск, 2012. 229 с.
136. Кубіцький С. О., Неділька Н. В. Особливості професійної комунікативної взаємодії майбутніх медпрацівників. Вісник Національної академії оборони. Питання педагогіки. 2010. № 2 (15). С. 55.
137. Кудріна Т. С. Психологія мотивації : підручник. Київ : ВПЦ «Київський ун-т», 2008. 239 с.
138. Кудрявцева Т. О. Ділова гра як засіб підготовки майбутніх лікарів до розв'язання проблемних ситуацій у професійній діяльності. Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології. 2013. Вип. 2. С. 302–306. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdytp_2013_2_64
139. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди. Харків, 2005. 205 с.
140. Кузьмінський А. І. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. Вид. 2-е, стер. Київ : Знання, 2011. 486 с.
141. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медсестер у процесі фахової підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди. Харків, 2009. 253 с.
142. Кучерявий О. Г. Педагогіка: особистісно-розвивальні аспекти : навчальний посібник. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2014. 440 с.
143. Лапузіна О. М. Формування професійної етики у майбутніх інженерів на основі ситуаційного навчання : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Вінниця, 2006. 26 с.

144. Левенець С. С. Медична етика і деонтологія: реалії і перспективи в роботі лікаря. Медична освіта. 2012. № 4. С. 87–90.
145. Леонтьев Д. А. Методика изучения ценностных ориентаций. Москва, 1992. 17 с.
146. Леонтьев Д. А. Ценность как междисциплинарное понятие: опыт многомерной реконструкции. Вопросы философии. 1996. № 4. С. 15–26.
147. Лещинский Л. А. Медицинская этика и деонтология : учеб. пособие / ИГМА. 2-е изд. Ижевск : Экспертиза, 2002. 116 с.
148. Лимар Л. В. Особливості мотивації студентів-медиків до попередження конфліктів з пацієнтами у процесі професійної підготовки. Вісник післядипломної освіти. 2011. Вип. 3. С. 350–357. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2011_3_58
149. Литвиненко Г. С. Медична деонтологія в художній літературі (проза і драматургія). Хрестоматія : навч. посіб. для студ. вищих мед. закладів освіти III-IV рівнів акредитації / уклад.: Г. С. Литвиненко, Р. А. Литвиненко. Київ, 1999. Кн. 1. 200 с.
150. Литвиненко Г. С. Медична деонтологія в художній літературі (проза і драматургія). Хрестоматія : навч. посіб. для студ. вищих мед. закладів освіти III-IV рівнів акредитації. Київ, 1999. / упоряд. Г. С. Литвиненко. Київ, 1999. Кн. 2. 168 с.
151. Литвинова О. В. Сутність поняття «культура діалогу» в психолого-педагогічних дослідженнях. Вісник Запорізького нац. ун-ту. Педагогічні науки. 2011. № 2 (15). С. 68–71.
152. Лікує слово. Проблеми медичної деонтології в художній літературі : навч. посіб. / укладачі: Г. О. Золотухін, Н. П. Литвиненко, І. І. Жебка та ін. Київ : Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, 1999. 264 с.
153. Лісовий В. М., Ольховська Л. П., Капустник В. А. Основи медсестринства : підручник. 2-е вид., переробл. і допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2013. 792 с.
154. Ліхтенштейн Е. И. Помнить о больном. Київ : Здоров'я, 2012. 152 с.

155. Ловелле Р. П., Кудрявая Н. В. Психологические основы деятельности врача: избранные лекции и статьи : учеб. пособие. Москва : ВУНМЦ, 1999. 204 с.
156. Макаренко А. С. Игра. Соч. в 7-ми т., Т. 4. 2-е изд-е. Москва : Издво АПН РСФСР, 1957. 552 с.
157. Максименко С. Д. Поняття особистості в психології. Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 7. С. 1–6.
158. Максименко С. Д., Коваль І. А., Максименко К. С., Папуча М. В. Медична психологія : підручник / за ред. акад. С. Д. Максименка. Вінниця : Нова книга, 2008. 520 с.
159. Максименко С. Д., Філоненко М. М. Педагогіка вищої медичної освіти : підручник . Київ : Центр учб. л-ри, 2014. 288 с.
160. Маркова А. К. Психология профессионализма. Москва : Знание, 1996. 308 с.
161. Маслоу А. Мотивация и Личность. Санкт-Петербург : Издательство «Питер», 2006. 352 с.
162. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / под. общ. ред. Г. А. Балла. Москва : Смысл, 1999. 423 с.
163. Медична психологія : підруч. для студентів ВНЗ ВМНЗ IV рівня акредитації МОЗ України / Спіріна І. Д. та ін. Дніпропетровськ : Ліра, 2012. 442 с.
164. Микитюк Г. Ю. Взаємини викладачів і студентів як чинник становлення особистості майбутнього вчителя : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Національний педагогічний ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2003. 202 с.
165. Мишаткина Т. В., Фонотова Э. А., Денисов С. Д., Яскевич Я. С. Биомедицинская этика : учебное пособие. Минск : ТетраСистемс, 2003. 320 с.
166. Морозов С. М. Словник іншомовних слів / уклад.: С. М. Морозов, Л. М. Шкарапута. Київ : Наук. думка, 2002. 680 с.

167. Москаленко В. Ф., Грузєва Т. С., Іншакова Г. В. Регламентация права на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня. Харків : Контраст, 2006. 352 с.
168. Мруга М. Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2007. 250 с.
169. Мясищев В. Н. Психология отношений. Москва : МПСИ, 2005. 158 с.
170. Назар П. С., Віленський Ю. Г., Грандо О. А. Основи медичної етики. Київ : Здоров'я, 2002. 344 с.
171. Наливайко О. Б. Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Вінниця, 2016. 286 с.
172. Насінник О., Пиріг Л., Вековшиніна С., Кулініченко В. Етичний кодекс українського лікаря (Проект). Київ : Сфера, 2002. 24 с.
173. Новий тлумачний словник української мови: в 3 т. / уклад. В. Яременко, О. Сліпущко. II-е вид. Київ : Аконіт, 2008. Т. 2. С. 922–923.
174. Носаченко І. М. Диференційований підхід до навчання учнів за допомогою ігрових методів : наук.-метод. зб. / відповід. ред. Н. Г. Ничкало. Київ : НДІ педагогіки, 1992. 174 с.
175. Основи законодавства України з охорони здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XII. Закони України про охорону здоров'я : збірник нормативно-правових актів / під ред. В. Ф. Москаленка, В. Ю. Костецького. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 484 с.
176. Основи медичної психології : навч.-метод. посіб. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / В. М. Ждан та ін. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2014. 255 с.
177. Основы математической статистики : учебное пособие для ин-тов физ. культ. / под ред. В. С. Иванова. Москва : Физкультура и спорт, 1990. 176 с.

178. Павлюк Т. М. Емпатійні чинники професійної адаптації медичних сестер : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Волинський держ. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк, 2006. 190 с.
179. Педагогічна майстерність. Хрестоматія : навч. посіб / за ред. І. А. Зязюна ; упоряд.: І. А. Зязюн, Н. Г. Базилевич, Т. Г. Дмитренко та ін. Київ : Вища шк., 2006. 606 с.
180. Переймибіда Л. В. Організаційні засади діяльності педагогічного колективу з розвитку деонтологічної культури учнів медичного ліцею : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Київський національний ун-т ім. Тараса Шевченка. Київ, 2008. 256 с.
181. Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. Москва : Медгиз, 1956. 189 с.
182. Петровский В. А. Личность в психологии: парадигма субъектности. Ростов н/Дону : Феникс, 1996. 512 с.
183. Петровський Б. В. Деонтологія в медицині: в 2 т. / под ред. Б. В. Петровського. Москва : Медицина, 1988. Т. 1. Общая деонтология. 352 с. ; Т. 2. Частная деонтология. 416 с.
184. Пиріг Л. А. Медицина і українське суспільство : збірка медико-публіцистичних праць. Київ : Б.В., 1998. 472 с.
185. Подтикан І. В. Особливості формування мотиваційної сфери студента. Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 9. С. 29–36.
186. Пометун О. І., Пироженко Л. В. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання : наук.- метод. посібник. Київ : Видавництво А. С. К., 2004. 192 с.
187. Пономаренко О. В. Формування професійно-етичної культури соціального педагога : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 – соціальна педагогіка. Київ, 2001. 18 с.
188. Поттер В. Р. Біоетика – міст в майбутнє. Київ : Вид. В. Карпенко, 2002 . 216 с.
189. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев : Сфера, 1999. 121 с.

190. Прикладна етика: навч. посібник / Т. Г. Аболіна та ін. ; за наук. ред. В. І. Панченко. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 392 с.
191. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. Голос України. 2017. 27 верес. (№ 178–179).
192. Процюк Р. Г. Морально-етичні аспекти у фтизіатрії. Здоров'я України. 2007. № 7(берез). С. 40–45.
193. Психологія : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. В. Винославська та ін. ; ред. О. В. Винославська. Київ : ІНК ОС, 2005. 350 с.
194. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін : автореф. дис. ... канд. пед. наук. Київ, 2011. 20 с.
195. Рибалка В. В. Аксіологічні основи психологічної культури особистості : навчально-методичний посібник / Акад. пед. наук України, Ін-т пед. освіти і освіти дорослих, Інститут обдарованої дитини АПН України, Укр. наук.-метод. центр практич. психології і соц. роботи. Київ, 2009. 326 с.
196. Роджерс К. Р., Фрейберг Дж. Свобода учиться. Москва : Смысл, 2002. 527 с.
197. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург : Питер, 2005. 713 с.
198. Рудакевич М. І. Формування етики державних службовців в умовах демократизації і професіоналізації державного управління : автореф. дис. ... д-ра наук з державного управління : 25.00.03 – державна служба / Національна академія державного управління при Президентові України. Київ, 2007. 27 с.
199. Сагатовський М. І. Цінності і роль їх у житті суспільства і людини. Філософія : підручник / за ред. Г. А. Заїченка та ін. Київ : Вища школа, 1995. С. 424–435.
200. Семиченко В. А. Проблемы мотивации поведения и деятельности человека. Модульный курс психологии. Київ :Миллениум, 2004. 521 с.
201. Сенюта І. Правові основи біоетики. Формування особистості студентів як майбутніх фахівців лікарської справи, працівників охорони здоров'я та інших

соціально-орієнтованих установ у контексті біоетики : матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Львів, 6–7 берез. 2003 р. Львів, 2003. С. 150.

202. Сенюта І. Біоетичне законодавство України: перспективи становлення та розвитку. Вісник Львівського університету: Серія юридична. Львів, 2006. Вип. 42. С. 42–49.

203. Серета І. В. Організаційно-педагогічні умови активізації процесу самовиховання студентів гуманітарних факультетів університету : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 13.00.07 – теорія і методика виховання. Херсон : Херсон. держ. ун-т, 2005. 21 с.

204. Сериков В. В. Образование и личность. Теория и практика проектирования педагогических систем. Москва : Логос, 1999. 272 с.

205. Симонов В. П. Педагогическая диагностика в образовательных системах : монография. Москва : Издательство УЦ «Перспектива», 2010. 264 с.

206. Синельников В. М. Самовиховання як діяльність і його психологічні особливості. Педагогіка і психологія. 2005. № 3. С. 34–41.

207. Сисоєва С. О. Інтерактивні технології навчання дорослих : навчально-методичний посібник / НАПН України, Педагогічної освіти і освіти дорослих. Київ : ВД «ЕКМО», 2011. 324 с.

208. Сірак І. П. Формування готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Вінниця, 2017. 296 с.

209. Скаткин М. Н. Проблемы современной дидактики. 2-е изд. Москва : Педагогика, 1984. 96 с.

210. Слюсарєва І. П. Формирование деонтологической компетентности в профессиональной подготовке студентов медицинского колледжа : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 – теория и методика проф. образования. Саратов, 2009. 272 с.

211. Сметанський М. І. Методологічні засади самовиховання. Педагогіка вищої школи: методологія, теорія, технології. Рівне, 2010. Т. 1. С. 413–420.

212. Социально-экономическая статистика : учебник для вузов / под ред. В. И. Башкатова. Москва : ЮНИТИ-ДАНА, 2002. 703 с.
213. Соцький К. О. Формування готовності майбутніх молодших медичних спеціалістів до професійного самовдосконалення : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Хмельницький, 2016. 314 с.
214. Спіріна Т. П. Формування професійної культури майбутніх соціальних педагогів у навчально-виховному процесі вищого навчального закладу : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Житомирський державний університет імені Івана Франка. Житомир, 2009. 19 с.
215. Степанов Е. Н. Методология моделирования воспитательной системы образовательного учреждения. Педагогика. 2002. № 4. С. 14–19.
216. Ступак Ф. Я. Історія медицини : підручник. Київ : Книга-плюс, 2015. 174 с.
217. Субетто А. И. Квалитология образования : монографія. Санкт-Петербург ; Москва : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2000. 220 с.
218. Сухомлинский В. А. Мысли накануне первого учебного года. Сердце отдаю детям. Избран. пед. соч.: в 3-х т. Москва : Педагогика, 1979. Т. 1. 559 с.
219. Сухомлинський В. О. Вибрані твори: в 5 т. Київ : Рад. школа, 1976. Т. 1. 654 с.
220. Сучасна вища школа: психолого-педагогічний аспект : монографія / за ред. Н. Г. Ничкало. Київ : ІПППО, 1999. 450 с.
221. Сучасний тлумачний словник української мови: 100 000 слів / за заг. ред. В. В. Дубічинського. Харків : Школа, 2008. 108 с.
222. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка, 2008. 20 с.
223. Титаренко Т. М. Сучасна психологія особистості : навч. посіб. Київ: Каравела, 2013. 372 с.

224. Тихолаз С. І. Педагогічні умови розвитку професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Вінниця: Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, 2011. 258 с.
225. Турак Й. А. Етичні та правові засади медичного втручання: З погляду лікаря-практика. Ужгород : ВАТ «Видавництво Закарпаття», 2002. 192 с.
226. Уваркіна О. В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Київ : Ін-т вищ. освіти АПН України, 2003. 22 с.
227. Уильямс Дж. Р. Руководство по медицинской этике. Пер. с англ. / под ред. Ю. М. Лопухина, Б. Г. Юдина, Л. А. Михайлова. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2006. 126 с.
228. Устименко Ю. С. Підготовка майбутніх стоматологів до професійної взаємодії засобами інтерактивних методів навчання : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Дніпропетровськ, 2016. 246 с.
229. Ушинский К. Д. Психологические и логические основы обучения. Избр. пед. соч. : в 2-х т. Москва, 1954. Т. 2. С. 483.
230. Фельдштейн Д. И. Проблемы возрастной и педагогической психологии. Москва, 1995.
231. Филонов Т. Н. Воспитательный процесс как открытая система. Педагогика. 1998. № 8. С. 35–40.
232. Філоненко М. М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : монографія. Київ : Центр учбової літератури, 2015. 332 с.
233. Фофанова Г. А. Самость как проблемная область психологических исследований : збірник наукових прац Академії паслядыпломнай адукацыі. Мінск : АПА, 2008. Вып. 4. С. 269–279.

234. Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности: руководство по репертуарным личностным методикам / общ. ред. и предисл. Ю. М. Забродина, В. И. Похилько. Москва : Прогресс, 1987. 236 с.
235. Фрицюк В. А. Сутнісні характеристики готовності майбутніх фахівців до професійного саморозвитку. Проблеми інженерно-педагогічної освіти. 2016. Вип. 12. С. 87–96.
236. Харді І. Лікар, сестра, хворий: психологія роботи з хворими. Будапешт : Вид-во академії наук Угорщини, 1988. 338 с.
237. Хацаева Д. Т. Развитие профессиональной устойчивости у студентов медицинских вузов – будущих врачей : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. Владикавказ, 2000. 129 с.
238. Холковська І. Л. Компетентнісний підхід до конфліктологічної підготовки педагогів. Наукові записки кафедри педагогіки. Харків : Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2013. Вип. XXXI. С. 323–330.
239. Холковська І. Л. Методика виховної роботи. 2-е вид., випр. і доп. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2016. 192 с.
240. Холковська І. Л. Соціальна компетентність як умова успішної самореалізації особистості. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені М. Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2016. Вип. 47. С. 63–67.
241. Холковська І. Л. Технологія діяльності соціального педагога : курс лекцій. Вінниця : ТОВ «Нілан», 2013. 196 с.
242. Хоменко О. О. Навчальні ділові ігри як засіб формування професійних умінь студентів технікумів і коледжів (на прикладі будівельних спеціальностей) : автореф. дис. ... канд. пед. наук. Київ, 1994. 34 с.
243. Цехмістер Я., Лисенко О. Медичне право: перспективи підготовки фахівців в Україні. Освітологія. 2017. № 6. С. 110–114.
244. Чобітько М. Г. Індивідуальність студента в особистісно орієнтованому професійному навчанні. Педагогіка і психологія. 2005. № 2. С. 34–41.

245. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Житомир : Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка, 2015. 122 с.
246. Шахов В. І. Особливості розвитку моральної свідомості майбутніх психологів. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. / редкол.: В. І. Шахов (гол.) та ін. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2015. Вип. 47. С. 249–256.
247. Шеплякова І. О. Соціально-виховне середовище вищого навчального закладу як чинник формування деонтологічної культури майбутнього соціального працівника. Педагогіка та психологія. 2017. Вип. 58. С. 189–198.
248. Штифурак В. Є. Соціально-педагогічні основи виховної роботи зі студентською молоддю у вищих навчальних закладах : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05 / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т вищ. освіти АПН. Київ, 2011. 457 с.
249. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 – загальна психологія, історія психології. Київ : Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України, 2004. 17 с.
250. Ядрина С. Р. Формирование толерантности студентов медицинских специальностей в условиях многонациональной образовательной среды. Вестник ЧГПУ. 2011. № 6. С. 183–189.
251. Яницкий М. С. Ценностные ориентации личности как динамическая система. Кемерово : Кузбассвуиздат, 2000. 204 с.
252. Ясько Б. А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации : автореф. дис. д-ра психол. наук : 19.00.03 – психология труда, инженерная психология, эргономика. Краснодар, 2004. 42 с.
253. Bentham J. Deontology or, The Science of Morality. London : Longman, Green, Longman, Roberts, and Green, 1834. Vol. 1. 320 p.

254. Bilichenko O. Theoretical Approaches to Determine the Nature of Medical Ethics. *Dyskursy o kulturze. Discourses on Culture*. Łódź: Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, 2017. № 7. S. 249–259.
255. Coulehan J., Williams P. C. Conflicting Professional Values in Medical Education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2003. Vol. 12. P. 7–20.
256. 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. № 3. P. 243–246.
257. Playford R. C., Roberts T. Deontological and utilitarian ethics : A brief introduction in the context of disorders of consciousness. *Disability and Rehabilitation*. 2015. № 37. P. 2006–2011.
258. Robert Priddey The Human Whole. An Outline of the "Higher" Psychology. URL: <http://robertpriddy.com/P/6values.html>
259. Rokeach M. *Nature of Human Values* by Milton Rokeach. New York : The Free. Press, 1973. 438 p.
260. Savitt T. L. Medical Readers' Theater as a Teaching Tool. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2010. Vol. 19.
261. Serkowska-Maka Jadwiga. *Edukacja zawodowa kluczem do jednoczacej sie Europy*. Torun : Wyd. Adam Marszalek, 2004. 277 s.
262. Valsiner J., Branco A. U. *Cultural Psychology of Human Values*. Advances in Cultural Psychology. Information Age Publishing Inc. 2012. 294 p.
263. Williams J. R. *Medical Ethics Manual*. World Medical Association. 2005. 134 p.
264. Zlatev Jordan. A hierarchy of meaning systems based on value URL: <http://www.lucs.lu.se/LUCS/085/Zlatev.pdf>

ДОДАТКИ

Додаток А

Тест з основ медичної деонтології

Виберіть правильну відповідь із запропонованих варіантів:

1. Головною метою професійної діяльності медика є:
 - а) збереження та порятунок життя людини;
 - б) соціальна довіра до професії;
 - в) повага колег;
 - г) матеріальна користь;
 - д) наукові цілі.
2. Що вирізняє професійну етику медичної сестри:
 - а) усвідомлений вибір моральних принципів і правил поведінки;
 - б) кримінальна відповідальність за недотримання професійних етичних норм;
 - в) необхідність підпорядковувати особисті інтереси корпоративним;
 - г) високий рівень самовіддачі;
 - д) пріоритет інтересів медичної науки над інтересами конкретного хворого?
3. Що спільного між медициною і етикою:
 - а) людина як предмет вивчення;
 - б) методи дослідження;
 - в) оволодіння прийомами подолання конфліктів у міжособистісному спілкуванні;
 - г) прагнення до розуміння механізмів людської поведінки;
 - д) досягнення фінансового добробуту людини?
4. Професійна етика – це:
 - а) наука про професіоналізацію етики;
 - б) наука, що вивчає мораль, норми поведінки, сукупність моральних правил певної суспільної чи професійної групи;

- в) наука про мінімізацію зла в професійних стосунках;
- г) наука про вміння правильно поводитися в суспільстві;
- д) наука про взаємодію між професіоналами.

5. Професійна етика належить до знаннєвого типу:

- а) природничого;
- б) гуманітарного;
- в) міждисциплінарного;
- г) езотеричного;
- д) фізико-математичного.

6. Основою, на якій формується медична етика, є:

- а) економічна;
- б) пізнавальна;
- в) моральна;
- г) соціальна;
- д) світоглядна.

7. Моральне регулювання медичної діяльності від правового відрізняє:

- а) свобода вибору дії;
- б) довільність мотиву діяльності;
- в) кримінальна безкарність;
- г) соціальне схвалення;
- д) наявність грошової зацікавленості.

8. Моральний обов'язок – це:

- а) дотримуватися в усіх своїх учинках моральних принципів;
- б) необхідність виконувати зобов'язання;
- в) необхідність щодня ходити на роботу;
- г) приготування їжі членам сім'ї;
- д) необхідність отримувати освіту.

9. Найновішою біоетичною проблемою є:

- а) аборт;
- б) клонування людини і її органів;

- в) взаємовідносини «медичний працівник – хворий»;
- г) взаємовідносини «медичний працівник – родичі хворого»;
- д) лікарська таємниця.

10. Цінність людського життя у професійній етиці медиків визначається:

- а) віком;
- б) психічною та фізичною повноцінністю;
- в) расовою і національною приналежністю;
- г) фінансовою спроможністю;
- д) унікальністю і неповторністю особистості.

11. Справедливість – це:

- а) переважно принцип розподілу матеріальних благ і грошових коштів;
- б) рівність;
- в) праведність, виконання закону і відповідь добром на зло;
- г) принцип, який регулює відносини між людьми;
- д) відплата за добро.

12. Медичне поняття «обов'язок» – це те, що виникає:

- а) при виконанні професійних обов'язків;
- б) за велінням часу;
- в) за вимогою совісті і завдяки наслідуванню морального ідеалу;
- г) при недотриманні графіку видачі ліків;
- д) за наказом завідуючого відділенням.

13. Поняття «милосердя» не включає в себе:

- а) емпатію;
- б) готовність надати допомогу тому, хто її потребує;
- в) поблажливість;
- г) готовність виконати будь-яке прохання хворого;
- д) добродушність.

14. Термін «деонтологія» вперше ввів:

- а) Гіппократ;

- б) Бентам;
- в) Маймонід;
- г) Петров;
- д) Пирогов.

15. У гіппократівській моделі медичної етики основним принципом є:

- а) не нашкодь;
- б) пріоритет інтересів науки;
- в) принцип автономії особистості;
- г) роби добро;
- д) працюй сумлінно.

16. Для етики лікування за Парацельсом основним принципом є:

- а) роби добро;
- б) не свідчи неправдиво;
- в) не вкради;
- г) «знання – сила»;
- д) автономія особистості.

17. У клятві Гіппократа є зобов'язання:

- а) перед батьками;
- б) перед суспільством;
- в) перед дітьми;
- г) перед учителями;
- д) перед представниками влади.

18. До прав пацієнта належать:

- а) право ембріона на життя;
- б) рівність можливостей звертання до лікаря;
- в) виборче право;
- г) право на вибір лікаря;
- д) право вибору хірургічного інструментарію.

19. До прав пацієнта належать:

- а) право ембріона на життя;

- б) рівність можливостей для кожного лікаря;
- в) виборче право;
- г) право відмови від медичного втручання;
- д) право позачергового обстеження.

20. Втручання у здоров'я людини може здійснюватись:

- а) на підставі вільної, усвідомленої та інформованої згоди хворого;
- б) на підставі медичних показань;
- в) на підставі нетипової клініки захворювання;
- г) на підставі вимоги родичів;
- д) на підставі можливого отримання важливих наукових даних.

21. При вирішенні етичних проблем у професійній діяльності медик не повинен керуватись:

- а) міжнародним правом;
- б) принципами професійної етики;
- в) світської етики;
- г) національним законодавством;
- д) корпоративними інтересами.

22. Якщо стан пацієнта не дозволяє йому висловити свою волю, а медичне втручання невідкладне, питання про його проведення вирішує:

- а) лікарський консилиум;
- б) медична сестра;
- в) старша медична сестра;
- г) головна медична сестра;
- д) лікуючий (черговий) лікар.

23. Юридичну і моральну відповідальність за розголошення лікарської таємниці несуть:

- а) хворий;
- б) медичні, фармацевтичні працівники, студенти-медики;
- в) сусіди хворого по палаті;
- г) родичі хворого;

д) родичі хворого без згоди некомпетентного пацієнта, в інтересах хворого і суспільства.

24. Розголошення лікарської таємниці можливе:

- а) для проведення наукових досліджень;
- б) для публікації в науковій літературі;
- в) при загрозі поширення інфекційних захворювань;
- г) для використання в навчальному процесі;
- д) для інформування знайомих пацієнта.

25. Мають право інформувати хворого про його здоров'я, план обстеження та лікування:

- а) лікуючий лікар або завідувач відділенням;
- б) медсестра;
- в) родичі;
- г) лікар функціональної діагностики;
- д) будь-який лікар відділення.

26. Поняття «інформована згода» вперше було використано у:

- а) Конвенції країн Європи «Про захист прав і гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини»;
- б) Лісабонській декларації про права людини;
- в) Основах законодавства України про охорону здоров'я громадян;
- г) Нюрнберзькому кодексі;
- д) Міжнародному кодексі медичної етики.

27. Українським законодавством за розголошення лікарської таємниці не передбачена:

- а) дисциплінарна відповідальність;
- б) цивільно-правова відповідальність;
- в) адміністративна відповідальність;
- г) кримінальна відповідальність;
- д) моральна відповідальність.

28. Не є лікарською таємницею інформація про:

- а) стан здоров'я громадянина;
- б) діагноз захворювання;
- в) результати обстеження;
- г) план лікування;
- д) факт звернення за медичною допомогою.

29. До фундаментальних етичних принципів проведення досліджень за участю людини не належить:

- а) наукове обґрунтування проекту;
- б) низький соціальний статус пацієнта;
- в) співвідношення ризику і користі;
- г) інформування пацієнта;
- д) отримання згоди.

30. Евтаназія в Україні:

- а) дозволена законом;
- б) заборонена законом;
- в) закон про евтаназію в законодавстві відсутній;
- г) дозволена за медичними показами;
- д) дозволена у виняткових випадках.

31. Аргумент проти евтаназії – це:

- а) абсолютна автономія людини;
- б) милосердя («останні ліки»);
- в) економічний;
- г) несумісність з лікарським покликанням;
- д) генетична селекція.

32. Вилучення донорських органів від мертвої людини можливе за умови:

- а) відсутності моральних і законодавчих обмежень;
- б) висловленої при житті і юридично оформленої згоди донора;
- в) відсутності висловлених донором за життя заперечень проти забору його органів;
- г) згоди родичів померлого;

д) дій в інтересах науки і суспільства.

33. Надання медичної допомоги є формою прояву:

- а) привілеїв для певних верств суспільства;
- б) милосердя і соціальної справедливості;
- в) економічної зацікавленості професіоналів;
- г) ринково орієнтованого поділу праці;
- д) отримання прибутку.

34. Проведення клінічних досліджень дозволене на:

- а) неповнолітніх, які не мають батьків;
- б) вагітних жінках, якщо виключений ризик нанесення шкоди жінці і плоду, з інформованої згоди жінки;
- в) особах, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі з умовою дострокового звільнення;
- г) дієздатних і компетентних особах, з їхньої письмової інформованої згоди;
- д) особах, які перебувають під вартою в слідчому ізоляторі без їх письмової інформованої згоди.

35. У разі відмови батьків від лікування дитини медики:

- а) заручаються згодою неповнолітнього і здійснюють лікування без згоди батьків;
- б) приймають колегіальне рішення, здійснюють лікування без згоди батьків;
- в) не здійснюють лікування;
- г) звертаються до суду, відділів опіки для захисту інтересів дитини;
- д) отримують згоду будь-яких повнолітніх родичів дитини.

36. Ятрогенні захворювання є:

- а) окремими випадками психогеній;
- б) небажаними змінами психіки, породженими медичним втручанням;
- в) розладами психіки в наслідок дій чи бездіяльності медика;
- г) розладами психіки в наслідок спілкування з медиком;

д) все перераховане вище є правильним.

37. Найбільш поширена форма спілкування медичної сестри в процесі професійної діяльності:

- а) наради;
- б) переговори;
- в) спілкування з пацієнтом;
- г) спілкування з лікарем;
- д) спілкування у соціальних мережах.

38. Робити зауваження колезі в присутності інших:

- а) цілком етично;
- б) іноді етично, а іноді – ні;
- в) етично, якщо це підлеглий;
- г) неетично;
- д) неетично, якщо при пацієнтах.

Анкета для студентів

1. Назвіть основну причину вибору Вами професії медичної сестри.
2. Як відреагували друзі (знайомі, родичі) на Ваш вибір?
3. Що Ви розумієте під поняттям «етика»?
4. Що Ви розумієте під поняттям «професійна етика»?
5. Що вирізняє професійну етику лікаря?
6. Що вирізняє професійну етику медичної сестри?
7. Чи підтримуєте Ви вислів: «Слово лікує»?
8. Згадайте, будь ласка, з власного досвіду приклад етичної поведінки медика. Стисло опишіть.
9. Згадайте, будь ласка, з власного досвіду ситуацію, коли поведінка, вислови медика не відповідали професійно-етичним нормам.
10. Які п'ять слів спадають на думку при виразі «неетична поведінка»?
11. Охарактеризуйте п'ятьма словами етичну поведінку медика.
12. Чи наголошують викладачі фахових дисциплін на особливостях спілкування при догляді за різними категоріями хворих?
13. Чи відчуваєте Ви потребу в удосконаленні навичок етичного спілкування у процесі вивчення фахових дисциплін?
14. Чи є у Вас бажання вдосконалити навички командної роботи?
15. Що Ви знаєте про конфліктні ситуації у майбутній професії медичної сестри?
16. Чи є навички професійно етичного спілкування для Вас особистісно значущими?

Анкета для майбутніх медичних сестер

1. Яке ставлення до Вас лікаря, який є куратором вашої практики?
2. Яке ставлення до Вас ваших колег під час проходження практики?
3. Як ставляться до Вас пацієнти?
4. Як ви розумієте вираз «гуманне ставлення до людини»?

5. Як ви вважаєте, в чому різниця між поняттями «гуманність», «гуманізм» і «гуманне ставлення до людини»?
6. В яких учинках проявляється гуманне ставлення до людини?
7. Чи зустрічали ви у своєму житті людей, яких можна було б назвати справжніми гуманістами?
8. Чи можете ви назвати себе гуманістом? Чому?
9. У чому сутність гуманного ставлення до людини в медицині?
10. Як повинна вести себе медична сестра по відношенню до пацієнта?
11. Якими якостями повинен володіти гуманний медик?
12. Чи бували у вашому житті випадки, коли медики вели себе негуманно по відношенню до вас?
13. Чи траплялися у вас конфлікти з лікарями? У чому полягали причини конфліктів? Як ви виходили з них?
14. Чи траплялися у вас конфлікти з медичними сестрами? У чому полягали причини конфліктів? Як ви виходили з них?
15. Чи траплялися у вас конфлікти з пацієнтами? У чому полягали причини конфліктів? Як ви виходили з них?
16. Що означає поняття «лікарський обов'язок»?
17. У чому полягає професійний обов'язок медичної сестри?
18. Прояв гуманного ставлення до людини – це тільки професійний обов'язок лікаря?
19. Які положення етичних канонів відображають гуманне ставлення до хворого?
20. Якими рисами характеру повинна володіти справжня медична сестра?
21. Чи вважаєте Ви, що в основі всіх етичних канонів лежить принцип гуманізму? Чому?
22. Як Ви вважаєте, яких правил і принципів лікарської етики, зазначених в древніх канонах, повинен дотримуватися сучасний медик?

«Методика виявлення ціннісних орієнтацій М. Рокича»**(варіант А. Гоштаутаса, А. Семенова і В. Ядова)**

Інструкція: «Вам буде пред'явлений набір з 18 цінностей. Ваше завдання – розмістити їх по порядку значущості для вас як принципів, якими ви керуєтесь у вашому житті. Уважно прочитайте перелік цінностей і, вибравши ту, яка для вас найбільш значима, помістіть її на перше місце. Потім виберіть другу за значимістю цінність і помістіть її слідом за першою. Найменш важлива залишиться останньою і займе 18 місце.

Робіть все не поспішаючи, вдумливо. Якщо в процесі роботи ви зміните свою думку, то можете виправити свої відповіді, помінявши цінності місцями. Кінцевий результат повинен відображати вашу справжню позицію».

Список А (термінальні цінності):

- активне діяльне життя (повнота та емоційна насиченість життя);
- життєва мудрість (зрілість суджень та здоровий глузд, що досягаються життєвим досвідом);
- здоров'я (фізичне і психічне);
- цікава робота;
- краса природи і мистецтва (переживання прекрасного в природі і в мистецтві);
- любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною);
- матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів);
- наявність хороших і вірних друзів;
- суспільне покликання (повага оточуючих, колективу, товаришів по роботі);
- пізнання (можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, інтелектуальний розвиток);
- продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил та здібностей);

- розвиток (робота над собою, постійне фізичне і духовне вдосконалення);
- розваги (приємне, необтяжливе проведення часу, відсутність обов'язків);
- свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках);
- щасливе сімейне життя;
- щастя інших (добробут, розвиток і вдосконалення інших людей, всього народу, людства в цілому);
- творчість (можливість творчої діяльності);
- впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів).

Список Б (інструментальні цінності):

- акуратність (охайність), вміння тримати в порядку речі, порядок у справах;
- вихованість (хороші манери);
- високі запити (високі вимоги до життя і високі домагання);
- життєрадісність (почуття гумору);
- ретельність (дисциплінованість);
- незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче);
- непримиренність до недоліків у собі та інших;
- освіченість (широта знань, висока загальна культура);
- відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово);
- раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення);
- самоконтроль (стриманість, самодисципліна);
- сміливість у відстоювання своєї думки, поглядів;
- тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами);
- терпимість (до поглядів і думок інших, вміння прощати іншим їхні помилки та омани);
- широта поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички);

- чесність (правдивість, щирість);
- ефективність у справах (працьовитість, продуктивність в роботі);
- чуйність (дбайливість).

«Мотивація професійної діяльності»

(методика К. Замфір в модифікації А. Реана)

Методика використовується для діагностики мотивації професійної діяльності. В основу покладена концепція внутрішньої та зовнішньої мотивації. Про внутрішній тип мотивації слід говорити, коли для особистості має значення діяльність сама по собі. Якщо ж в основі мотивації професійної діяльності лежить прагнення до задоволення інших потреб, зовнішніх по відношенню до змісту самої діяльності (мотиви соціального престижу, зарплати і т. д.), то в даному випадку прийнято говорити про зовнішню мотивацію. Зовнішні мотиви поділяються на зовнішні позитивні та зовнішні негативні. Зовнішні позитивні мотиви, безсумнівно, більш ефективні та більш бажані з усіх точок зору, ніж зовнішні негативні мотиви.

Інструкція: “Прочитайте нижче перераховані мотиви професійної діяльності в реєстраційному бланку та дайте оцінку їх значущості для Вас за п’ятибальною шкалою”.

Мотиви професійної діяльності	1	2	3	4	5
1. Грошовий заробіток					
2. Прагнення до просування по роботі					
3. Прагнення уникнути критики з боку керівника або колег					
4. Прагнення уникнути можливих покарань або неприємностей					
5. Потреба в досягненні соціального престижу і поваги з боку інших					
6. Задоволення від самого процесу і результату роботи					
7. Можливість найбільш повної самореалізації саме у даній діяльності					

Обробка результатів

Підраховуються показники внутрішньої (ВМ), зовнішньої позитивної (ЗПМ) і зовнішньої негативної (ЗНМ) мотивації згідно з такими “ключами”:

$$\begin{aligned} \text{ВМ} &= \frac{\text{оцінка п. 6} + \text{оцінка п. 7}}{2} \\ \text{ЗПМ} &= \frac{\text{оцінка п. 1} + \text{оцінка п. 2} + \text{оцінка п. 5}}{3} \\ \text{ЗНМ} &= \frac{\text{оцінка п. 3} + \text{оцінка п. 4}}{2} \end{aligned}$$

Показником вираженості кожного типу мотивації буде число, яке знаходиться в межах від 1 до 5 (в тому числі можливо й дробове).

Інтерпретація результатів

На підставі отриманих результатів визначається мотиваційний комплекс особистості. Мотиваційний комплекс являє собою тип співвідношення між собою трьох видів мотивації: ВМ, ЗПМ і ЗНМ.

До найкращих, оптимальних, мотиваційних комплексів слід відносити такі два типи сполучень: $\text{ВМ} > \text{ЗПМ} > \text{ЗНМ}$ і $\text{ВМ} = \text{ЗПМ} > \text{ЗНМ}$.

Найгіршим мотиваційним комплексом є тип $\text{ЗНМ} > \text{ЗПМ} > \text{ВМ}$.

Між цими комплексами перебувають проміжні (з погляду їх ефективності) мотиваційні комплекси.

Під час інтерпретації слід враховувати не лише тип мотиваційного комплексу, але й те, наскільки суттєво один тип мотивації перевершує інший за ступенем вираженості.

**«Методика діагностики соціально-психологічних установок особистості»
(розроблена О. Потьомкіною)**

Шкала А. Виявлення установок, спрямованих на альтруїзм — егоїзм.

Інструкція: «Уважно прочитайте питання і відповідайте на них «так» або «ні», залежно від тенденцій вашої поведінки у певній ситуації».

Текст опитувальника

1. Вам часто говорять, що ви більше думаєте про інших, ніж про себе?
2. Вам легше просити за інших, ніж за себе?
3. Вам важко відмовити людям, коли вони вас про щось просять?
4. Ви часто намагаєтеся зробити людям послугу, якщо в них сталося лихо або неприємності?
5. Для себе ви робите що-небудь із більшим задоволенням, ніж для інших?
6. Ви прагнете зробити якнайбільше для інших людей?
7. Ви переконані, що найбільша цінність у житті — жити для інших людей?
8. Вам важко змусити себе зробити щось для інших?
9. Ваша характерна риса — безкорисливість?
10. Ви переконані, що турбота про інших часто шкодить собі?
11. Ви засуджуєте людей, які не вміють подбати про себе?
12. Ви часто просите людей зробити що-небудь через корисливі міркування?
13. Ваша характерна риса — прагнення допомогти іншим людям?
14. Ви вважаєте, що спочатку людина по-винна думати про себе, а потім вже про інших?
15. Ви звичайно витрачаєте на себе багато часу?
16. Ви переконані, що не потрібно для інших сильно напружуватися?
17. Для себе у вас зазвичай не вистачає ні сили, ні часу?
18. Вільний час ви використовуєте тільки для своїх захоплень?
19. Ви можете назвати себе егоїстом?

20. Ви здатні зробити максимальне зусилля лише за гарну винагороду?

Обробка результатів

Ключ до опитувальника: виставляти 1 бал за відповіді «так» на питання 1–4, 6, 7, 9, 13, 17 і відповіді «ні» на питання 5, 8, 10–12, 14–16, 18–20. Потім підраховуємо загальну суму балів.

Висновки: чим більше набрана сума балів перевищує 10, тим більше в суб'єкта виражений альтруїзм, бажання допомогти людям, і навпаки, чим менша сума балів від 10, тим більше у суб'єкта виражена егоїстична тенденція.

Шкала Б. З'ясування установок на «процес діяльності» — «результат діяльності».

Інструкція: «Уважно прочитайте питання і відповідайте на них «так» або «ні», залежно від тенденції у вашій поведінці в певній ситуації».

Текст опитувальника

1. Сам процес виконуваної роботи захоплює вас більше, ніж її завершення?
2. Для досягнення мети ви звичайно не шкодуєте сили?
3. Ви зазвичай довго не зважуєтеся почати робити те, що вам нецікаво, навіть якщо це необхідно?
4. Ви впевнені, що у вас вистачить наполегливості, щоб завершити будь-яку справу?
5. Закінчуючи цікаву справу, ви часто шкодуєте про те, що вона вже зроблена?
6. Вам більше подобаються люди, здатні досягати результату, ніж просто добрі та чуйні?
7. Ви зазнаєте насолоди від гри, у якій не важливий результат?
8. Ви вважаєте, що успіхів у вашому житті більше, ніж невдач?
9. Ви більше поважаєте людей, здатних захопитися справою по-справжньому?
10. Ви часто завершуєте роботу всупереч несприятливій обстановці, нестачі часу, перешкодам?

11. Ви часто починаєте одночасно багато справ і не встигаєте цілком закінчити їх?

12. Ви вважаєте, що маєте достатньо сили, щоб сподіватись на успіх у житті?

13. Чи можете ви захоплюватися справою настільки, що забуваєте про час і про себе?

14. Вам часто вдається закінчувати розпочату справу?

15. Чи буває, що, захоплюючись деталями, ви не можете закінчити розпочату справу?

16. Ви уникаєте зустрічей із людьми, які не мають ділових якостей?

17. Ви часто завантажуйте свої вихідні дні або відпустку роботою через те, що потрібно щось зробити?

18. Ви вважаєте, що головне в будь-якій справі — результат?

19. Погоджуючись на яку-небудь справу, ви думаєте про те, наскільки вона для вас цікава?

20. Прагнення до результату в будь-якій справі — ваша характерна риса.

Обробка результатів і висновки.

За кожную позитивну відповідь на питання опитуваний одержує 1 бал. Сума балів за позитивні відповіді на непарні питання (1, 3, 5, 7 і т. д.) відображатиме орієнтацію суб'єкта на процес діяльності, а на парні питання — орієнтацію суб'єкта на результат.

Опитувальник емоційної емпатії А. Меграбяна і М. Епштейна

Для дослідження емпатії використовується методика «Шкала емоційного відгуку». Опитувальник був розроблений Альбертом Меграбяном і модифікований М. Епштейном. З точки зору А. Меграбяна, емоційна емпатія – це здатність співчувати іншій людині, відчувати те, що відчуває інший, переживати ті ж емоційні стани, ідентифікувати себе з ним.

Методика дає змогу визначити загальний рівень розвитку емпатії, такі її параметри, як здатність до емоційного відгуку на переживання іншої людини і ступінь відповідності або невідповідності знака переживань об'єкта і суб'єкта емпатії. Об'єктами емпатії виступають соціальні ситуації і люди, яким індивід може співпереживати в повсякденному житті.

Опитувальник складається з 25 суджень закритого типу. Випробуваний повинен оцінити ступінь своєї згоди або незгоди з кожним із них. Шкала відповідей (від «повністю згоден» до «повністю не згоден») дає можливість виразити відтінки ставлення до кожної ситуації спілкування.

Інструкція: «Прочитайте наведені нижче твердження і оцініть ступінь своєї згоди або незгоди з кожним із них (поставте позначку у відповідній графі бланка для відповідей), орієнтуючись на те, як ви зазвичай поведетеся в подібних ситуаціях».

№ п/п	Твердження	Відповідь			
		Згоден (завжди)	Скоріше згоден (часто)	Скоріше не згоден (рідко)	Не згоден (ніколи)
1	Мене засмучує, коли я бачу, що незнайома людина почувається серед інших людей самотньо				
2	Мені неприємно, коли люди не вміють				

	стримуватися і відкрито проявляють свої почуття				
3	Коли хтось поруч зі мною нервує, я теж починаю нервувати				
4	Я вважаю, що плакати від щастя нерозумно				
5	Я близько до серця приймаю проблеми своїх друзів				
6	Іноді пісні про кохання викликають у мене багато почуттів				
7	Я б сильно хвилювався (хвилювалася), якби мав (мала) повідомити людині неприємну для нього звістку				
8	На мій настрій сильно впливають оточуючі люди				
9	Мені хотілося б отримати професію, пов'язану з спілкуванням з людьми				
10	Мені дуже подобається спостерігати, як люди приймають подарунки				
11	Коли я бачу, як плаче людина, то й сам (сама) засмучуюсь				
12	Слухаючи деякі пісні, я часом відчуваю себе щасливою (щасливим)				
13	Коли я читаю книгу (роман, повість тощо), то так переживаю, ніби все, про що я читаю, відбувається насправді				

14	Коли я бачу, що з ким-небудь погано поводяться, то завжди серджуся				
15	Я можу залишатися спокійним (спокійною), навіть якщо всі навколо хвилюються				
16	Мені неприємно, коли люди під час перегляду кінофільму зітхають і плачуть				
17	Коли я приймаю рішення, ставлення інших людей до нього, як правило, ролі не грає				
18	Я втрачаю душевний спокій, коли оточуючі чимось пригнічені				
19	Я переживаю, коли бачу людей, які легко засмучуються через дрібниці				
20	Я дуже засмучуюсь, коли бачу страждання тварин				
21	Нерозумно переживати з приводу того, що відбувається в кіно або про що читаєш в книжці				
22	Я дуже засмучуюсь, коли бачу безпорадних старих людей				
23	Я дуже переживаю, коли дивлюся фільм				
24	Я можу залишитися байдужим (байдужою) до будь-якого хвилювання навколо				
25	Маленькі діти плачуть без причини				

Обробка результатів

Обробка проводиться у відповідності з ключем. За кожну відповідь нараховується від 1 до 4 балів.

Бланк підрахунку результатів

Номер твердження	Відповідь (в балах)			
	Згоден (завжди)	Скоріше згоден (часто)	Скоріше не згоден (рідко)	Не згоден (ніколи)
1	4	3	2	1
2	1	2	3	4
3	4	3	2	1
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	4	3	2	1
7	4	3	2	1
8	4	3	2	1
9	4	3	2	1
10	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	4	3	2	1
13	4	3	2	1
14	4	3	2	1
15	1	2	3	4
16	1	2	3	4
17	1	2	3	4

18	4	3	2	1
19	4	3	2	1
20	4	3	2	1
21	1	2	3	4
22	4	3	2	1
23	4	3	2	1
24	1	2	3	4
25	1	2	3	4
Σ				

Загальна оцінка підраховується шляхом підсумовування балів.

Аналіз і інтерпретація результатів

- 82-90 балів – дуже високий рівень;
- 63-81 бал – високий рівень;
- 37-62 бали – нормальний рівень;
- 36-12 балів – низький рівень;
- 11 балів і менше – дуже низький рівень.

Методика діагностування рівня морально-етичної відповідальності особистості І. Тимощука

Будь-яка риса морально-етичної сфери особистості проявляється в певних ситуаціях, що вимагають актуалізації і конкретного зовнішнього прояву моральних якостей у діях і вчинках. Останнє, у свою чергу, може виражатися в широкому діапазоні поведінки. Окрім аналізу етичної коректності власне вчинків важливо також враховувати їх явну і (якщо це можливо) латентну детермінацію (несвідомі аспекти мотивації, міра усвідомленості і рефлексії).

Нижче наводиться опис шкал опитувальника.

Шкала 1. Рефлексія на морально-етичні ситуації (моральна рефлексія або рефлексія, що актуалізується в ситуаціях, пов'язаних з морально-етичними колізіями і конфліктами).

Шкала 2. Інтуїція в морально-етичній сфері (моральна інтуїція).

Шкала 3. Екзистенціальний аспект відповідальності.

Шкала 4. Альтруїстичні емоції.

Шкала 5. Морально-етичні цінності.

Шкала 6. Шкала брехні (соціальної бажаності).

Високий рівень сформованості морально-етичної відповідальності пов'язаний з соціальною відповідальністю, високим рівнем саморозуміння, низьким рівнем соціальної бажаності.

Інструкція: «Пропонуємо взяти участь в оцінці особливостей Вашої особистості. Для цього Вам необхідно відповісти на нижче наведені твердження. Якщо Ви згодні з твердженням, то поряд з його номером поставте "+" (так), якщо ні – знак "-". Якщо утруднюється відповісти, то 0 (не знаю)».

1. Мені здається, що любов у сучасному світі втратила свою цінність.

2. Я думаю, що інтуїтивно оцінити аморальність людського вчинку не може ніхто.

3. Я думаю, що постійний аналіз своєї поведінки і вчинків – річ потрібна, але не необхідна.

4. У житті я більше дотримуюся принципу: "Мені подобається", а не "Я повинен".

5. Я думаю, що такі поняття як "обов'язок" і "честь" втратили своє первинне значення.

6. Я ніколи не пропускав цікавих занять у ВНЗ.

7. Мені здається, що безкорисливо допомагати іншим людям, – це сприяти розвитку у них інфантилізму.

8. Радитися з внутрішнім голосом, вирішуючи етичні проблеми, властиво людям із слабо розвиненим мисленням і рефлексією.

9. Люди, які постійно займаються "самокопанням", зазвичай невпевнені в собі і мало адаптивні в суспільстві.

10. Мені здається, що тільки сильна особистість здатна відповідати за своє життя і вчинки.

11. Люди, які постійно борються за справедливість, насправді вискочки і заздрісники.

12. Я ніколи нікому не відмовляю в допомозі, навіть якщо це ущемляє мої інтереси.

13. Співчуття і співпереживання іншій людині – це не вирішення проблеми, а відхід від неї.

14. Я думаю, що швидко вибрати правильне рішення в складній етичній ситуації не може ніхто.

15. Аналізуючи мотиви поведінки інших людей, я отримую задоволення.

16. Я думаю, що людина не може повністю відповідати за те, що з нею відбувається в житті.

17. Якщо постійно прислухатися до голосу своєї совісті, можна залишитися "без хліба насущного".

18. Я розумію, що сперечатися з батьками марно, тому ніколи не роблю цього.

19. Щира радість за успіхи іншої людини є, на мій погляд, зворотною стороною заздрості.

20. Убачання в оточуючих мене явищах дії сил "добра і зла" здається мені примітивним і застарілим.

21. Якщо постійно замислюватися про правильність життя, то і життя може пройти мимо.

22. Я думаю, що людина не зобов'язана відповідати за кризи і конфлікти, що сталися в її житті.

23. Суспільство диктує людині свої цінності й ідеали і нікуди від цього не подітися.

24. Я ніколи не оцінюю людей.

25. Звичайне відчуття провини властиве людям з низькою самооцінкою, невпевненим у собі.

26. Люди, які постійно слухають голос совісті, виглядають смішними і не сучасними.

27. Я думаю, що треба робити справу, а не замислюватися над тим, як це відіб'ється на людях.

28. Безвідповідальність, що іноді проявляється людиною, буває йде на користь оточуючим.

29. Я думаю, що в роботі іноді треба керуватися принципом: "Мета виправдовує засоби".

30. Маніпулювати неетично і я ніколи цього не роблю.

Ключ:

Шкала 1. Рефлексія на морально-етичні ситуації (конфлікти, колізії) – відповіді "ні" на питання 3,9,21,27; відповідь "та" на питання 15.

Шкала 2. Інтуїція в морально-етичній сфері – відповіді "ні" на питання 2,8,14,20,26.

Шкала 3. Екзистенціальна відповідальність – відповіді "ні" на питання 4,10,16, 22,28.

Шкала 4. Альтруїстичні емоції – відповіді "ні" на питання 1, 7, 13, 19, 25.

Шкала 5. Морально-етичні цінності – відповіді "ні" на питання 5, 11, 17, 23, 29.

Шкала 6. Шкала брехні – відповіді "та" на питання 6, 12, 18, 24, 30.

Якщо кількість балів за шкалою брехні складає від 3 до 5 – результати недостовірні.

Для того, щоб виявити рівень сформованості морально-етичної відповідальності, необхідно підсумовувати результати, отримані за шкалами опитувальника.

Низький рівень сформованості морально-етичної відповідальності – 0 до 5.

Середній рівень сформованості морально-етичної відповідальності – 5 -15.

Високий рівень сформованості морально-етичної відповідальності – 15 -25.

Методика визначення толерантних і інтолерантних установок особистості в сфері міжособистісного спілкування (В. Бойко)

Методика дозволяє визначити загальний рівень комунікативної толерантності та рівні толерантності за окремими показниками – неприйняття індивідуальності іншого, використання себе як еталона, нетерпимість до особистісного дискомфорту партнера по спілкуванню тощо.

Текст опитувальника

1. Ви не вмієте або не хочете розуміти або приймати індивідуальність інших людей.

Індивідуальність іншого — це перш за все те, що створює особливе в ньому: надане природою, виховане, засвоєне в середовищі. Міра невідповідності особистісних підструктур партнерів створює відмінності їх індивідуальностей.

Перевірте себе: наскільки Ви здатні приймати чи не приймати індивідуальність людей, що Вам зустрічаються. Нижче наводяться твердження, скористайтесь оцінками від 0 до 3 балів, щоб вказати, наскільки вони є вірними стосовно Вас:

- 0 балів — зовсім невірно;
- 1 бал — вірно до певної міри;
- 2 бали — вірно значною мірою;
- 3 бали — вірно вищою мірою.

Закінчивши оцінку тверджень, підрахуйте суму отриманих балів, але будьте відвертими:

	Бали
1. Повільні люди зазвичай приводять мене у стан нервового збудження.	
2. Мене роздратовують метушливі, непосидючі люди.	
3. Галасливі дитячі ігри витерплюю важко.	

4. Оригінальні, нестандартні, яскраві особистості найчастіше впливають на мене негативно.	
5. Бездоганна у всьому людина насторожила би мене.	
ВСЬОГО:	

2. Оцінюючи поведінку, образ думок чи окремі характеристики людей, Ви розглядаєте як еталон самого себе.

Таким чином, Ви відмовляєте партнерові мати право на індивідуальність і, «втискуєте» його у ту чи іншу підструктуру своєї особистості. До того ж у прямому чи завуальованому вигляді Ви вважаєте себе «істиною в останній інстанції», оцінюєте партнера, керуючись власними звичками, настановами та настроями.

Перевірте себе: чи немає у Вас тенденції оцінювати людей, керуючись особистим «Я». Ступінь згоди із твердженням, як і в попередньому випадку, проставте в балах від 0 до 3:

	Бали
1. Мене зазвичай примушує нервувати нетямущий співрозмовник.	
2. Мене роздратовують любителі побалакати.	
3. Я б обтяжливо спілкувався з байдужим для мене попутником у потязі, літаку, якщо він проявить ініціативу.	
4. Я б обтяжливо спілкувався з випадковим попутником, який поступається мені за рівнем знань і культури.	
5. Мені важко знайти спільну мову з партнерами іншого інтелектуального рівня, ніж я.	
ВСЬОГО:	

3. Ви категоричні чи консервативні в оцінці людей.

У такий спосіб Ви регламентуєте прояв індивідуальності партнерів та вимагаєте від них бажаної одноманітності, яка відповідає Вашому внутрішньому світові – усталеним цінностям та смакам.

Перевірте себе: до якої міри категоричні чи консервативні Ваші оцінки на адресу оточуючих (ступінь згоди з твердженнями оцінюйте від 0 до 3 балів):

	Бали
1. Сучасна молодь справляє неприємне враження своїм зовнішнім виглядом (зачіски, косметика, одяг).	
2. Так звані «круті» зазвичай справляють неприємне враження безкультур'ям або жадобою.	
3. Представники деяких національностей в моєму оточенні викликають в мене антипатію.	
4. Є тип чоловіків (жінок), котрих я дуже не люблю.	
5. Терпіти не можу ділових партнерів з низьким професійним рівнем.	
ВСЬОГО:	

4. Ви не вмієте приховувати чи бодай згладжувати неприємні почуття, які виникають при зіткненні з некоммунікабельними якостями у партнерів.

Якісно особистості партнера, які визначають позитивний емоційний фон спілкування з ним, назвемо коммунікабельними, а якості партнера, що викликають негативне ставлення до нього – некоммунікабельними. Людина з загальним низьким рівнем коммунікативної толерантності зазвичай демонструє некеровані негативні реакції у відповідь на некоммунікабельні якості партнера. Неприйняття в іншому найчастіше викликають некоммунікабельні типи особистості, її некоммунікабельні риси і манери спілкування.

Перевірте себе: до якої міри Ви вмієте приховувати або згладжувати неприємне враження при зіткненні з некоммунікабельними рисами інших людей (ступінь згоди з твердженнями оцінюйте від 0 до 3 балів):

	Бали
1. Вважаю, що на грубість треба відповідати тим же. 2. Мені важко не подавати виду, якщо людина мені чимось неприємна 3. Мене роздратовують люди, які прагнуть під час сварки відстоювати лише свою позицію. 4. Мені не подобаються самовпевнені люди. 5. Зазвичай мені важко утриматися від зауваження на адресу злісної або знервованої людини, яка штовхається в транспорті. ВСЬОГО:	

5. Ви прагнете переробити, перевиховувати свого партнера.

Власне, Ви беретеся за непосильне завдання — можливість змінити ту чи іншу підструктуру особистості, оновити, підремонтувати або замінити її елементи. Спроби перевиховувати партнера проявляються в жорсткій чи пом'якшеній формі, але в будь-якому разі вони зустрічають його опір. Жорстка форма типова, наприклад, для звички читати мораль, повчати, докоряти в порушенні правил етики. Пом'якшена зводиться до вимог додержуватись правил поведінки і співробітництва, до зауважень з різних приводів.

Перевірте себе: чи є у Вас схильність переробляти і перевиховувати партнера (оцінка тверджень від 0 до 3)

	Бали
1. Я маю звичку повчати оточуючих. 2. Невиховані люди обурюють мене. 3. Я часто зупиняю свою увагу на тому, що намагаюся виховувати когось. 4. Я за звичкою постійно роблю комусь зауваження 5. Я люблю командувати близькими. ВСЬОГО:	

6. Вам хочеться підлаштовувати партнера під себе, зробити його зручним.

В даному випадку Ви ніби підлаштовуєте ті чи інші якості партнера, намагаючись регламентувати його дії або домогтися схожості з собою, на-полягаєте на прийнятті вашої точки зору.

Перевірте себе: до якої міри Ви схильні підлагоджувати партнерів під себе, робити їх зручними (оцінка тверджень від 0 до 3 балів):

	Бали
1. Мене роздратовують люди похилого віку, коли в години пік їх можна зустріти в міському транспорті або в магазині.	
2. Проживати в номері готелю зі сторонньою людиною для мене — це просто тортюри.	
3. Коли партнер не згодний у чомусь з моєю правильною позицією, то зазвичай це мене дратує.	
4. Я виявляю нетерплячість, коли мені заперечують.	
5. Мене роздратовує, коли партнер робить щось по-своєму, не так, як мені хочеться.	
ВСЬОГО:	

7. Ви не вмієте пробачати іншим їхні помилки, незграбність, неприємності, які партнер вчинив вам незумисне.

Це означає, що Ваша свідомість «застрягає» на відмінностях між особистісними підструктурами – Вашою та партнера. Таким є джерело взаємних образ, прагнення ускладнити стосунки з партнером, надавати особливого неприємного змісту його діям та словам.

Перевірте себе: чи притаманна Вам така тенденція поведінки (оцінка тверджень від 0 до 3 балів):

	Бали
1. Зазвичай я сподіваюсь, що мої кривдники отримають	

по заслугах. 2. Мені часто докоряють тим, що я буркотливий. 3. Я довго пам'ятаю образи, завдані мені тими, кого я ціную та поважаю. 4. Не можна пробачати співробітникам нетактовні жарти. 5. Якщо діловий партнер ненароком зачепить мою самолюбність, я все одно па нього ображуся. ВСЬОГО:	
--	--

8. Ви нетерпимі до фізичного чи психічного дискомфорту, в якому опинився партнер.

Таке спостерігається у тих випадках, коли партнеру зле, він постійно скаржитися, поводить себе примхливо, нервує, шукає співучасті та співпереживання. Людина з низьким, рівнем комунікативної толерантності — душевно черства, і тому або не помічає подібних станів, або вони її роздратовують, або щонайменше викликають осуд. При цьому така людина ігнорує те, що сама теж була в дискомфортному етапі і, як правило, розраховує на розуміння і підтримку оточуючих.

Перевірте себе: до якої міри Ви можете миритися з дискомфортними станами оточуючих (оцінка тверджень від 0 до 3 балів):

	Бали
1. Я засуджую людей, які плачуться «в чужу жилетку». 2. Внутрішньо я не схвалюю колег (приятелів), які за будь-якого зручного випадку розповідають про свої недуги. 3. Я намагаюся уникати розмови, коли хтось починає скаржитися на своє сімейне життя. 4. Зазвичай я без особливої уваги вислуховував сповіді друзів (подруг). 5. Мені іноді хочеться розізлити кого-небудь з рідних або	

друзів.	
ВСЬОГО:	

9. Ви погано пристосовуєтесь до характерів, звичок, настанов або домагань інших.

Дана обставина вказує на те, що адаптація до самого себе для Вас є функціонально важливішою і досягається простіше, ніж адаптація до партнерів. У будь-якому разі Ви намагатиметесь змінювати і перероблювати перш за все партнера, а не себе — для деяких це непохитне кредо. Однак взаємне існування передбачає адаптаційні вміння з обох сторін.

Перевірте себе: які Ваші адаптивні здібності у взаємодії з людьми (оцінка тверджень від 0 до 3 балів):

	Бали
1. Як правило, мені важко піти на поступки партнерам.	
2. Мені важко знайти спільну мову з людьми, у яких поганий характер.	
3. Зазвичай я важко пристосовуюсь до нових партнерів по спільній роботі.	
4. Я утримуюсь підтримувати стосунки з дещо дивними людьми.	
5. Найчастіше я принципово наполягаю на своєму, навіть якщо розумію, що партнер має рацію.	
ВСЬОГО:	

Обробка та інтерпретація результатів

Знаходиться сума балів, отриманих за всіма ознаками, на основі чого робиться висновок: чим більше балів, тим нижчий рівень комунікативної толерантності.

Емоційно-інтелектуальні прийоми формування професійної етики майбутніх медичних сестер

Ідентифікація. У нашому дослідженні ідентифікація використовувалась з метою встановлення емоційного зв'язку з пацієнтом, колегою або медичним колективом для відчуття причетності до загальної справи, єднання з ними. Метою прийому було ідентифікувати себе з носіями етичних норм, цінностей у медицині, стати схожим на людину – медика або групу таких людей, перейняти у них значущі професійно – етичні риси.

Когнітивна інтерпретація використовувалась нами для насичення сенсом, узагальнення окремих слів, словосполучень, фрагментів бесід, типових конструкцій, життєвих прикладів і, спираючись на це, побудови власної моделі етичної поведінки у кожній неповторній ситуації спілкування.

Резюмування у медичній етиці це не просто узагальнення та підведення підсумку, а й можливість уточнення скарг пацієнта, варіант сепарації інформації, яка не має значення для діагностично-лікувального процесу. Повертаючись знову до ситуації ми можемо скоротити її, нівелювати небажані моменти – це психологічний прийом зняття фобії, нарощування впевненості.

Підбадьорювання застосовувалось при висловлюванні пацієнтом позитивних моментів, досягнень у реабілітації, відмові від шкідливих звичок, коли важка процедура вже була позаду, у передопераційному періоді, тощо. Особлива важливість прийому у спілкуванні з недомінантними хворими, які потребують підтримки не лише словом, а й мімікою, жестами. В іншому випадку інформацію, яка могла б бути донесена до нас пацієнт буде утримувати в собі.

Емпатійне слухання – пропагувалося нами як етично необхідний, активний процес входження у емоційний стан пацієнта і, відповідно, розвиток певного рівня емпатійності у студентів. Прийом базувався на трьох основних стилях спілкування – візуальному, аудіальному та кінестетичному. Емпатійне слухання розвивалось нами у студентів як активний процес за перебігом якого студенти

вчилися морально підтримувати, заохочувати, перефразовувати, уточнювати, висловлювати співпереживання, робити підсумки.

У процесі *саморозкриття* студентами відпрацьовувались навички правдивої презентабельності себе, як всебічно розвиненого фахівця. Доводилася інформація, що якісне саморозкриття це і є самоактуалізація.

Встановлення особистого контакту – прийом, який дозволяє викликати та підсилити бажання у спілкуванні. Наприклад, фрази, які застосовували майбутні медичні сестри дозволяли не втрачати вкрай необхідного контакту: "Так-так...", "Я вас слухаю", "Дуже цікаво", "Не могли б ви розповісти мені про це більше?". "Коли це трапилося?", "Що ви маєте на увазі, кажучи про...?", "Що значить...?" "Тобто, ви вважаєте... Чи не так?", "Я Вас розумію".

Отже, особистий контакт майбутні медичні сестри усвідомили як стан взаємної готовності до спілкування, що передбачає позитивне ставлення співрозмовників один до одного та відсутність непорозумінь у спілкуванні.

Допомагають встановити особистий контакт такі правила:

- звертайтеся до співрозмовника на ім'я;
- виявляйте щирий інтерес до хворого;
- демонструйте прихильність та доброзичливість;
- показуйте зацікавленість та значимість людини;
- знаходьте загальні інтереси та цілі;
- використовуйте невербальні сигнали відкритості, довіри та уваги;
- підтримуйте дистанцію, яка відповідає стосункам та умовам спілкування;
- контактуйте очима;
- застосовуйте прийоми активного слухання;
- проявляйте позитивні емоції, посміхайтесь, якщо це доречно;
- спілкуйтеся цікаво, ілюструйте свої пропозиції позитивними прикладами;
- використовуйте прийоми налаштування та віддзеркалювання.

Критеріями встановленого контакту ми вважали:

- особа з зацікавленістю відповідає на запитання і реагує на повідомлення;
- зменшується кількість коротких відповідей на запитання і паузи;

- особа з зацікавленістю відкриває нові напрями розмови або поглиблює спілкування;
- виявляє невербальні сигнали відкритості.

Навчання діалогічному спілкуванню відбувалось у процесі різних ігор, бесід, драматизацій, інсценувань, виконання практичних навичок і нерідко скеровувалося викладачем у полілогічне дискусійне спілкування.

Приклади завдань: діалог у парах, груповий діалог, діалог – дискусія, діалог – інтерв'ю, або складання діалогу на задану тему, як домашнє завдання. Як правило, це були вигадані ситуації, наприклад: «Я – свідок надання допомоги бригадою ШМД», «Після заняття в операційному блоці...», «У перев'язувальній», «Якби у мене була можливість...» тощо.

Зразки ділових ігор

Симуляція «Автобус»

Навчальна дисципліна – «Невідкладні стани в хірургії».

Поділ групи: «медики», «постраждали».

В окремому приміщенні «постраждалим» роздаються ролі. «Медики» за командою починають надавати допомогу в залежності від «клінічної картини», яку розігрує кожен «постраждалий».

Оцінюються:

- вміння зайняти активну позицію;
- вміння оцінити ступінь загрози життю постраждалих;
- клінічне мислення з постановкою діагнозу;
- вміння взаємодопомоги;
- вміння залучити допомогу оточуючих;
- вміння сортування постраждалих в залежності від діагностованого стану;
- вміння надання першочергової допомоги;
- вміння спілкуватись з постраждалими, враховуючи їх стан, індивідуальні психологічні якості, стать, особливості ситуації;
- вміння спілкуватися з родичами постраждалих,
- вміння спілкуватися з випадковими свідками.

Ділова гра закінчується рефлексією: оцінюються власні дії, зауваження викладача, життєві приклади.

Ділова гра «Діалоги»

Складіть діалог, що відбувається у ситуації взаємодії медичної сестри з пацієнтом, зі старшою медичною сестрою, з лікарем, з родичами хворого, дотримуючись таких правил:

- 1) однозначно формулювати основну думку;
- 2) послідовно її розвивати;
- 3) висловлювати одну і ту ж думку різними засобами;

- 4) будувати прагматично цінні висловлювання;
- 5) співвідносити його з ситуацією спілкування;
- 6) пристосовувати власний дискурс до індивідуальних особливостей пацієнтів;
- 7) співвідносити паралінгвістичні прийоми з ситуацією спілкування;
- 8) формувати і реалізовувати мовні наміри;
- 9) адекватно виражати емоційно-оцінну інформацію;
- 10) прогнозувати реакцію партнера й адекватно реагувати на його репліки.

Діалогічні ситуації:

«Ви – свідок надання допомоги бригадою ШМД».

«Після заняття в операційному блоці ».

«В перев'язувальній».

«Доповідь медичної сестри на здачі чергування».

«Ситуація в операційній вийшла з-під контролю».

«Спілкування з родичами пацієнта, який знаходиться у важкому стані».

« Ви – третя сторона у конфлікті « пацієнт – пацієнт».

« Ви – третя сторона у конфлікті « медик – пацієнт».

Ділова гра «Інтерв'ю»

Візьміть участь в інтерв'ю. Вам необхідно дати відповіді на п'ять питань.

Приклади питань:

1. Які п'ять слів спадають на думку, коли ми чуємо про «неетичну поведінку медика»?
2. Охарактеризуйте п'ятьма словами етичну поведінку медика.
3. Що, на Вашу думку, означає колегіальність у медиків?
4. Які бувають конфліктні ситуації у вашій майбутній професії медичної сестри?
5. Які загальнолюдські чесноти допомагають у дотриманні медичною сестрою правил етичної поведінки?

Ділова гра «Робочі будні медичної сестри»

Пропонуються завдання:

1. Відреагуйте на повідомлення якомога більшою кількістю реплік, переводячи ситуацію у неконфліктну.

а) – Мені набридло слухати цілий день: «Забери аналізи, відведи на рентгенографію, яка температура? Що я наймолодша?» .

–

б) – «Ось, купила собі медичний халат для роботи у відділенні. Так, він короткий, але мені є що показати».

–

в) – Нехай цей лікар не вказує, що мені потрібно робити, я працюю тут вже 10 років.

2. Відреагуйте на репліку-повідомлення яким-небудь проханням.

а) – Я йду у палати вимірювати температуру.

–

б) – Я виконала укладку біксів на наступний операційний день.

–

в) – Результати аналізів, які принесли з лабораторії, вже розклеєні по медичних картках стаціонарних хворих.

3. Відреагуйте на репліку-повідомлення підбадьорюванням.

а) – Я йду у палати вимірювати температуру.

–

б) – Я виконала укладку біксів на наступний операційний день.

–

в) – Результати аналізів, які принесли з лабораторії вже розклеєні по медичних картках стаціонарних хворих.

–

4. Озвучте фразу у відповідь, яка б створила атмосферу командної роботи.

а) – Я йду у палати вимірювати температуру.

–

б) – Я виконала укладку біксів на наступний операційний день.

–

в) – Результати аналізів, які принесли з лабораторії, вже розклеєні по медичних картках стаціонарних хворих.

–

Методика проведення ділової гри

Під час реалізації завдань експериментальної роботи ми враховували низку особливостей, які має ділова гра як метод навчання:

- наявність учасників гри (студентів), в яких загальне завдання – аналіз обстановки і ухвалення рішення відповідно до призначеної кожному посади (ролі);
- наявність керівника гри, який повинен створити ігрову обстановку, аналізувати рішення учасників гри, коригувати її хід;
- створення умов, важливих для аналізу обстановки і ухвалення рішень студентами (варто зазначити, що умови можуть характеризуватися певним ступенем невизначеності, а в низці випадків – конфліктності);
- неможливість повної формалізації ситуації; динамічність і наявність зворотного зв'язку між попередніми рішеннями учасників гри і остаточними, пов'язаними зі зміною обстановки.

Проаналізувавши особливості організації ділової гри, ми деталізували їх відносно процесу формування у студентів медичного коледжу професійної етики:

1. Моделювання ситуації професійної діяльності.
2. Розподіл ролей між учасниками гри.
3. Взаємодія учасників гри за наявності загальної мети посадових осіб.
4. Наявність конфліктної ситуації.
5. Наявність керованої емоційної напруги.
6. Наявність системи оцінювання учасників гри.

Розглянемо ознаки ділової гри, врахування яких впливає на ефективність використання цього методу у процесі формування професійної етики майбутніх медичних працівників.

Ознака 1: ділова гра повина моделювати діяльність медичного працівника в різних професійних ситуаціях. У процесі гри ми відпрацьовували не лише професійні і посадові вміння, але й навички створення, ухвалення рішень.

Моделювалася спільна діяльність учасників і їх спілкування відповідно до вимог і основних положень нормативних документів.

Ознака 2: кожен учасник гри повинен мати свою роль. У своїй роботі ми дотримуємося визначення поняття «ігрова роль», запропонованого Д. Тюнніковою. Під ігровою роллю варто розуміти функції, права і обов'язки учасників гри, їх рольову поведінку і невербальні дії, які продиктовані особливостями ігрової взаємодії [117]. Поняття ролі в грі передбачає моделювання діяльності особи, що визначається її посадою (обставинами взаємодії) під час ігрового моделювання. Тому введення тієї або іншої ролі в гру передбачало наявність у її учасника, що грав цю роль, спеціальних знань і вмінь, а також готовності до їх використання в процесі гри для вирішення поставленого завдання. Отже, при підготовці до гри студенти вивчали навчальний матеріал, в якому були викладені можливі варіанти дій і довідкові дані, що стосувалися майбутньої ігрової діяльності. Відповідно до цього ми прогнозували і різні інтереси учасників гри, тобто кожен мав свої рольові цілі (функціональні та ігрові).

Рольові цілі визначалися умовами гри. Функціональні цілі були обумовлені специфікою модельованих ситуацій і професійних дій у них. Кожна роль у грі набувала певного особистісного забарвлення. Це забезпечувало можливість вирішення за допомогою ігор трьох завдань: оволодіння вмінням ухвалення рішення в конфліктній ситуації кожним студентом, незалежно від його особистих властивостей; дослідження впливу особистісного чинника на ефективність практичних дій з метою активізації потенціалу студентів; рефлексування щодо сформованості морально-етичних якостей студентів в умовах, максимально наближених до професійної діяльності.

Ознака 3: рух до загальної мети передбачає вирішення конфліктних ситуацій, обумовлених неспівпадінням рольових цілей учасників. У структурі ігрового комплексу були передбачені однотипні ігрові групи, що вирішували у грі однакові завдання. Досягнення загальної мети забезпечувалося взаємодією учасників гри, підпорядкуванням їх різних рольових цілей одній загальній меті. Проте враховувалося, що діяльність ігрових груп повинна була мати змагальний характер,

забезпечення якого відбувалося за рахунок інформації, що видавалася учасникам гри раптово (обставини, що загострюють ситуацію невідкладного прийняття рішення, характерну для професійної діяльності медика). Ситуація, вирішення якої було розраховане на короткий термін, змушувала ігрові групи перерозподіляти час і сили, оскільки існувала необхідність зорієнтуватися в цілому комплексі професійних проблем.

Ознака 4: участь у діловій грі покликана була підготувати майбутніх медиків до неоднозначних ситуацій, рішення яких не дається легко через існування багатьох об'єктивних і суб'єктивних факторів, постійну емоційну напругу, що характеризує професійну діяльність медичного персоналу.

Ознака 5: керована емоційна напруга. Кульмінацією ділової гри була конфліктна ситуація, що супроводжувалася виникненням емоційної напруги у кожного учасника гри, що вимагало від нього мобілізації професійних, інтелектуальних і психофізіологічних здібностей.

Ознака 6: система оцінювання діяльності учасників гри містила засоби заохочення і штрафування як індивідуального, так і колективного характеру. Для ефективної організації і проведення ділової гри були сплановані дії, за допомогою яких викладач і студенти проводили оцінку виконання навчально-ігрових операцій.

Для кожної процедури, що входила в склад гри, були вироблені стимул-реакції і санкції, що спрямовували студентів на ухвалення тих або інших рішень. Якість рішень, що приймалися групою студентів або одним учасником гри, оцінювалася сумою набраних балів. Використанням бальних оцінок забезпечувалася досить об'єктивна і комплексна оцінка позитивного і негативного внеску кожного учасника в досягнення поставлених цілей, у тому числі і в тих випадках, коли не всі дії могли бути формалізовані (вміння швидко орієнтуватися в змінній обстановці, оперативно аналізувати й оцінювати ситуацію, що виникла; знаходити оптимальний варіант реагування, йти на обґрунтований ризик). Процедура оцінки планувалася заздалегідь, що передбачало вибір прийомів, що підсилювали її педагогічну спрямованість. Це дозволило ввести додаткову сполучну ланку між навчальним змістом заняття і його виховним аспектом.

Обговорення підсумків гри спрямовувалося не лише на вдосконалення ігрових взаємодій, але в той же час і на розвиток загального розуміння проблеми, узагальнення і закріплення шляхів і способів її вирішення. Дуже важливо, як нам здається, добитися розуміння всіма студентами, як і чому досягається те або інше ключове рішення.

Тренінгова програма

«Стимулювання позитивної професійно-етичної мотивації майбутніх медичних працівників»

Основні завдання тренінгової програми:

1. Опрацювання змісту понять професійної етики.
2. Оволодіння основними кроками здійснення морального вибору та етичного вчинку.
3. Опанування прийомів побудови етичних взаємовідносин між учасниками лікувально-діагностичного процесу.

Заняття 1. Тренінг розвитку навичок самопрезентації і налагодження стосунків з іншими учасниками лікувально-діагностичного процесу.

Мета тренінгу:

- а) зближення членів тренінгової групи один з одним;
- б) зняття емоційної напруженості, формування згуртованості тренінгової групи, емоційної теплоти й близькості між її членами;
- в) створення у медичних сестер мотивації на розв'язання етичних дилем майбутньої професійної діяльності.

Вправа «Представлення себе»

Мета: зближення членів тренінгової групи один з одним.

Процедура: кожен член групи за бажанням і на свій розсуд розповідає про себе.

Вправа «Висловлення вражень один про одного»

Мета: дізнатися, яке враження склалося про тебе в тих чи інших членів тренінгової групи.

Процедура: пропонується кожному учасникові тренінгу вербальним чи невербальним шляхом (у вигляді словесної характеристики, мімікою чи жестикуляцією) висловити перше враження про кожного з членів групи.

Вправа «Невербальний контакт»

Мета: зняття емоційної напруженості, формування згуртованості групи, емоційної теплоти й близькості між її членами.

Процедура: а) кожен член групи підходить до інших і потискує (по черзі) руку, дивлячись в очі; б) один член групи сидить із заплющеними очима, інші по черзі підходять і торкаються його руки, а він повинен вгадати, хто це був.

Вправа «Довіра»

Мета: звільнення від негативних емоцій, які заважають виникненню довіри.

Поняття «довіра» не завжди пов'язане з позитивною оцінкою особистості іншого й ускладнюється недостатнім знайомством з цією людиною або розбіжністю у поглядах на життя.

Виконання вправи: кожен з учасників, звертаючись по черзі до певних членів групи, визначає ступінь своєї довіри до них: «є довіра до тебе», «не впевнений, що довіряю тобі», «не довіряю». Результати виконання вправи обговорюються.

Основні результати тренінгу. В результаті участі у тренінгу члени групи зможуть: ознайомитися із загальною метою занять та правилами роботи у тренінговій групі; звільнитися від негативних емоцій, таких як страх, невпевненість, тривога, що заважають здійсненню публічного виступу; поглибити довіру до членів групи як важливу умову подальшої співпраці; створити мотивацію на розв'язання етичних дилем професійної діяльності.

Заняття 2. Тренінг розвитку моральної свідомості медичної сестри

Мета тренінгу:

- а) визначення основних понять професійної етики;
- б) аналіз етичних дилем, пов'язаних з професійною діяльністю учасників;
- в) розв'язання етичної дилеми, яка є актуальною для більшості учасників тренінгу.

Інтерактивні техніки для проведення тренінгу

Метод незакінчених речень (з подальшим груповим обговоренням):

«Професійна культура – це ...»;

«Етика – це ...»;

«Професійна етика – це ...»;

«Моральна свідомість – це ...»;

«Етичні настанови – це ...».

Робота в парах. Учасники тренінгу ознайомлюються з ситуацією «Випадок з медичної практики» і опрацьовують запитання для обговорення.

Ситуація «Випадок з медичної практики»:

Ніч. Приймальне відділення. Карета швидкої допомоги доставляє крихітку – пацієнта у лікарню. Півторарічний малюк виглядає так, ніби глибоко заснув: розкинувся на ношах між матір'ю і лікарем швидкої допомоги. Виходжу в хол приймального відділення і спостерігаю, як лікар нервово, але категорично шепоче матері, яка хотіла підняти дитину: «Я сам!». Бере на руки дитину – вона навіть не відреагувала, і з незграбною швидкістю вибирається з автомобіля, швидко йде до оглядової. «Обережно! – скрикує мати. – Не розбудіть, потім не заспокоїмо! Він у мене такий крикливий!». Вже на вході в оглядову я розумію, що розслабленість малюка насправді є атонією; а неприродний спокій – повною несвідомістю. Колега опускає пацієнта на каталку, намагається вгамувати тремтіння рук, вклавши їх у кишені медичного халату. Я кидаюся до млявого тіла, страшна здогадка переростає в упевненість... . «Він мертвий, – озвучує лікар мою думку. – Помер ще на від'їзді від дому. Останні п'ятнадцять хвилин ми везли тіло...». Він ловить мій гнівно-осудливий погляд: «Ну, не зміг я матері відразу сказати! Не зміг! Та ти б бачив її. Вона що завгодно з собою зробити може ... ». Він продовжує виправдовуватися, але я вже не слухаю: ретельно оглядаю холодіюче тільце. Ознаки біологічної смерті в наявності. Забігаючи наперед, скажу, що причиною смерті стала блискавична пневмонія, що розвинулася на тлі ГРЗ протягом двох діб. Пару хвилин ми з колегою обговорюємо план дій: мати в оглядову поки не впускати, про смерть дитини їй не повідомляти. «Документально ти оформлюєш все, як було: смерть у дорозі. Я тобі допомагаю тільки в повідомленні матері». Колега погоджується. Даю розпорядження медсестрі дати жінці дозу заспокійливого. Зачекавши

п'ятнадцять хвилин, заводимо з нею обережну розмову: з'ясування анамнезу дитини, питання про інших родичів, які могли б зараз під'їхати до лікарні. На жаль, таких, за словами матері, немає. Намагаюся підтримати колегу поглядом, і він, зітхнувши, делікатно повідомляє жінці про смерть сина. Зрозуміло, у відповідь – зневіра, істерика, гнів. Дістається і мені, і лікарю «швидкої». Я вислуховую голосіння і прокляття збожеволілої від горя матері, мій колега зі «швидкої» блідне, пітніє. Не даючи йому почати складний виправдувальний монолог, я намагаюся висловити співчуття нещасній жінці. Загалом, беру на себе функцію співчуваючого лікаря, позбавляючи від такого на даний момент непосильного тягара свого колегу.

Запитання для обговорення

1. Чи повинен був лікар швидкої допомоги одразу повідомити діагноз?
2. Чи мала право жінка знати про стан її дитини?
3. Чи етично, що лікар «швидкої» відійшов від алгоритму дій, «продовжуючи» час життя дитини для матері ?
4. Чи етично повідомляти про смерть в умовах карети швидкої допомоги?
5. Яке Ваше ставлення до лікаря «швидкої»?
6. Поведінка лікаря-реаніматолога етична? Аргументуйте.
7. Чи є лікар-реаніматолог цинічним, чи це – професіоналізм?

Творче завдання. Які нормативно – правові документи регламентують етичний та медичний аспекти описаної ситуації?

Групова дискусія. Групова дискусія починається із заслуховування позицій кожного учасника тренінгу. Аналізуючи свої думки, позицію інших учасників, згоду або незгоду з описаними в цій ситуації вчинками, учасники тренінгу аргументують, опонують іншим, застосовують базу медичних, етичних та життєвих знань. Обговорення проводиться з кожного запитання окремо.

Основні результати тренінгу. В результаті участі у тренінгу майбутні медичні сестри зможуть: ознайомитися зі змістом основних понять професійної етики; опанувати основні кроки здійснення морального вибору й застосувати їх

до розв'язання актуальної етичної дилеми; проаналізувати зміни у своїх моральних почуттях після прийняття ними етичного рішення.

Заняття 3. Тренінг формування навичок етичної поведінки та побудови етичних взаємовідносин медичної сестри з іншими медичними працівниками

Мета тренінгу:

а) визначення змісту понять «етична поведінка», «етичне рішення» і «моральна відповідальність»; б) аналіз етичної дилеми, пов'язаної з етичною поведінкою особистості; в) розв'язання етичної дилеми, пов'язаної з етичною поведінкою медичної сестри.

Інтерактивні техніки для проведення тренінгу

Метод незакінчених речень (з подальшим груповим обговоренням):

«Етичний вчинок – це ...»;

«Етична поведінка – це ...»;

«Етичне рішення – це ...»;

«Нормативний шлях прийняття етичного рішення – це ...»;

«Моральна відповідальність – це ...».

Робота в парах. Учасники тренінгу ознайомлюються з ситуацією «Випадок з медичної практики» і опрацьовують запитання для обговорення.

Запитання для обговорення

1. Чи має право мати знаходитись поряд під час надання її дитині реанімаційної допомоги? Чому так або ні?
2. Чи професійно, що лікар «швидкої» відійшов від алгоритму дій ?
3. Чи не були дії лікаря «швидкої» свідомими – «перекласти» смерть на приймальне відділення?
4. Міг лікар «швидкої» думати, що в умовах стаціонару нададуть більш кваліфіковану допомогу і відбудеться чудо – відновлення життя?
5. Поведінка лікаря-реаніматолога колегіальна?
6. Як ви вважаєте, хто і коли повинен повідомляти про настання смерті пацієнта?

7. Чи правильна етико-медична тактика – підготувати мати до трагічної звістки введенням заспокійливих?

Творче завдання. Підготуйте в парах стислу доповідь чергової медичної сестри приймального відділення завідувачому відділенням за даною ситуацією.

Групова дискусія. Групова дискусія завершує обговорення. Обговорення проводиться окремо з кожного запитання. При цьому кожний учасник тренінгу має повідомити, яке рішення було прийняте власне ним. Бажано, щоб він проговорив уголос усі етапи прийняття етичного рішення:

моральні міркування перед тим, як прийняти етичне рішення;

власне дія (прийняття рішення);

моральне самопочуття після прийняття етичного рішення.

Основні результати тренінгу. В результаті участі у тренінгу члени групи зможуть: ознайомитися зі змістом понять «етична поведінка», «етичне рішення» і «моральна відповідальність»; опанувати основні кроки здійснення етичного вчинку і застосувати їх до вирішення актуальної етичної дилеми; проаналізувати зміни думок, які відбулися у членів групи у процесі прийняття етичного рішення під час групового обговорення.

Загальні висновки

Структура тренінгової програми розвитку професійної етики медичних сестер складається з 3 послідовно здійснюваних тренінгів, спрямованих на розвиток навичок самопрезентації і налагодження стосунків з іншими учасниками, підвищення рівня моральної свідомості медичної сестри, формування навичок етичної поведінки в різних професійних ситуаціях, етичних взаємовідносин з колегами, закріплення основних етичних норм медичного працівника.

2. Здійснення тренінгів передбачає застосування таких інтерактивних технік, як самопрезентація, метод незавершених речень, робота в парах, групова дискусія, творчі завдання.

3. У результаті участі в описаній тренінговій програмі майбутні медичні сестри зможуть: ознайомитися зі змістом основних понять професійної етики;

створити мотивацію на розв'язання етичних дилем майбутньої професійної діяльності; опанувати основні кроки здійснення морального вибору та етичного вчинку; застосувати отримані знання і сформовані вміння до розв'язання актуальних етичних дилем.

ПРОГРАМА ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ

«Етико-деонтологічні аспекти спілкування медичної сестри з пацієнтами в медичному закладі»

Пояснювальна записка

Взаємовідносини медичного працівника і хворого охоплюють цілий комплекс моральних, психологічних і етичних проблем, з якими медичній сестрі доводиться постійно стикатися і знаходити єдину правильну відповідь. Тому людина, що вирішила присвятити себе медицині, повинна не лише освоїти цю професію, але й володіти особливими вміннями спілкування з людьми, реагувати на чужий біль, бути готовою все життя невтомно боротися за здоров'я людини.

Для суспільства не байдуже, хто вибере для себе професію медичного працівника і як ця особа виконує моральний обов'язок, що накладається на неї цією професією. З розвитком суспільства змінювалося положення медичного працівника в ньому, зростали його престиж і авторитет, необхідні для здійснення професійної діяльності; змінювалися також вимоги до медичного працівника і охорони здоров'я в цілому.

Праця медичних сестер як специфічне суспільне явище має свої особливості. Головними цілями професійної діяльності медичної сестри є: виконання призначень лікаря, догляд за пацієнтами, полегшення їх страждань, відновлення і зміцнення їх здоров'я, запобігання хворобам. Для реалізації вказаних цілей медична сестра повинна дотримуватися таких етичних принципів:

1. Гуманне ставлення до пацієнта.
2. Принцип «Не нашкодь!».
3. Повага до законних прав пацієнта.
4. Дотримання права пацієнта погоджуватися на медичне втручання або відмовлятися від нього.
5. Реалізація права пацієнта на якісну і своєчасну медичну допомогу.

6. Повага до своєї професії.
7. Професійна компетентність.
8. Обов'язок берегти професійну таємницю.

Мета і завдання виробничої практики

Основним завданням модернізації охорони здоров'я є забезпечення надання якісної і доступної медичної допомоги населенню: сучасному суспільству потрібні медичні сестри, що поєднують в собі міцні професійні знання з етичними принципами медичної професії.

Мета дослідження: виявити закономірності, що сприяють ефективному спілкуванню медичної сестри з пацієнтом.

Завдання дослідження:

1. Вивчити рівень товариськості, комунікативних здібностей медичних сестер.
2. Оцінити характер стосунків «медична сестра-пацієнт».
3. Проаналізувати результати, зробити висновки.
4. Розробити рекомендації, пам'ятки для медичних сестер, що покликані сприяти ефективному спілкуванню з пацієнтами.

Об'єкт дослідження: медичні сестри відділень хірургії, урології, травматології, нейрохірургії ЛШМД м. Вінниця і пацієнти, що знаходяться на стаціонарному лікуванні у вищезазначених відділеннях.

Методи дослідження: тестування (методика В. Ряховського) з метою діагностики рівня товариськості, комунікативних здібностей медичних сестер; анкетування з метою діагностики характеру стосунків «медсестра-пацієнт».

Практична значущість – розробка рекомендацій, пам'яток для медичних сестер для організації більш ефективного спілкування з пацієнтом в медичних установах.

Практична частина

Серед 25 медичних сестер ЛШМД м. Вінниця було проведене анкетування з 8 питань (Додаток 1). Серед опитаних медичних сестер загальний стаж роботи

в медичній установі: до 3 років – 8 (32%), 3-5 років – 6 (24%), 5-10 років – 2 (8%), 10-20 років – 7 (28%), 20 років і більше – 2 (8%).

Відповідаючи на питання, чи задоволені вони своєю роботою, 25 (100%) опитаних медсестер відповіли «Так».

На питання про труднощі, що виникають при спілкуванні з пацієнтом, більшість респондентів 24 (96%) відповіли, що таких немає, і лише 1 (4%) медсестра відзначила, що труднощі виникають, якщо пацієнт агресивний і поступив у відділення в нетверезому стані.

Трудове навантаження на робочому місці у 10 (40%) респондентів нормальне, відчувають значне перевантаження 13 (52%) медсестер, а 2 (8%) складно відповісти.

25 (100%) медсестер у своїй професійній діяльності завжди керуються принципами професійної етики і медичної деонтології.

У 20 (80%) опитаних медсестер ніколи не виникало відчуття професійної деформації, а в 5 (20%) інколи траплялися конфліктні ситуації.

На питання щодо методів регуляції емоційного стану, зняття стресу медичні сестри відповіли так: слухають музику – 6 (24%), беруть участь у тренінгових програмах – 6 (24%), читають – 5 (20%), в 13 осіб (52%) стресових ситуацій не було, вони відзначають, що відпочивають працюючи, професійні обов'язки допомагають їм не показувати своїх емоцій.

Для набуття вмінь професійної етики 22 (88%) респондентів пропонують проводити семінари і конференції, 2 (8%) – вважають за потрібне видання буклетів і періодичних видань, запропонували свою участь у «круглому столі» з провідними фахівцями – 1 (4%).

Для дослідження рівня товариськості було проведене експериментальне дослідження, в якому брали участь 25 медичних сестер відділень ЛШМД м. Вінниця. У дослідженні використовувалася методика визначення загального рівня товариськості В. Ряховського (Додаток 2). Був запропонований тест, що складається з 16 питань, який дозволяє визначити рівень комунікабельності людини. Відповідати на питання респондентам необхідно було,

використовуючи три варіанти відповідей – «так», «іноді» і «ні». За підсумками дослідження:

5 (20%) – товариські і в незнайомій ситуації відчують себе впевнено, нові проблеми їх не лякають. Та все ж у спілкуванні з новими людьми є напруження, в суперечках і диспутах беруть участь неохоче.

4 (16%) – люди з нормальною комунікабельністю. Допитливі, охоче слухають цікавого співрозмовника, досить терплячі в спілкуванні, відстоюють свої погляди, не люблять галасливих компаній.

9 (36%) – спілкуються охоче, цікаві, люблять висловлюватися з різних питань, що викликає роздратування тих, хто їх оточує. Охоче знайомляться з новими людьми. Люблять бути в центрі уваги, нікому не відмовляють в проханнях, хоча не завжди можуть їх виконати.

7 (28%) – люблять брати участь у всіх дискусіях, хоча серйозні теми їм не до вподоби. Всюди відчують себе в своїй тарілці. Беруться за будь-яку справу, хоча не завжди можуть успішно довести її до кінця.

Для оцінки характеру стосунків «пацієнт-медсестра» серед пацієнтів відділень ЛШМД м. Вінниця було проведене опитування методом анкетування, що складалося з 10 питань (Додаток 3). У даному дослідженні брали участь 30 чоловік, що знаходяться на стаціонарному лікуванні. Вік опитаних пацієнтів складає: до 30 років – 7 (23%), 30-39 років – 3 (10%), 40-49 років – 4 (14%), 50-59 років – 7 (23%), 60 років і старше – 9 (30%). З 30 опитаних 4 (14%) респонденти відповіли, що не задоволені якістю роботи медичної сестри, а 26 (86%) – висловили задоволення якістю роботи медичної сестри.

На питання, чи спілкуєтеся ви з іншими пацієнтами, більшість опитаних 27 (90%) відповіли «так», 3 (10%) пацієнти відповіли «ні». 9 (30%) пацієнтів звертаються до медсестри на ім'я та по батькові, 8 (26%) звертаються лише за прізвищем, 13 (44%) – за прізвищем або на ім'я та по батькові.

На питання, чи пояснюють медсестри правила прийому лікарських засобів, більшість респондентів – 23 (77%) відповіли «так», 4 (13%) отримали роз'яснення, якщо запитували найменування препарату і призначення, а 3

(10%) респонденти відповіли, що не пояснюють (при цьому пояснили, що повністю довіряють медичним сестрам, оскільки вони виконують всі призначення лікаря).

Під час поступлення медсестри ознайомили з режимом відділення 26 (87%) пацієнтів, а 4 (13%) респонденти відповіли, що їх не ознайомили у зв'язку з тим, що вони поступили в несвідомому стані.

На думку 17 (57%) респондентів медичні сестри дотримуються принципів професійної етики при здійсненні сестринського догляду, але, як відзначають 13 (43%) пацієнтів, інколи вони порушують правила професійної поведінки і підвищують голос.

19 (63%) пацієнтів вважають, що спілкування з медсестрою значно впливає на відновлення здоров'я, вони також відзначають, що до роботи медсестри претензій не мають – медсестри ставляться до них добре. На думку 9 (30%) респондентів, спілкування з медсестрою не впливає на відновлення здоров'я, 2 (7%) складно відповісти на це питання.

На питання, якими якостями повинна володіти медична сестра XXI століття, респонденти відзначили такі якості, як доброта – 11 (36%), чуйність -2 (6%), відповідальність -10 (34%), милосердя і уважність – 7 (24%), також всі 30 (100%) пацієнтів підкреслили, що кожна медсестра повинна мати терпіння.

Висновки

1. У системі взаємовідносин «медсестра – пацієнт» велике значення має індивідуальний стиль роботи медичної сестри. Основними якостями, якими повинна володіти хороша медсестра, є знання, професійні вміння, доброта, здатність до співчуття, милосердя, безмежне терпіння, відповідальність і ввічливість.

2. Величезні навантаження на медсестру при виконанні нею своїх професійних обов'язків не завжди дозволяють проявити потрібні якості в належній мірі.

3. Особа медичної сестри, методи її роботи, вміння поводитися з хворими, володіння техніками ефективного спілкування з пацієнтами – все це повинно бути своєрідними ліками, мати зціляючу дію.

4. Найважливішими якостями медичної сестри вважаються: поважливе ставлення до пацієнта, прагнення допомагати, увага і терпимість, доброта, ввічливість і душевність. Важливу роль відіграють: зовнішній вигляд, вираз обличчя, мовлення медсестри.

5. В умовах медичної установи характер взаємовідносин «медсестра-пацієнт» визначають почуття довіри, наявність конструктивних стосунків.

6. Медична сестра повинна знайти індивідуальний підхід до кожного пацієнта, звертатися на ім'я та по батькові, детально інформувати пацієнта про правила прийому лікарських засобів.

7. Під час вступу пацієнта до медичної установи медсестра знайомить зі структурою лікарні і режимом відділення.

8. Необхідно дотримуватися норм медичної етики під час здійснення сестринського догляду за пацієнтами.

9. Для запобігання професійній деформації медсестри повинні вміти справлятися зі стресами.

Рекомендації медичним сестрам для ефективного спілкування з пацієнтами в медичних установах

1. Індивідуальний підхід до кожного пацієнта: звертатися на ім'я та по батькові, детально інформувати пацієнта про правила прийому лікарських засобів.

2. Необхідно бути уважним, виявити проблеми пацієнта.

3. Уникати використання медичних термінів.

4. Дотримуватися норм медичної етики при здійсненні сестринського догляду за пацієнтами.

5. Поважливе ставлення, прагнення допомагати, увага і терпимість, доброта, ввічливість і душевність. Важливо стежити за власним зовнішнім

виглядом, виразом обличчя, мовленням з метою їх відповідності професійним стандартам.

6. При спілкуванні прагнути підняти настрій, демонструвати доброзичливість, виявляти уважність та інтерес до проблем пацієнта.

7. При догляді за пацієнтом необхідно бути особливо тактовним, постійно нагадуючи про час прийому ліків.

8. Для профілактики професійної деформації у медсестер необхідно вміти справлятися зі стресами, конфліктними ситуаціями.

Література

Етичний кодекс медичної сестри України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://on2.docdat.com/docs/1537/index-13243-1.html>

Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник (ВНЗ I-III р.а.). 3-є вид., випр. – К.: Медицина, 2013. – 200 с.

Ковальова О. М. Деонтологія в медицині: підручник О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук. – Київ: Медицина, 2015. – 240 с.

Масний З. Проблеми деонтології в сучасній українській медицині. – Львів: Літературна агенція «Піраміда», 2010. – 74 с.

Підручник з лікарської етики. Світове лікарське товариство; пер з англ., вид. за ред. Л. Пирога. – К.: Третє тисячоліття, 2009. – 136 с.

Назар П. С., Віленський Б. Г. Основи медичної етики. – К.: Здоров'я, 2002. – 343 с.

Етичний кодекс лікаря України. Український радіологічний журнал. -2010. – №1. – с. 5 – 11.

Додаток 1

АНКЕТА

1. Стаж роботи у відділенні _____

2. Чи задоволені Ви своєю роботою?

а) так;

б) ні.

3. Які труднощі виникають при спілкуванні з пацієнтом? _____

4. Трудове навантаження на робочому місці:

- а) невисоке;
- б) достатнє;
- в) відчуваю значне перевантаження;
- г) складно відповісти.

5. Чи завжди дотримуєтеся принципів етики і деонтології у своїй професійній діяльності? _____

6. Чи було у Вас відчуття професійної деформації? _____

7. Як Ви справляєтеся зі стресами? _____

8. Які заходи Ви рекомендували б проводити для розвитку вмінь медичної етики? _____

Додаток 2

Тест "Оцінка комунікабельності" (В. Ряховський)

Ви очікуєте на ординарну або ділову зустріч. Ви хвилюєтесь?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Чи викликає у Вас незадоволення доручення виступити з доповіддю, повідомленням, інформацією на якій-небудь нараді, зборах?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Чи відкладаєте Ви візит до лікаря до останнього моменту?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Вам пропонують відрядження до міста, де Ви ніколи не бували. Чи прикладете Ви максимум зусиль, щоб уникнути цього відрядження?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Чи Любите Ви ділитися своїми переживаннями з ким би то не було?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Дратуєтесь Ви, якщо незнайома людина на вулиці звернеться до Вас з проханням (показати дорогу, назвати час, відповісти на якесь питання)?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Чи вірите Ви, що існує проблема «батьків і дітей» і що людям різних поколінь складно зрозуміти один одного?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Чи соромитеся Ви нагадати знайомому, що він забув Вам повернути гроші, які позичив кілька місяців тому?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

У ресторані або в їдальні Вам подали неякісну їжу. Ви лише розлючено відсунете тарілку?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Опинившись один на один з незнайомою людиною, чи вступите з нею у бесіду?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Вас жахає довга черга, де б вона не була (у магазині, бібліотеці, касі кінотеатру). Чи відмовитеся Ви від свого наміру, чи встанете в хвіст і будете нудитися в очікуванні?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Чи боїтеся Ви брати участь у будь-якій комісії з розгляду конфліктних ситуацій?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

У Вас є власні суто індивідуальні критерії оцінки творів літератури, мистецтва, культури, і ніяких чужих думок на цей рахунок Ви не сприймаєте. Це так?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Почувши де-небудь явно помилкове твердження з добре відомого Вам питання, чи будете Ви мовчати і не вступите в розмову?

- а) так;
- б) іноді;
- в) ні.

Чи викликає у Вас розпач чиєсь прохання допомогти розібратися в тому чи іншому службовому питанні чи навчальній темі?

- а) так;

б) іноді;

в) ні.

Найбільш охоче Ви викладаєте свої погляди (думки, оцінки) в письмовій формі, ніж в усній?

а) так;

б) іноді;

в) ні.

Додаток 3

АНКЕТА (для пацієнтів)

1. Ваш вік _____

2. Чи задовольняє Вас якість роботи медсестри?

а) так;

б) ні.

3. Чи спілкуєтеся Ви з іншими пацієнтами?

а) так;

б) ні.

4. Чи звертається до Вас медична сестра на ім'я та по батькові? _____

5. Пояснюють Вам медсестри правила прийому лікарських засобів? _____

6. Під час прийому у відділення чи ознайомила вас медсестра з режимом? _____

7. Чи дотримуються медсестри норм медичної етики під час здійснення сестринського догляду? _____

8. Яку характеристику Ви дали б медсестрі вашого відділення (підкресліть):

а) сестра-рутинер;

б) сестра, яка грає завчену роль;

в) «нервова» медсестра;

г) медсестра – «сильна особистість»;

д) медсестра-«рідна мати»;

е) сестра-фахівець.

9. Чи впливає ваше спілкування з медсестрою на відновлення здоров'я? _____

10. Якими якостями повинна володіти медсестра ХХІ століття? _____

**Приклади найвідоміших заповідей і девізів медиків, що
використовувалися на заняттях у процесі формування професійної етики
майбутніх медсестер**

З давніх часів люди відзначали необхідність підтримки здоров'я, важливість медичних знань, значущість лікувальних процедур:

Medicina fructosior ars nulla («Немає мистецтва більш корисного, ніж медицина»);

Omnium profecto artium medicina nobilissima («З усіх наук, безумовно, медицина найблагородніша» (Гіппократ);

Noli nocere («Не нашкодь»);

Arte et hiimantate, labore et scientia («Мистецтвом і людинолюбством, працею і знанням»).

Багато висловів акцентують увагу на здоров'ї як головній цінності:
Valetitudo bonum optimum («Здоров'я – найкраще благо»);

Non est census supersalutis corporis («Немає нічого ціннішого за здоров'я»);

Summum bonum medicinae sanitas («Найвище благо медицини — здоров'я»);

Omnes salvos volumus! («Бажаємо всім здоров'я!»).

Про необхідність ставити на перше місце благо хворого, а не власний меркантильний інтерес нагадують висловлювання:

Praemia cum poscit medicus, Satan est («Якщо лікар вимагає винагороди, то він сатана»).

Важливість уважного ставлення до хворого, його тривоги, страхів і страждань підтверджують афоризми:

Non ridere, nin higrere, neque detestari, sed intellegere («Не сміятися, не плакати, не зневажати, а розуміти»);

Medicus amicus et servus aegrotorum est («Лікар — друг і слуга хворих»).

Про обов'язок зберігати лікарську таємницю застерігає вислів:

Sub rosa («Під трояндою», тобто секретно, зберігаючи таємницю).

Медик повинен глибоко зважувати свої рішення, уникаючи невинновданого ризику і спричинення шкоди пацієнтові; про це попереджають афористичні висловлювання:

Chirurgus mente prius et oculis agat, quam armata manu («Нехай хірург діє розумом і очима, перш ніж озброєною [скальпелем] рукою»);
Quidquid agis, prudenter agas et reprice finem («Щоб ти не робив, роби з розумом і передбачай результат»).

Лікар повинен уміло використовувати слово, яке є не лише засобом спілкування, але і потужним лікувальним чинником:

Medicus oratio («Слово – лікар»).

У той же час необхідно пам'ятати, що негативне слово може погіршити стан здоров'я людини:

Gladiis ferit corpus, animam oratio («Меч ранить тіло, а слово – душу»);

Cave, quid dicas, quando et qui («Думай, що говориш, коли і кому»);

Alia commitenda, alia celanda («Про одне варто говорити, про інше – мовчати»);

Absit iniuria verbis («Нехай слова не ранять!»).

Чи не кожна професійно важлива якість медика, що обумовлює професійно етичну поведінку, знаходить віддзеркалення у латинській афористиці, наприклад:

- загальноморальні якості :

Qui proficit in litteris, sed deficit in moribus, plus deficit, quam proficit («Хто досягає успіхів у науках, але відстає у моральних принципах, той більше відстає, ніж прогресує»);

- поступливість:

Ubi Concordia, ibi Victoria («Де згода, там і перемога»);

Ut sementem feceris, ita metes («Що посієш, те й пожнеш»);

- ввічливість:

Ut salutas, ita salutaberis («Як ти вітаєшся, так привітаються і з тобою»);

- терпіння:

Nemo sapiens, nisi patiens («Ніхто не мудрий, якщо не терплячий»);

Gutta cavat lapidem («Крапля довбає камінь»).

- самовладання:

Imperare sibi maximum imperium est («Володіти собою – найвища влада»);

- прагнення набувати та вдосконалювати свої знання і досвід:

Ne discere cesses («Не припиняй учитися»);

A bove maiore discit arare minor («Гарний результат за гарним прикладом»);

Non progredi est regredi («Не йти вперед, означає йти назад»);

Nulla aetas ad discendum sera («Вчитися ніколи не пізно»);

Repetitio est mater studiorum («Повторення — мати навчання»);

Scientia potentia est («Знання — сила»);

Scio me nihil scire («Я знаю, що нічого не знаю»);

Medicus medico amicus est («Лікар лікаря друг (помічник)»);

Alta alatis patent («Небо для тих, хто має крила»);

Errare humanum est («Людині властиво помилятися»);

Miseris succurrere disce («Учись допомагати нещасним (хворим)»);

Opera et studio («Працею і старанням»);

- оптимізм:

Comple aegrotum bona spe! («Вселяй у хворого надію на краще!»);

- наполегливість:

Niinquam retrorsum («Ніколи не відступати»);

Amat victoria curam («Перемога любить підготовку»);

Abeunt studia in mores («Звичка стає характером»);

- власний приклад:

Cura te ipsum («Зціли самого себе»);

Mens sana in corpore sano («У здоровому тілі — здоровий дух»);

- важливість спілкування:

Facile omnes, cum valetus, recta consilia aegrotis damus («Всі ми, коли здорові, легко даємо поради хворим»);

De lingua slulta incommoda multa («Через порожні (недоречні) слова

бувають великі неприємності»).

Вислови видатних людей про етику та мораль:

Як хочете, щоб із вами поводитися люди, так поведіться і ви з ними (Євангеліє від Матфея).

Етика – цемент науки (Г. Абелєв).

Можна в чомусь не мати рації, але не можна бути неввічливим (Я. Бор).

Брак делікатності свідчить про брак виховання й доброти (П. Буаст).

Рідко так буває, щоб ті, хто не вміє мовчати, вміли добре говорити (П. Буаст).

Так є, і так завжди було,

І слід завжди це пам'ятати:

Котра людина сіє зло,

Вона не може щастя дати.

В. Вихрущ

Жити треба так, щоб не боятися продати свого папугу найбільшій пліткарці міста (В. Гете).

Із двох, хто свариться, більш винен той, хто розумніший (В. Гете).

Криниця без води – просто яма, так і людина без доброти – сама тільки оболонка (В. Гете).

Перед розумним треба схилити голову, а перед добрим – стати на коліна (В. Гете).

Поведінка – це дзеркало, в якому кожен показує своє обличчя (В. Гете).

Етика – наука про стосунки, що існують між людьми, і про обов'язки, що випливають із цих стосунків (П. Гольбах).

Призначення людини – творити добро (В. Даль).

Ввічливість – одна з тих якостей, які можна оцінити належним чином, тільки зазнавши незручностей, коли вона відсутня (С. Джонсон).

Немає вищої святині,

Ніж чисте саяво доброти (О. Довгий)

Життя таке коротке. Поспішай робити добро (О. Довженко).

Нехай ця істина стара –

Людина починається з добра! (Л. Забашта)

На відверте нахабство варто відповідати мовчазним сміхом

(В. Ключевський).

Не роби людині того, чого не бажаєш собі (Конфуцій).

Такт – це вміння не говорити того, що думають усі. Такт – це мистецтво змусити інших думати, що вони знають більше за тебе

(Р. Мортімер).

Ніколи не забувай, що поряд з тобою думки і почуття інших людей

(В. Сухомлинський).

Раз добром зігрите серце

Вік не прохолоне (Т. Шевченко)

Найвища мудрість – відрізнити добро і зло (Сократ).

Етика – наука про відносини між людьми і про обов’язки, що є наслідком цих відносин (П. Гольбах).

Етика є філософією доброї волі, а не тільки доброї дії (І. Кант).

Милосердя – це сила, здатна захистити беззахисне (В. Шекспір).

Співчуття — основа всієї моралі (А. Шопенгауер).

Мораль є вчення не про те, як ми повинні зробити себе щасливими, а про те, як ми повинні стати гідними щастя (І. Кант).

О, коли б ми в ганебних справах були такі ж сором’язливі і боязкі, як це часто ми буваємо боязкі і хибно сором’язливі у порядних вчинках

(Г. Сковорода).

**Притчі та вірші, що були введені в заняття з фахових дисциплін з метою
формування професійної етики майбутніх медичних сестер**

Руки медсестри

От, що Ви не кажіть, а руки медсестри,
Це руки янгола, це руки особливі,
Що вміють «честь мундира» берегти,
Не раз людей спасали від могили.
Цілодобово з нами медсестра,
Це – терапевт, хірург, це – лікар честі,
Часом за зміну вигорить до тла,
А завтра мусить знову службу нести.
Легенький дотик, болі не було,
Дала укол, поставила систему -
І кожен раз несе вона тепло,
Дарує усмішку, неначе хризантему.
Сестричко, дякую за людяність твою,
За те, що у таку важку хвилину,
Ти на посту завжди, як у бою,
Спасаєш до останнього людину.

Віталій Назарук

Про медсестру...

Від першої іскринки й до кінця
Горить свіча, не знаючи прегради.
Боготворить вона свого творця,
Проходячи крізь темряву і ґрати.
Так медсестра, вдягаючи халат,
Уже ніколи справи не полишить.
У стінах увіковічених палат
Творить дива і розбиває тишу.

Горить свіча – і медсестра в роботі,
 Допмагає всюди й повсякчас .
 Проходять дні її в отій турботі,
 Вона живе лише заради нас.
 І хочеться сказати від душі –
 Побережім вогонь цього знамення.
 Допоки манять свічками лучі,
 То й досі є у медсестри натхнення

Mari4ka

Дві медсестри

По знайомим старим коридорам
 Жінка йде, а з очей – два струмки.
 Срібний дзвоник на стінці у холі -
 Тут, здається, завмерли роки.
 Скільки років пройшло? Ой, багато...
 Думка, думка – і згадка проста:
 Як казали їй мама і тато:
 «Будеш скоро і ти медсестра».
 Так казали батьки сивоскронні...
 Пари, залік, екзамен – і ось!
 Був диплом довгожданий в долоні:
 «Як ми раді! Нарешті збулось!» .
 На роботу скоріш – Божа воля!
 І почала ти нести хреста:
 Стогін, кров, нездоров'я, недоля...
 Так, робота у нас непроста.
 ...Тишу дзвоник розрізав сміливо,
 Враз відкрилися двері кімнат.
 Зразу в коледжі все побіліло -
 Вирізняє всіх білий халат.

Галас, сміх, бутерброди, обійми;
 Фельдшери, лаборанти – та ні:
 Де, медсестрочко, ти моя мила?
 Покажись-но скоріше мені!
 Ось вона! Стрімко йде коридором:
 «Мамо! Як добре, що ти вже прийшла!
 Разом підемо хутчіше додому,
 Подивися, як гарно, – на дворі весна!».
 Йдуть разом – до долоні долоня,
 І медична позаду муштра.
 Зараз я вже кажу тобі, доню:
 «Будеш скоро і ти медсестра».

О. Біліченко

Сила притчі

Ви притчі не читайте, як поеми,
 І зміст прихований у них, щоб зрозуміти,
 Всім серцем пережити їх.
 Вам треба найцінніше визначити вміти.
 В житті вони завжди допомагають,
 Хоч долю ти свою не загадаєш.
 Вони на подвиги постійно надихають,
 Лиш треба вдуматись у те, про що читаєш.
 Нас вчать прощати горе і образи,
 Знаходити наснагу до життя,
 Триматись вперто, мудро і щоразу
 Душевній болі не давати вороття.
 Ще мудрість притчі полягає в тому,
 Щоб інших ти не прагнув ображати.
 Ображений хоча й буде страждати,
 Та більш за все – ви будете страждати!

Не тільки мудрості завдання їх навчати,
 А вмінню побороти словом ворогів,
 Умінню вчитись і в житті пізнати
 Те, що до цього ти пізнати не зумів.

О. Сатанівська

Притча

Колись давно в одному місті жив мудрець. Слава про його мудрість рознеслась далеко навколо його рідного міста, люди здалеку приходили до нього за порадою.

Але був у місті чоловік, який заздрив його славі. Прийшов він якось на луг, спіймав метелика, посадив його між зімкнутих долонь і подумав:

– Піду я до мудреця і спитаю у нього: скажи, о наймудріший, який метелик у мене в руках: живий чи мертвий? Якщо він скаже “мертвий”, я відкрию долоні – і метелик полетить. Якщо він скаже “живий”, я зімкну долоні – і метелик помре. От тоді всі й зрозуміють, хто з нас розумніший.

Так все і сталось. Заздрісник прийшов у місто і спитав у мудреця:

– Скажи, о наймудріший, який метелик у мене в руках: живий чи мертвий?

Пильно дивлячись йому в очі, мудрець сказав:

– Все в твоїх руках.

Притча

Одному східному правителю приснився страшний сон. Уві сні він побачив, як один за іншим у нього випали всі зуби. Сильно цим стурбований, він закликав свого тлумача сновидінь. Той дуже уважно вислухав розповідь правителя і сказав: – Мій повелителю, я повинен повідомити тобі погану звістку. Так само, як ти втратив всі свої зуби, ти втратиш одного за іншим всіх своїх близьких. Це тлумачення розгнівало правителя. Тлумач сновидінь, який не зумів сказати нічого хорошого, був кинутий у в'язницю. Потім цар покликав іншого тлумача снів. Той, вислухавши розповідь про сновидінні, сказав: – Мій пан, у мене для тебе хороші вісті. Ти будеш жити довше, ніж інші члени твоєї родини. Ти переживеш їх усіх. Цар зрадів і щедро нагородив тлумача за ці

слова. Придворні були в подиві: – Твої слова майже не відрізнялися від слів твого попередника. Так чому ж він був покараний, а ти отримав нагороду? – запитали вони. Щасливий тлумач снів на це відповів: – Ви маєте рацію. Ми обидва однаково тлумачили сновидіння. Але справа не тільки в тому, що сказати, а й в тому, як це сказати.

Притча

Французький бактеріолог Луї Пастер дослідив у своїй лабораторії культуру вірусу віспи. Несподівано до нього звернувся незнайомець. Він назвався секундантом одного вельможі, якому здалося, нібито вчений образив його. Вельможа вимагав дуелі. Пастер спокійно вислухав посланця та сказав:

– Якщо мене викликають на дуель, я маю право обрати зброю. Ось дві колби: в одній – вірус віспи, в другій – чиста вода. Якщо людина, що Вас прислала, погодиться випити одну з них на вибір – я вип’ю другу.

Дуель не відбулась.

Притча

Три мудреця сиділи в тіні великого дерева і насолоджувалися бесідою. Вони сперечалися про те, що важливіше для людини, – минуле, сучасне або майбутнє. Один з них сказав:

– Моє минуле робить мене тим, хто я є. Я маю те, чого я навчився в минулому. Мені подобаються люди, з якими мені раніше було добре, або схожі на них.

– Я не можу з цим погодитись, – сказав другий, – людину робить її майбутнє. Неважливо, що я знаю і що вмію зараз, я буду вчитися тому, що знадобиться мені в майбутньому. Мої дії зараз залежать не від того, яким я був, а від того, яким я збираюсь стати. Мені подобаються люди, не схожі на тих, кого я знав раніше.

– Ви зовсім випустили з уваги те, – втрутився третій, – що минуле і майбутнє існують тільки в наших думках. Минулого вже немає. Майбутнього ще немає, і залежно від того, згадуєте ви про минуле або мрієте про майбутнє, дієте ви тільки у сьогоденні.

Притча

Купив чоловік собі новий дім, великий, красивий, був там і сад з фруктовими деревами біля будинку. А поруч у старенькій хаті жив заздрісний сусід.

Одного разу прокинувся чоловік у гарному настрої, вийшов на ганок, а там – купа сміття.

Що робити? Свій ганок, прибирати потрібно. А ще – дізнатися, хто це був. І дізнався: заздрісний сусід.

Хотів було піти, посваритися, але вирішив зробити інакше.

Пішов у сад, назбирав самих стиглих яблук і пішов до сусіда.

Сусід, почувши стукіт у двері, злорадно подумав: «Нарешті я дістав його!». Відкриває двері в надії на скандал.

На його подив нікого за дверима не було, лише кошик з яблуками. А на яблуках записка: «Хто чим багатий, той тим і ділиться!».

Притча

Людина йшла берегом і раптом побачила хлопчика, який піднімав щось з піску і кидав у море. Чоловік підійшов ближче і побачив, що хлопчик піднімає з піску морські зірки. Вони оточували його з усіх сторін. Здавалося, на піску – мільйони морських зірок, берег був буквально всіяний ними на багато кілометрів.

– Навіщо ти кидаєш ці морські зірки у воду? – запитав чоловік, підходячи ближче.

– Якщо вони залишаться на березі до завтрашнього ранку, коли почнеться відлив, то загинуть, – відповів хлопчик, не припиняючи свого заняття.

– Але це просто нерозумно! – закричав чоловік. – Озирнись! Тут мільйони морських зірок, берег просто всіяний ними. Твоя робота нічого не змінить!

Хлопчик підняв наступну морську зірку, на мить задумався, кинув її в море і сказав:

– Ні, моя робота змінить дуже багато... для цієї зірки.

Той, хто чекає можливості зробити відразу багато доброго, ніколи нічого

не зробить. Життя складається з дрібниць. Дуже рідко з'являється можливість зробити відразу дуже багато чого. Істинна велич полягає в тому, щоб бути великим у дрібницях (С. Джонсон).

**План-конспект заняття з використанням афористичних висловлювань
щодо медичної етики**

Навчальна дисципліна – «Медсестринство в хірургії».

Вид заняття – практичне

Тема заняття: «Догляд за хворими з хірургічними захворюваннями та ушкодженнями кінцівок».

Мета заняття:

Ознайомитися з:

- поняттям та структурою травматизму;
- основними напрямками лікування судинної патології кінцівок;
- основами етичного діалогового супроводження медичних маніпуляцій.

Знати:

- клінічні прояви травматичних ушкоджень кінцівок та захворювань судин кінцівок;
- основні методи діагностики та лікування судинної патології;
- етапи сестринського догляду за пацієнтами з судинною патологією;
- етичні правила спілкування з пацієнтом та його родичами у випадку неорганозберігаючого оперативного лікування.

Вміти:

- провести сестринську діагностику ушкоджень та захворювань кінцівок;
- надати ПМД при травмах кінцівок різного характеру та локалізації;
- провести проби для виявлення захворювань артерій і вен нижніх кінцівок;
- застосовувати еластичний бинт при судинній патології;
- виявляти пульсацію на артеріях кінцівок;
- підтримувати професійне спілкування при лікуванні та догляді, враховуючи етичні норми та правила.

Актуалізація опорних знань

Орієнтовні питання по темі:

1. Вивихи кінцівок, механізм травми, сестринська діагностика, ПМД, лікування, догляд.
2. Переломи верхніх і нижніх кінцівок механізм травми, сестринська діагностика, ПМД, лікування, догляд.
3. Гнійні захворювання пальців і кисті. Панарицій: види, діагностика, способи оперативного лікування, догляд.
4. Облітеруючий ендартеріт, облітеруючий артеріосклероз, причини, клінічні ознаки, діагностика і лікування.
5. Хвороба Рейно: клінічна картина, діагностика, лікування.
6. Варикозне розширення вен, тромбофлебіт і флеботромбоз; клінічна картина, діагностика, ускладнення і способи лікування.
7. Посттромбофлебітичний синдром: класифікація, діагностика, форми захворювання, лікування.
8. Правила накладання еластичною бинта.
9. Точки виявлення пульсації на артеріях нижніх кінцівок.
10. Проби на дослідження стану прохідності судин та кровопостачання нижніх кінцівок, методики.

Інформаційний блок А

Професійна медична практика свідчить про те, що медик щодня вирішує не тільки клінічні завдання, а й стикається з моральними проблемами вибору тієї чи іншої дії. Щоб уникнути помилки, медична сестра повинна вміти прийняти правильне рішення, що вимагає спеціального морально-етичного знання. Знання та вміння слідувати виробленим медичною спільнотою етичним принципам і правилам визначає одну з підстав професіоналізму лікаря – його моральну культуру. Аналіз окремих випадків з медичної практики дозволить навчити майбутніх медичних сестер застосовувати теоретичні знання про принципи, цінності та правила медичної етики в практичній діяльності.

Спираючись на розглянуті нами етичні положення щодо спілкування медсестри з хворим, як ви розумієте такі латинські афористичні висловлювання, присвячені медичній практиці?

Non ridere, nin higare, neque detestari, sed intellegere («Не сміятися, не плакати, не зневажати, а розуміти»);

Quidquid agis, prudenter agas et reprice finem («Щоб ти не робив, роби з розумом і передбачай результат»);

Facile omnes, cum valemus, recta consilia aegrotis damus («Всі ми, коли здорові, легко даємо поради хворим»);

Comple aegrotum bona spe! («Вселяй у хворого надію на краще!»).

Інформаційний блок Б

Вивихи і переломи верхніх і нижніх кінцівок. Гнійні захворювання пальців і кисті. Панарицій: види, діагностика, способи оперативного лікування. Облітеруючий ендартеріїт, облітеруючий артеріосклероз, причини, клінічні ознаки, діагностика і лікування. Хвороба Рейно: клінічна картина, діагностика, лікування. Варикозне розширення вен, тромбофлебіт і флеботромбоз; клінічна картина, діагностика, ускладнення і способи лікування. Посттромбофлебітичний синдром; класифікація, діагностика, форми захворювання, лікування.

Навчальна практика під керівництвом викладача

Аналіз перебігу захворювання, демонстрування хворих із судинною патологією. Проведення спеціальних проб для виявлення захворювань артерій і вен нижніх кінцівок. З'ясування методів консервативного й оперативного лікування. Участь у проведенні спеціальних методів дослідження тематичних хворих. Догляд за хворими після операцій на судинах, накладання еластичного бинта. Участь медичної сестри в перев'язуваннях хворих з гангренами, у випадку облітеруючого захворювання судин.

Практичні навички:

- накладання еластичною бинта на нижні кінцівки;
- визначення прохідності глибоких вен нижніх кінцівок;
- виявлення пульсації на артеріях нижніх кінцівок;
- догляд за хворими.

Додаткова інформація

Текст для обговорення: В. Вересасв «Записки лікаря»

Закінчуючи університет, я захоплювався медициною і гаряче вірив у неї. Наукові придбання її величезні, дуже багато що в людському організмі нам доступно і зрозуміло; з часом же для нас не буде в ньому жодних таємниць, і дорога до цього зрозуміла. З таким, абсолютно певним ставленням до медицини я приступив до практики. Але тут я знову натрапив на живу людину, і всі мої сталі погляди захиталися. «Значення цього органу ми ще не знаємо», «дії такого-то засобу нам поки абсолютно незрозумілі», «причини походження такої-то хвороби невідомі»... Нехай наукою завойована величезна область, але що з цього, якщо довкруги розкидаються такі неосяжні горизонти, де все ще темне і незрозуміле? Що, по суті, розумію я в хворій людині, якщо не розумію всього, як можу я до неї підступитися? Годинниковий механізм невимірно простіший за людський організм; а тим часом чи можу я взятися за лагодження годинника, якщо не знаю призначення хоч би одного, найнікчемнішого, коліщатка в годиннику?

Так само, як при першому моєму знайомстві з медициною, мене тепер знову вразила безконечна недосконалість її діагностики, надзвичайна хисткість і непевність усіх її свідчень. Лише раніше я сповнювався глибоким презирством до тих, хто створив таку погану науку; тепер же її недосконалість повстала переді мною природним і неминучим фактом.

Бесіда:

1. З якими моральними переживаннями доводиться стикатися початкуючому лікарю?
2. Які етичні орієнтири повинні визначати лікарську практику, на думку автора? На які людські якості має спиратися правильний підхід лікаря до побудови професійних стосунків з пацієнтом?
3. Які моральні принципи мають лежати в основі діагностичної діяльності лікаря?
4. Які етичні засади дозволяють лікарю приймати правильне рішення в складних ситуаціях невиліковних хвороб?

Тести для самоперевірки

1. Який основний вид лікування застосовують у разі закритого перелому без зміщення уламків:

- а) накладання шини;
- б) накладання гіпсової пов'язки;
- в) оперативне лікування;
- г) скелетне витягання;
- д) апаратне лікування?

2. Профілактику якого захворювання медичній сестрі необхідно проводити під час скелетного витягання:

- а) дифтерії;
- б) остеопорозу;
- в) остеомієліту;
- г) лімфангіту;
- д) лімфаденіту?

3. Що таке множинне ушкодження:

- а) декілька однотипних ушкоджень тулуба, кінцівок, голови;
- б) переломи кісток, що супроводжуються ушкодженням внутрішніх органів, головного мозку;
- в) ушкодження, що виникають у разі дії на організм двох вражуючих чинників і більше;
- г) декілька різнотипних ушкоджень тулуба, кінцівок, голови?

4. Які шини застосовують для транспортної іммобілізації:

- а) Белера, Ортнера;
- б) Дітерікса, Крамера;
- в) Дезо, Петренка;
- г) Кохера, Брауна;
- д) Буше, Войтенка?

5. Консервативна терапія варикозного розширення вен нижніх кінцівок не ставить завдання:

- а) сповільнити прогресування захворювання;
- б) зменшити флебогіпертензію і її вплив на тканини;
- в) усунути набряк, свербіж, біль;
- г) досягти повного заживлення виразок;
- д) вилікувати варикозне розширення вен.

6. Які проби дозволяють визначити стан клапанів комунікантних вен:

- а) Троянова-Тренделенбурга;
- б) Мейо-Пратта;
- в) Гаккенбруха;
- г) Дельбе-Пертеса;
- д) Стоцького – Ситковського.

7. Виберіть найбільш характерні суб'єктивні ознаки гострої ішемії кінцівки:

- а) біль при фізичному навантаженні;
- б) відчуття жару в кінцівці;
- в) відчуття парестезій;
- г) відчуття розпирання;
- д) свербіж.

8. Маршова проба дозволяє визначити:

- а) прохідність глибоких вен;
- б) порушення функції остіального клапану великої підшкірної вени;
- в) прохідність комунікантних вен;
- г) прохідність підшкірних вен;
- д) ступінь ішемії сегмента, що досліджується.

9. По ходу великої підшкірної вени на гомілці спостерігається гіперемія шкіри і визначається ділянка болючого затвердіння у вигляді тяжа. Сестринський діагноз:

- а) гострий тромбофлебіт;
- б) гострий флебіт;

- в) лімфангіт;
- г) гематома;
- д) бешихове запалення.

10. Жінка скаржиться на парестезії та мерзлякуватість верхніх кінцівок.

Яку патологію може запідозрити медична сестра:

- а) варикозна хвороба;
- б) тромбоемболія легеневої артерії;
- в) атеросклероз;
- г) хвороба Рейно;
- д) хвороба Більрота?

Алгоритм накладання еластичного бинта.

Мета: оволодіння методикою правильного накладення еластичного бинта на нижню кінцівку.

Оснащення: еластичні бинти, манекен дорослої людини.

Алгоритм виконання навички:

1. Хворого укладають так, щоб нижні кінцівки перебували в піднесеному стані. Найкраще компресійний бандаж накладати вранці, до підйому з ліжка, а знімати ввечері перед сном.
2. Пов'язку накладають при тильному згинанні стопи.
3. Бинтування починають від проксимальних суглобів пальців стопи.
4. Рулон бинта необхідно розкручувати назовні в безпосередній близькості від шкірних покривів.
5. Накладання турів відбувається з легким розтягуванням бинта.
6. Кожен тур бинта повинен перекривати попередній на 50-70%.
7. Бинтування закінчують зазвичай в ділянці відсутності вузлів.
8. Кінець бинта фіксується защіпками.

Увага! При правильно накладеній компресійній пов'язці кінчики пальців злегка синіють, а при початку руху відновлюють свій звичайний колір.

Вирішення ситуаційних завдань

Завдання

У відділенні знаходиться чоловік 37 років з діагнозом: облітеруючий ендартеріт лівої нижньої кінцівки. Суха гангрена I-II пальців лівої стопи. Після проведеного дослідження було вирішено питання про необхідність оперативного лікування. 3 дні тому пацієнту була проведена ампутація. Післяопераційний період відбувався без особливостей. Палатна М/с звернула увагу, що пацієнт постійно лежить, боячись рухатися, хоча сильні болі відсутні. Пацієнт не знає, що робити з куксою, вважає, що життя скінчилося і він нікому не потрібен.

При огляді: пов'язка суха. АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в хв., температура 36,8⁰ С. Патології з боку інших органів і систем не виявлено.

Завдання

1. Визначте проблеми пацієнта; сформулюйте цілі і складіть план сестринського догляду за пріоритетною проблемою з мотивацією кожного сестринського втручання.

2. Проведіть бесіду з пацієнтом про принципи реабілітації після перенесеної ним ампутації пальців стопи.

3. Охарактеризуйте вид некрозу у пацієнта (на ілюстрації).

4. Накладіть пов'язку на куксу.

Еталон відповіді

Проблеми пацієнта

Справжні проблеми:

- порушення цілісності шкіри (післяопераційна рана);
- помірний біль в післяопераційній рані;
- дефіцит самодогляду;
- дефіцит знань про свій стан;
- депресія пов'язана з ампутацією.

Потенційні проблеми: ризик приєднання вторинної інфекції

Пріоритетна проблема: депресія, пов'язана з ампутацією.

Мета короткострокова: пацієнт до виписки зі стаціонару психологічно адаптується до свого стану.

План	Мотивація
1. М/с буде щодня обговорювати з пацієнтом його проблеми.	Для психологічної адаптації пацієнта до свого стану
2. М/с проведе бесіду з родичами пацієнта.	Для забезпечення психологічної підтримки пацієнта
3. М/с навчить пацієнта користуватися милицями.	Для залучення пацієнта в активне життя
4. М/с забезпечить консультацію психотерапевта.	Для ліквідації дефіциту знань про свій стан.
5. М/с пояснить пацієнту про можливість протезування і дасть рекомендації про його спосіб життя після виписки.	

Студент проводить етичну бесіду з пацієнтом про принципи реабілітації після перенесеної ним ампутації пальців стопи.

Студент охарактеризує вид некрозу у пацієнта на представлений ілюстрації.

Студент демонструє на муляжі техніку накладення пов'язки на куксу відповідно до алгоритму.

Практичні завдання, спрямовані на набуття знань і вмінь з професійної етики медичних сестер

Після морально-етичної бесіди студенти склали стандарти, які відображають ідеали, до яких медичні сестри повинні прагнути як фахівці медичної професії і як соціально-відповідальні члени відповідних професійних спільнот. Стандарти в сукупності покликані скласти повноцінне керівництво, до якого практикуючі медичні сестри можуть звертатися при зіткненні з професійними або етичними дилемами, і діють як орієнтир, за яким можна

судити про поведінку в професійних питаннях. Стандарти можуть розширюватися з часом з різних обставин, але принципи залишаються незмінними.

Етичні стандарти для медичних сестер

Форма: набір моральних принципів і стандартів, покликаних спрямовувати поведінку медичних сестер у їхній професійній сфері. Кожен з представлених стандартів містить основний принцип, з якого виокремлюються подальші стандарти.

Стандарти:

1. Стандарти ведення пацієнта.
2. Стандарти професійної практики.
3. Стандарти щодо професійної спільноти.
4. Стандарти щодо роботи з іншими медпрацівниками.
5. Стандарти досліджень.
6. Соціальні стандарти.
7. Комерційні стандарти.
8. Стандарти навчання і наставництва.
9. Стандарти, що регулюють відносини з медичною індустрією.

1. Стандарти догляду за пацієнтом.

1.1 Загальний принцип.

Хороший догляд за пацієнтом залежить від медичної і технічної кваліфікацій, клінічного мислення, особливостей спілкування, співробітництва і використання методів захисту здоров'я. Медична сестра повинна доглядати пацієнта з гідністю, чесністю, доброчесністю і завжди діяти в його інтересах.

1.2. Стандарти

Медичній сестрі варто:

- Діяти в інтересах пацієнта.
- Ставити здоров'я пацієнта і догляд за ним вище всіх інших міркувань.
- Надавати своєчасну, в межах своєї компетенції, допомогу особам, чие життя або здоров'я в небезпеці через хворобу або травми.

- Здійснювати догляд за пацієнтом без дискримінації за віком, статтю, расою, сексуальною орієнтацією, національністю, обмеженими фізичними або розумовими здібностями, релігією або культурою.

- Забезпечити конфіденційність інформації про пацієнта і підтримувати її в усіх аспектах лікування в межах закону.

- Отримувати інформовану згоду пацієнта на всі втручання.

- Забезпечувати пацієнта правдивою і точною інформацією про стан його здоров'я.

2. Стандарти професійної практики

2.1. Загальний принцип

Медична сестра повинна намагатися забезпечити найвищу якість допомоги.

2.2. Стандарти

Медичній сестрі варто:

- Виконувати за призначенням лікаря лише ті процедури, в яких вона кваліфікована в результаті спеціального навчання або досвіду, не соромитись скористатися допомогою колег при потребі.

- Підтримувати свою компетентність у технічних можливостях, теоретичних знаннях і професіоналізмі, не відставати від досягнень науки та практики.

- Активно брати участь в аналізі клінічних ситуацій.

- Поєднувати інновації та науку з моральними цінностями.

- Не вводити в оману щодо своєї професійної кваліфікації, навчання, досвіду або здібностей.

- Надавати пацієнтові максимальну допомогу, включаючи направлення пацієнта до відповідних фахівців.

- Забезпечити операційну безпеку для пацієнтів.

- Підтримувати точні записи відповідної інформації про пацієнта і його стан здоров'я.

- Бути належно одягненою, дотримуючись вимог з гігієни та ввічливості.

- Поважати закони, етичні стандарти і релігійні вірування при використанні донорських людських тканин.
- Поважати місцеві особливості медичної практики і традицій за умови дотримання етичних стандартів.
- Прагнути мінімізувати витрати і зусилля, що вимагаються від пацієнта на весь період лікування.
- Контролювати розумовий, емоційний та фізичний стан лікаря при виконанні ним своїх обов'язків.

2.3. Взаємовідносини з пацієнтом

Медичній сестрі варто:

- Поважати бажання пацієнта
- Намагатися ефективно спілкуватися з пацієнтом, його родичами, опікунами.
- Бути чуйною і усвідомлювати, що різні повір'я, досвід, цінності та культура можуть впливати на те, як пацієнт розуміє, приймає рішення і відповідає.
- Обговорювати діагноз пацієнта, обстеження і лікування доступним для нього способом.
- Забезпечувати пацієнта рекомендаціями відповідно до розпоряджень лікаря.
- Забезпечувати пацієнтові, його родичам, опікунам чи законним представникам можливість спілкування з медиками.
- Бути відкритою і чесною, зокрема коли у пацієнта виникли ускладнення або побічні ефекти від лікування.
- Повідомити лікаря, коли необхідна процедура для пацієнта не входить в компетенцію медичної сестри.
- Підтримувати конфіденційність всієї інформації, отриманої від пацієнта, крім випадків, коли інше відповідає закону або узгоджено з пацієнтом.
- Утримуватись від входження в зв'язок сексуального характеру з пацієнтом.

3. Стандарти професійної спільноти.

3.1. Загальний принцип.

Медичній сестрі необхідно бути відповідальним членом свого професійного співтовариства і уникати вчинків, які можуть завдати шкоди репутації медичного працівника.

3.2. Стандарти.

Медичній сестрі варто:

- Підкорятися закону і усвідомлювати відповідальність за його дотримання.
- Підтримувати прозорий і справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я.
- Виступати за покращення особистого і громадського здоров'я, коли це доречно.

4. Стандарти щодо роботи з іншими медпрацівниками.

4.1. Загальний принцип

Безпечне і ефективне ведення пацієнта включає в себе медичних сестер, які тісно співпрацюють зі всіма членами медичної команди, поважають знання і погляди всіх колег.

4.2. Стандарти.

Медичній сестрі варто:

- Спілкуватися з колегами з повагою.
- Поважати кваліфікацію, знання та досвід інших працівників охорони здоров'я.
- Конструктивно брати участь у колегіальних обговореннях.
- Підтримувати поважливий професійний діалог, враховуючи інтереси пацієнта.
- Надавати допомогу колегам у випадках, коли професійні стандарти ведення пацієнта нижче можливого рівня.
- Поважати думку іншого медика, якщо була консультація.

- Утримуватися від участі в якості експерта-свідка в судових справах, якщо це неможливо буде зробити правдиво.

- Вирішувати вільно і відповідально, чи потрібно направляти пацієнта на спеціалізовану діагностику або лікування і до кого саме його направляти.

- Унеможливлувати будь-які впливи третіх осіб на принципи догляду за пацієнтами.

5. Стандарти досліджень

5.1. Загальний принцип

Медичній сестрі необхідно усвідомлювати і дотримуватися етичних, правових та наукових критеріїв медичних досліджень. Дослідження, за своєю природою, несе ризик невідомих побічних явищ від втручань. Пацієнтів потрібно інформувати про всі відомі ризики, ці ризики по відношенню до пацієнта повинні бути мінімізовані.

5.2. Стандарти

Медичній сестрі варто:

- Проводити дослідження під егідою акредитованих етичних дослідницьких комітетів, де це можливо.

- Інформувати об'єкт дослідження про природу дослідження, пропонувати повну інформовану письмову згоду.

- Вважати благополуччя конкретного пацієнта найважливішим моментом дослідження, незалежно від цінності дослідницького проекту.

- Зберігати за всіма пацієнтами право на вихід з дослідження в будь-який час і надання неупередженої інформації про їх лікування.

- Чітко фіксувати результати досліджень, уникати конфліктів інтересів.

6. Соціальні стандарти

6.1. Загальний принцип

Медичній сестрі варто переконатися в тому, що спілкування з громадськістю відображає соціальні зобов'язання медичної сестри і відображає максимальну чесність.

6.2. Стандарти

Медичній сестрі варто:

- Спілкуватись з громадськістю етично і професійно.
- Не вводити в оману про свою професійну кваліфікацію, навчання, досвід або здібності.
- Не надавати завідомо неправдиву інформацію.
- Унеможливити ненадання суттєвої інформації.
- Унеможливити використання страху пацієнта з метою маніпуляції або самозбагачення.

7. Комерційні стандарти

7.1. Загальний принцип

Медичні сестри традиційно користуються повагою і довірою суспільства, в якому вони працюють і варто демонструвати стандарти етичної поведінки, які забезпечують і підтримують це.

7.2. Стандарти

Медичній сестрі варто:

- У випадку, коли з пацієнта стягується плата за професійні послуги, проконтролювати прийнятний рівень оплати.
- Оголошувати всю суму оплати, включаючи майбутні витрати за наступні етапи лікування.
- Бути чесною щодо будь-яких можливих конфліктів інтересів.
- Бути чесною у фінансових і комерційних аспектах.
- Рекомендувати тільки ті тести, обладнання, ліки або процедури, які, перш за все, слугують інтересам пацієнта, а не фінансовій вигоді.
- Інформувати про спонсорство від третіх осіб у діагностичних і лікувальних послугах, які використовуються під час ведення пацієнтів.

8. Стандарти навчання і наставництва

8.1. Загальний принцип

Медичні сестри отримали свій професійний статус завдяки тому, що їх навчили цьому їх попередники. Медичні сестри повинні передати свої знання наступному поколінню, щоб забезпечити рух професії вперед і надавати

пацієнтам найкраще з доступного лікування. Медичні сестри повинні відігравати активну роль у навчанні наступного покоління, особливо тих, хто нещодавно отримав кваліфікацію. Медичні сестри визнають, що у них є професійний обов'язок контролювати, вчити і бути прикладом для наслідування наступному поколінню фахівців.

8.2. Стандарти

Медичній сестрі варто:

- Проводити спостереження, яке зводить до мінімуму ризику для пацієнта і підтримує відповідальність за благополуччя пацієнта.
- Прийняти обов'язок вчити і готувати майбутній медичний персонал.
- Відзначати вивчення медичної етики.
- Забезпечувати навчання команди.
- Забезпечити самоперевірку і рефлексію за рахунок клінічних розглядів.
- Працювати як професійний тренер по відношенню до колег.
- Підтримувати впевненість тих, хто вчиться, у безпеці на робочому місці щодо їх власного фізичного, розумового та емоційного здоров'я.

9. Стандарти, що регулюють відносини з медичною індустрією

9.1. Загальний принцип

Медичні сестри визнають, що медична індустрія може відігравати важливу роль, сприяючи покращенню якості ліків, методик, досліджень. Медичні сестри також усвідомлюють, що занадто велика залежність від взаємин з постачальниками матеріалів, ліків та методик може бути небезпечною. Етична поведінка при роботі з медичною індустрією має слугувати інтересам пацієнта.

9.2. Стандарти

Медичній сестрі варто:

- Впевнитися, що використання нових ліків, обладнання та іншої підтримки від медичної індустрії в першу чергу обумовлене турботою про пацієнта, а не виступає способом накопичення фінансових винагород.
- Приймати застосування лише тих методів лікування і втручань, запропонованих медичною індустрією або її представниками, які були схвалені в

результаті необхідного процесу з урахуванням місцевих законів і за призначенням лікаря.

- Підтримувати секретність медичних карт, баз даних або іншої, пов'язаної з пацієнтом інформації, і ні в якому разі не розкривати подібну інформацію компаніям та іншим комерційним структурам з метою реклами або контактування з зазначеним пацієнтом з метою комерційної наживи.

- Орієнтувати навчання медичних сестер у напрямі знань, заснованих на принципах доказовості, а не на інтересах інших осіб.

Медико-етичні завдання

Завдання 1. Медсестра входить в палату, щоб роздати таблетки. Пацієнтка Н. спить після важкої процедури, а за часом вона повинна прийняти ліки. Дії медсестри. Сконструйте розмову з пацієнткою.

Завдання 2. У витверезник поступив чоловік у нетверезому стані. Після надання першої допомоги медсестрою, він попросив її не відзначати ні в яких документах цей випадок і не повідомляти на роботу про те, що трапилося. Обіцяв медсестрі винагороду. Дії медсестри. Сформулюйте відповідь.

Завдання 3. Під час обходу в палаті в присутності пацієнтів та студентів лікар в грубій формі робить Вам зауваження з приводу того, що Ви не виконали його призначення (про це тільки що сказала пацієнтка). Дії медсестри.

Завдання 4. У стаціонарі пацієнт випадково почув розмову лікаря і медсестри і дізнався про те, що його стан набагато гірше, ніж він припускав. Дії медсестри. Сконструйте розмову з пацієнтом.

Завдання 5. У палаті лежали дві хворі жінки з одним і тим же захворюванням. Однією з них робили ін'єкції, які їй допомагали, і вона стала одужувати. Інша приймала таблетки, і їй здавалося, що вони абсолютно марні. Вона попросила медсестру, щоб та ввела їй таке ж ліки. Медсестра в різкій формі відмовила пацієнтці, після чого стан останньої погіршився. У чому помилка медсестри? Сконструйте розмову з пацієнткою.

Завдання 6. Медсестра направила пацієнта кардіологічного відділення, який переніс недавно інфаркт, в кабінет ЕКГ. По дорозі в кабінет йому стало погано. Про це повідомили медсестрі. У чому помилка медсестри? Сконструйте розмову з лікарем, з родичами хворого.

Завдання 7. Пізно ввечері до відділку приходять родичі пацієнта і наполягають на його відвідуванні. Дії медсестри. Сконструйте розмову з пацієнтом, з родичами пацієнта.

Задача № 8. У матеріально забезпеченій сім'ї, що складається з 3-х чоловік, сімнадцятирічна дочка народила дитину. Батьки поставилися до цього

з розумінням. Але дочка не любить дитину, він для неї небажаний. Якими повинні бути дії медсестри під час перебування молодої матері у пологовому відділенні? Під час патронажу дитини вдома? Сконструйте розмову з молодою матір'ю.

Завдання 9. Виписують пацієнта. Родичі раді цьому і прийшли в відділенні подякувати медсестрі, яка доглядала за пацієнтом. У подарунок їй родичі принесли букет квітів і коштовний годинник. Дії медсестри. Сконструйте розмову з родичами пацієнта.

Завдання 10. У відсутності медсестри на посаді пацієнт К. відкрив свою історію хвороби (вона лежала на столі) і дізнався з неї передбачуваний діагноз хвороби. Увечері він відмовився від вечері, лежав на ліжку, не встаючи, ні з ким не хотів розмовляти. Дії медсестри. Сконструйте варіанти розмови з пацієнтом.

Завдання 11. У палаті, де лежить тяжкохворий пацієнт, між двома іншими пацієнтами стався конфлікт. Вони кричали один на одного, розмахували руками. Один з них заплакав. Дії медсестри. Сформулюйте, що б Ви сказали пацієнтам.

Завдання 12. Емоційно нестійкою і вразливою пацієнтці сусідка по палаті повідомила, що на її ліжку незадовго перед надходженням пацієнтки в відділення, померла від раку молода жінка. Пацієнтка плакала і вимагала поміняти їй матрац, ковдру і подушку – оскільки вважала, що «заразиться на рак». Яка тактика медпрацівника в даній ситуації? Щоб ви сказали новій пацієнтці?

Завдання 13. Увечері до чергової медсестри терапевтичного відділення звернувся пацієнт зі скаргою на раптовий сильний головний біль і попросив таблетку, щоб зменшити біль. Тактика медсестри. Сформулюйте, що ви скажете пацієнту.

Завдання 14. До медсестри хірургічного відділення звернулися товариші по роботі пацієнта, бажаючи дізнатися діагноз його захворювання, з якого приводу його оперували. Яка тактика медсестри. Сконструйте відповідь.

Завдання 15. Старша медсестра поліклініки посилає Вас на прийом замість хворої медсестри до лікаря, з яким у вас погані взаємини. Що ви будете робити? Змодельуйте розмову зі старшою медичною сестрою.

Завдання 16. Пізній вечір. Прийом лікаря в поліклініці закінчений. Медсестра затрималася в кабінеті, чекаючи свого сина. В цей час до кабінету увійшла жінка, яка скаржилася на головний біль, нудоту, запаморочення. Тактика медсестри. Змодельуйте розмову з пацієнткою.

Завдання 17. Медсестра прийшла в будинок до самотнього пацієнтові, щоб зробити ін'єкцію. Вона була у нього напередодні, стан був середньої тяжкості. На дзвінки двері ніхто не відчиняв. Тактика медсестри.

Завдання 18. Після відвідин родичів пацієнт, якому наступного дня чекає складна операція, засмучений, схвилюваний, стан його погіршився. Тактика медсестри. Змодельуйте розмову з пацієнтом.

Завдання 19.

Хворий М., 54 роки. Перебуває на лікуванні в хірургічному стаціонарі, з приводу пухлини в легені. Медична сестра, яка виконувала призначення лікаря, під час чергової маніпуляції, сказала пацієнтові, що його стан безнадійно і лікування не принесе ніяких результатів, можливо у нього розвинеться рак легені. В результаті хворий М. зробив спробу самогубства, його родичі написали скаргу до органів охорони здоров'я і подали позов про компенсацію заподіяної моральної шкоди.

Відповідь (правильна). Спілкування з пацієнтом передбачає передачу лише тієї інформації, яка сприяє його швидкому одужанню, мобілізації його ресурсів. Медична сестра не мала права передавати всю ту інформацію, якою володіють фахівці. Поведінка медсестри можна кваліфікувати як психологічну ятрогенію. Тому краще сказати менше, ніж сказати зайве. Якщо у пацієнта виникають питання з приводу хвороби і її прогнозу, було б правильніше сказати: «Я із задоволенням би обговорила з вами цю тему, я розумію, що вам важливо знати все це, але, на жаль, я не володію інформацією в повному обсязі, тому рекомендую вам поговорити про це з вашим лікарем».

Відповідь (неправильна №1). При спілкуванні з пацієнтом медсестра має право повідомити йому про стан його здоров'я, поінформувати про випадки захворювання і ефективність лікування. Відповідь (неправильна №2). Медсестра не має права розповідати пацієнтові про його діагноз. Але може інформувати про діагноз, лікування та прогноз його родичів і знайомих.

Завдання 20.

Картка пацієнта знаходиться в філії медичної організації. Пацієнту необхідно її взяти, щоб піти на прийом до лікаря, який приймає в іншій філії цієї медичної організації. У реєстратурі йому в грубій формі відмовили, заявивши, що це не його справа і ніхто ніякі картки пацієнтам давати не повинен.

Відповідь (правильна). Уважно вислухавши прохання пацієнта, медичний реєстратор повинен був заспокоїти його і ввічливо сказати, що він готовий допомогти у вирішенні цієї ситуації. Фрази «Це не ваша справа», «Картки пацієнтам не повинні давати» неприйнятні. Реєстратор зобов'язаний видати карту, реєструючи цей факт у журналі.

Відповідь (неправильна №1). Медичний реєстратор повинен мовчки ігнорувати репліки пацієнта, не вступати з ним в переговори і конфлікти.

Відповідь (неправильна №2). Медичний реєстратор повинен сказати, що це його не стосується, а свої проблеми пацієнт може вирішити через завідувача поліклінікою.

Завдання 21.

Пацієнтка, записана на прийом до лікаря, зайшла до кабінету, де знаходилася медична сестра. Медсестра на питання «А де лікар?» відповіла, щоб пацієнтка закрила двері з іншого боку і навчилася читати оголошення на дверях. Жінка була обурена грубою відповіддю. З'ясувавши, що доктор захворів, а заради прийому вона відпросилася з роботи, вона сказала про це медсестрі. На що та відповіла, що це її проблеми. Пацієнтка зателефонувала зі скаргою на гарячу лінію з проханням розібратися з грубою поведінкою медичного персоналу.

Відповідь (правильна). У професійні обов'язки медичної сестри входить допомога лікареві в організації прийому пацієнтів, тому інформування хворих про зміни годин прийому необхідно зробити завчасно самостійно або через реєстратуру. Якщо це не зроблено заздалегідь, медсестра повинна була принести вибачення хворій («Ми приносимо вибачення за доставлені незручності ...») і запропонувати їй зручний для неї час наступного прийому. В даному випадку ми спостерігаємо грубе невиконання професійних обов'язків і порушення етичних норм.

Відповідь (неправильна №1). Медсестра повинна була промовчати і ігнорувати репліки пацієнта. Вона не зобов'язана пояснювати пацієнтові, що йому робити в цьому випадку.

Відповідь (неправильна №2). Медсестра повинна була відправити пацієнтку до завідувача поліклінікою для вирішення її проблеми, пояснивши, що медсестри рішенням таких проблем не займаються.

Завдання 22.

У хворої після виконання ін'єкції в ділянці ліктьового згину з'явилася велика гематома. Вона звернулася до старшої сестри відділення з вимогою провести бесіду зі своїми підлеглими, пояснюючи свою вимогу тим, що процедурна медична сестра неуважна, недобросовісно ставиться до своїх обов'язків. Старша медична сестра була обурена скаргою пацієнтки і запропонувала звернутися до приватної клініки, оскільки в неї всі медсестри перевантажені і не можуть бути уважні до кожного пацієнта.

Відповідь (правильна). Старша медична сестра, отримавши скаргу від пацієнта на процедурну медсестру, повинна була вирішити конфлікт, що виник, на місці. По відношенню до хворої – принести вибачення і виконати медичні маніпуляції, які полегшать її стан. Хворі не повинні знати про труднощі і перевантаження персоналу. Такі слова є порушенням корпоративних правил поведінки. Вимоги до виконання медичних маніпуляцій для державних клінік і приватних – загальні. Такими словами старша медсестра порушила головний етичний принцип роботи, що полягає в тому, що пацієнт і його задоволеність

якістю наданої медичної допомоги – це головне. Старша медсестра повинна отримати пояснювальну записку від процедурної медсестри з приводу інциденту і розібрати цей випадок у колективі для запобігання подібним ситуаціям у майбутньому.

Відповідь (неправильна №1). Старша медична сестра повинна була негайно викликати процедурну сестру і змусити її вибачитися перед пацієнткою.

Відповідь (неправильна №2). Старша медична сестра повинна була позбавити премії недобросовісну медсестру і попередити, що якщо подібне повториться, то вона звільнить її з роботи.

Завдання 23.

Хвора К., 75 років. Прийшла по запису на прийом до лікаря. Виявилося, що її амбулаторної картки немає. Медична сестра сказала, щоб вона йшла в реєстратуру і взяла там свою карту або нехай сидить і чекає, коли її принесуть. Через 30 хвилин очікування картку так і не принесли. Медична сестра сказала, що карту хворої загубили. Жінка стала обурюватися, що її карту постійно не можуть знайти. На що медсестра їй відповіла: «А я тут до чого? Ось хто загубив, тому і пред'являйте претензії». Виник конфлікт, після якого жінка написала скаргу головному лікарю.

Відповідь (правильна). У наявності помилки організації лікувального процесу в поліклініці. Картка хворої повинна була знаходитися в кабінеті лікаря, тому що хвора була записана на прийом заздалегідь. Якщо картка відсутня, то медична сестра повинна сама вирішити цю проблему, не включаючи до цього хвору і не обговорюючи з нею це.

Відповідь (неправильна №1). Необхідно було заспокоїти пацієнтку і продовжити пошуки картки, скільки б часу це не зайняло.

Відповідь (неправильна №2). Пацієнтці варто відмовити в прийомі і записати її на інший день, пояснивши, що до цього часу картка обов'язково знайдеться.

Завдання 24.

Дівчина, 25 років. Звернулася зі скаргою до завідуючого хірургічним відділенням, де на лікуванні перебувала її мама. Жінці провели операцію, після якої категорично забороняється прийом їжі протягом 2-х днів, не попередивши її про це. На зауваження дівчини палатна медична сестра нагрубилася, сказавши, що вона не зобов'язана за цим стежити.

Відповідь (правильна). Ефективність лікування після хірургічної операції визначається не тільки успішністю оперативного втручання, але й якістю подальшого сестринського догляду. Це як раз входить у прямі обов'язки медичної сестри, яких вона не виконала.

Відповідь (неправильна №1). Необхідно пояснити дівчині, що медичних кадрів не вистачає і догляд за пацієнтами повинні здійснювати самі родичі.

Відповідь (неправильна №2). Запропонувати родичам у наступний раз найняти платну доглядальницю, яка забезпечила б належний догляд.

Завдання 25.

Бабуся з онукою прийшли на прийом до дільничного педіатра без запису. Дівчинка погано себе почуває, кашляє, є температура. Виявилось, що в черзі є люди по запису і не по запису. Виникла суперечка, хто повинен заходити першим. З кабінету вийшла медична сестра і сказала, що якщо вони будуть кричати, як навіжені, то лікар приймати взагалі нікого не буде. Бабусю з онукою не пропустили. Через довге очікування і нервові збудження у бабусі виник серцевий напад.

Відповідь (правильна). Цей інцидент стався у поліклініці через неправильну організацію прийому пацієнтів. Важливо, щоб потоки хворих з гострим станом і повторні прийоми були розведені по різних кабінетах. Пацієнти з гострим станом повинні бути прийняті негайно. Якщо медичний персонал поліклініки бачить наростання конфліктної ситуації у черзі до лікаря, його прямим обов'язком є якнайшвидше врегулювання виниклого напруження і суперечки серед пацієнтів, запобігання конфліктній ситуації. У даному прикладі поведінка медичної сестри є непрофесійною, вона порушує етичні

принципи і правила. Її завданням було вникнути в суть ситуації, запропонувати оптимальний спосіб її вирішення, можливо, узгодити з завідувачем поліклінікою шляхи надання невідкладної допомоги хворим.

Відповідь (неправильна №1). Бабусю з онукою необхідно було відправити додому. Пояснити їм, що потрібно в таких випадках викликати ШМД.

Відповідь (неправильна №2). Необхідно було запропонувати бабусі з онукою пройти на прийом до іншого педіатра, де черга менша. Або записатися на інший день.

Завдання 26.

Пацієнт через непередбачені обставини на роботі запізнився на прийом до лікаря. Медична сестра викликала до кабінету суворо за записом і попросила почекати, коли з'явиться «вікно». Пацієнт прочекав більше години в черзі. Чоловік став обурюватися, на що медична сестра сказала, що він сам винен і не треба було спізнюватися. Чоловік став скандалити.

Відповідь (правильна). Медична сестра, регулюючи потік пацієнтів суворо за записом, пропонуючи хворому почекати, коли з'явиться «вікно», не врахувала того, що очікування може бути тривалим і це буде незручно хворому. Більш розумною була б така стратегія: «Мені дуже шкода, що ми не маємо можливості прийняти вас зараз, ви можете почекати, але, швидше за все, доведеться чекати довго. Ми можемо обговорити з вами інший, більш зручний для вас час наступного візиту, щоб у лікаря було достатньо часу якісно надати вам допомогу».

Відповідь (неправильна №1). Треба було пропустити чоловіка позачергово.

Відповідь (неправильна №2). Чоловіка необхідно було відправити до іншого лікаря, в якого менша черга або запропонувати йому сходити в приватну медичну організацію, де йому якісно і швидко нададуть медичну допомогу без черг.

Ситуаційні завдання

1. Лікар-реаніматолог рекомендує батькам для покращення стану новонародженого з респіраторним дістрес-синдромом придбати сурфактант

імпортного виробництва, за який отримає матеріальну винагороду від представників фірми-виробника. При цьому він не повідомляє батькам інформацію про існування інших, настільки ж ефективних і дешевших аналогів вітчизняного виробництва. Які стимул-реакції визначають рекомендації лікаря?

3. У приймальне відділення лікарні з місця ДТП машиною «швидкої допомоги» у важкому стані доставлена дівчина 25 років. Під час операції була констатована клінічна смерть, проведення реанімаційних заходів не приносило позитивного ефекту. З донорського центру поступила пропозиція про вилучення неушкоджених органів для трансплантації, проте реаніматологи продовжували реанімаційні заходи. Якими морально-етичними поглядами керувалися лікарі-реаніматологи?

4. У поліклініку поступив виклик додому до чоловіка 47 років, що страждає на артеріальну гіпертонію. Був оглянутий дільничним терапевтом, поставлений діагноз «гіпертонічна криза». Призначена консультація невролога. При огляді неврологом з'явилася підозра на субарахноїдальний крововилив, але хворий категорично відмовлявся від госпіталізації, кажучи, що це звичайна криза і все обійдеться. Лише завдяки наполегливості невролога і завідувача поліклінікою хворого вмовили лягти в лікарню, де діагноз субарахноїдального крововиливу був підтверджений, призначено відповідне лікування, і після курсу терапії хворий був виписаний практично здоровим. З якими моральними цінностями була пов'язана наполегливість лікарів?

5. Старша сестра відділення страждає на демієлінізуюче захворювання головного мозку. На тлі терапії, що проводиться, вдається добитися мінімально прогресуючих змін, проте незворотні зміни вже є, і вони обмежують трудовий режим. Вона продовжує працювати у відділенні, проте не справляється зі своїми обов'язками. Частина колективу жаліє її, частина вважає, що вона повинна перейти на посаду нижче або звільнитися. Щодня виникають конфлікти на тлі неузгодженості в роботі персоналу відділення. Лікарі, оцінюючи конфліктну ситуацію, порадили їй залишити пост. В умовах браку

кадрів завідувача відділенням залишила жінку виконувати обов'язки старшої сестри. Які мотиви визначають рішення завідувачої відділенням?

6. На прийом у платну неврологічну клініку приходить пацієнтка 20 років зі скаргами на головний біль, напади якого почастишали під час підготовки до екзаменаційної сесії. При клінічному обстеженні жодної соматичної чи неврологічної патології не виявляється. Для отримання максимального прибутку лікар наполегливо рекомендує пацієнтці пройти велику кількість досліджень, у тому числі і не виправданих, хоча і нешкідливих для дівчини. Які інтереси визначають рекомендації лікаря?

2. У приймальне відділення лікарні за «швидкою допомогою» був доставлений пацієнт у стані алкогольного сп'яніння з непроникаючим ножовим пораненням передньої черевної стінки. Пацієнт у нецензурній формі відмовився від медичної допомоги, наніс побої медичній сестрі, потім забрався в машину «швидкої допомоги». Співробітники приймального відділення спільно з бригадою «швидкої допомоги» насильно ввели пацієнтові седативні препарати, після чого обробили рану. Які мотиви керували діями медиків?

9. На прийом до лікаря звернувся пацієнт з діагнозом: «гіпертонічна хвороба». Були рекомендовані біологічно активні добавки, поширенням яких займався лікар, хоча він знав про їх невелику ефективність у цьому випадку. Які інтереси визначили рекомендації медика?

10. Лікар надає медичну допомогу незалежно від соціального стану пацієнта, а також незалежно від свого власного стану (виключаючи ті випадки, коли лікар сам важко хворий). У непередбачених ситуаціях поза медичною установою лікар не повинен ухилятися від надання медичної допомоги, у тому числі за місцем проживання, навчання і відпочинку, при зверненні до нього по екстрену медичну допомогу або пораду. Які етичні традиції формують таку поведінку лікаря?

11. Завідувач терапевтичним відділенням відмовив у госпіталізації важкохворому пацієнтові, аргументуючи родичам своє рішення безперспектив-

ністю пацієнта і, як наслідок, підвищенням стаціонарної смертності. Які етичні принципи лежать в основі аргументації завідувача відділенням?

12. У косметичній клініці хворому була проведена ліпосакція, видалена жирова тканина надалі була використана для здобуття стволових клітин, про що пацієнтка не була поінформована. Який принцип був порушений лікарями клініки?

15. Хворий оперується з приводу апендициту. На операції виявлено ознаки раку сліпої кишки. Виконується радикальна операція. Метастази не встановлені. Згідно з яким принципом хворий після операції був поставлений до відома про причини розширення обсягів операції?

16. Батьки звернулися до лікаря зі скаргами на зростаючу м'язову слабкість у дитини 5-ти років. Після обстеження лікар поставив діагноз: прогресуюча м'язова дистрофія (важке захворювання, що призводить до смерті, лікування його не розроблене). Згідно з яким принципом медичної етики лікар повинен повідомити батькам про діагноз, прогноз захворювання – неухильно прогресуючий перебіг хвороби, коли м'язова слабкість буде зростати, дитина втратить здатність ходити, потім перестане сама сидіти, потім не зможе користуватися руками?

17. Поранений під час затримання злочинця міліціонер був доставлений у лікарню. Після обробки рани йому необхідне переливання крові в зв'язку з великою крововтратою. Однак кров цієї групи є для іншого хворого, який повинен оперуватися в плановому порядку. Черговий хірург приймає рішення використовувати наявний запас крові і скасовує планову операцію, поставивши до відома про це пацієнта. Який морально-етичний принцип визначив рішення лікаря?

Відповіді: 1 – НПТ; 2 – НПТ; 3 – ІДТ; 4 – НПТ; 5 – НПТ; 6 – ІДТ; 7 – ІДТ; 8 – НПТ; 9 – ІДТ; 10 – НПТ; 11 – НПТ; 12 – Інф.; 13 – М.; 14 – Інф.; 15 – П.; 16 – Мор.; 17- С.

Скорочення: НПТ – натуралістично-прагматичний тип етичних теорій; ІДТ – ідеалістично-деонтологічний тип етичних теорій; Інф. – Інформована згода; М. – Милосердя; П. – Правдивість; Мор. – Моральний учинок; С. – Справедливість.

Використання ділових ігор у навчальному процесі з метою формування професійної етики майбутніх медичних сестер (з прикладами правильних рішень)

Ситуація

У хірургічному відділенні знаходиться пацієнт з діагнозом: захворювання шлунка. Пацієнта турбує біль в епігастрії, не пов'язана з прийомом їжі. За останні 3 місяці він схуд на 8 кг. Зазначає зниження апетиту, відраза до м'ясної їжі, відчуття переповнення в шлунку після прийому їжі. Іноді сам для полегшення викликає блювоту. При обстеженні виявлено, що пухлина розташована в пілоричному відділі шлунка. На огляді лікар сказав пацієнту, що на нього чекає операція, після чого пацієнт став хвилюватися, в розмові з сестрою висловив побоювання, що навряд чи перенесе операцію, так як його знайомий помер від подібної операції.

Завдання

1. Визначте проблеми пацієнта; сформулюйте цілі і складіть план сестринського догляду за пріоритетною проблемою з мотивацією кожного сестринського втручання.
2. Складіть і узгодьте з пацієнтом план підготовки до операції.
3. Підготуйте все необхідне для визначення групи крові.

Еталон відповіді

Проблеми пацієнта:

- зниження маси тіла;
- постійний біль в епігастральній ділянці;
- зниження апетиту;
- відраза до м'ясної їжі;
- страх перед майбутньою операцією.

Пріоритетна проблема: страх перед майбутньою операцією.

Мета короткострокова: пацієнт подолає страх перед майбутньою операцією.

План	Мотивація
1. М/с щодня по 5-10 хв. буде обговорювати з пацієнтом його страхи і хвилювання.	- надати моральну підтримку;
2. М/с, відповідаючи на питання пацієнта, ознайомить його з методами знеболювання, планом передопераційної підготовки, перебігом післяопераційного періоду.	- вселити впевненість пацієнта в то, що всі дії медпрацівників спрямовані на профілактику ускладнень під час наркозу і післяопераційного періоду;
3. М/с познайомить пацієнта з хворими, які перенесли вдало подібну операцію	- підкріпити свої слова словами іншого пацієнта, який переніс таку ж операцію;
4. М/с забезпечить моральну підтримку пацієнта з боку родичів.	- надати моральну підтримку пацієнту з боку близьких людей;
5. М/с організовує дозвілля пацієнта.	- відвернути пацієнта від думок про несприятливий результат операції;
6. До моменту операції м/с переконується, що пацієнт подолав страх.	– оцінити свої дії .

Студент складе і узгодить з пацієнтом план передопераційної підготовки:

1. Напередодні операції ввечері погодувати пацієнта легкою вечерею і попередити його, щоб вранці він не приймав їжу і питво.
2. На ніч зробити очисну клізму.
3. Ввечері провести повну санітарну обробку.
4. За призначенням лікаря на ніч дати снодійні препарати.

5. Ранком у день операції:

- а) виміряти температуру;
- б) поставити очисну клізму;
- в) поголити операційне поле;
- г) за призначенням лікаря промити шлунок через зонд;
- д) перед премедикацією запропонувати пацієнтові помочитися;
- е) провести премедикацію;
- ж) відвезти пацієнта на каталці в операційну.

Студент виконає маніпуляції відповідно до алгоритму.

Ситуація

У пацієнтки з приводу раку молочної залози проведена радикальна мастектомія. В післяопераційному періоді запропоновано провести курс хіміотерапії. Пацієнтка засмучена, тому що проведений передопераційний курс хіміотерапії перенесла погано: випадало волосся, під час хіміотерапії відзначала слабкість, нудоту, блювоту. В загальному аналізі крові відзначалися зміни. У розмові з м/с висловлює сумнів у необхідності проведення хіміотерапії.

Завдання

1. Визначте проблеми пацієнтки; сформулюйте цілі і складіть план сестринського догляду за пріоритетною проблемою з мотивацією кожного сестринського втручання.

2. Проведіть бесіду з пацієнткою про необхідність продовження хіміотерапії відповідно до рекомендацій лікаря.

3. Накладіть пов'язку на молочну залозу.

Еталон відповіді

Проблеми пацієнта:

- сумніви в необхідності проведення хіміотерапії;
- страх з приводу можливих ускладнень майбутньої хіміотерапії;
- випадання волосся.

Потенційна проблема: ризик метастазування.

Пріоритетна проблема: страх з приводу можливих ускладнень майбутньої хіміотерапії.

Мета короткострокова: пацієнтка переконається в необхідності проведення хіміотерапії і подолає страх з приводу можливих її ускладнень.

План	Мотивація
1. М/с 1 раз на день проводитиме бесіду з пацієнткою протягом 5-10 хвилин про необхідність лікування хіміопрепаратами, запевняючи її в тому, що багато негативних проявів (нудоту, блювоту) можна згладити медикаментозною терапією.	Переконати пацієнтку в можливості зняття негативних проявів хіміотерапії.
2. М/с переконає пацієнтку, що після хіміотерапії волосся відновиться. Познайомить пацієнтку з хворою, яка пройшла раніше хіміотерапію.	Морально-психологічна підтримка пацієнтки.
3. М/с порекомендує пацієнтці носити перуку, поки не відросте волосся.	Зменшення косметичного дефекту, підтримання психологічно комфортного стану.
4. М/с відповість на питання пацієнтки щодо мети проведення хіміотерапії. Підбере пацієнтці необхідну літературу.	Розширити рівень знань пацієнтки про можливості хіміотерапевтичного лікування.
5. М/с проведе бесіду з родичами пацієнтки.	Морально-психологічна підтримка пацієнтки.
6. До 4-5 дня пацієнтка погодиться з думкою М/с про необхідність хіміотерапії.	Визначити ефективність заходів м/с.

Студент проводить бесіду з пацієнткою про необхідність продовження проведення хіміотерапії відповідно до рекомендацій лікаря.

Студент виконає маніпуляції згідно з алгоритмом накладення пов'язок.

Ситуація

Пацієнтка прооперована з приводу механічної непрохідності кишковика. Під час операції виявлено пухлину сигмовидної кишки і накладена колостома. На 2-ий день після операції пов'язка почала рясно промокати кишковим вмістом. Пацієнтка засмучена, пригнічена, її турбує ставлення родичів до неї. Вона вважає, що буде тягарем для сім'ї дочки, з якою проживає. Найбільше її турбує наявність кишкової нориці. Вона має сумніви, що зможе сама забезпечити догляд за шкірою в ділянці нориці.

ЗАВДАННЯ

1. Визначте проблеми пацієнтки; сформулюйте цілі і складіть план сестринського догляду за пріоритетною проблемою з мотивацією кожного сестринського втручання.
2. Проведіть бесіду з пацієнткою про принципи захисту шкіри навколо нориці, порекомендуйте необхідні препарати.
3. Зберіть набір інструментів для операції на органах черевної порожнини.

ЕТАЛОН ВІДПОВІДІ

Проблеми пацієнтки:

Наявні:

- калова нориця;
- порушення цілісності шкірних покривів (операційна рана);
- обмеження рухової активності;
- дефіцит само догляду;
- дефіцит знань з догляду за коло стомою;
- відчуття неповноцінності;
- страх перед майбутнім життям у родині.

потенційні:

- ризик виразки шкіри навколо нориці;

- ризик метастазування.

Пріоритетна проблема: кишкова нориця, дефіцит знань з догляду за норицею.

Мета короткострокова: у пацієнтки не виникне за час перебування в стаціонарі грубих змін шкіри.

Мета довгострокова: до моменту виписки пацієнтка і її дочка після навчання, проведеного медсестрою, зможуть самостійно здійснювати догляд за шкірою навколо нориці.

План	Мотивація
1. М/с в міру забруднення пов'язки буде проводити її зміну з обробкою шкіри навколо нориці.	Захистити шкіру пацієнтки від подразнення, мацерації, виразки.
2. М/с навчить пацієнтку і її дочку догляду за шкірою навколо нориці: - 1-2-3 рази на день буде проводити перев'язки в присутності родичів, пояснюючи їм необхідність частих перев'язок, способи видалення калових мас зі шкіри, знайомлячи з препаратами для захисту шкіри, демонструючи виготовлення імпровізованого калоприймача з перев'язувального матеріалу; - протягом 4-5 днів проконтролює правильність дій пацієнтки і її дочки, внесе корективи; - протягом 7-8-9 днів навчить пацієнтку і її дочку користуватися калоприймачем, проконтролює їхні	Навчити пацієнтку і дочку догляду за шкірою і користуванням калоприймачем.

дії.	
3. М/с проведе бесіду з пацієнткою про характер харчування і прийом рідини.	
4. М/с проведе бесіду з родичами про необхідність моральної підтримки пацієнтки.	Психологічна підтримка пацієнтки.
5. Перед випискою пацієнтки М/с проконтролює правильність виконання маніпуляцій.	Оцінити ефективність своєї роботи і рівень знань пацієнтки.

Студент проводить бесіду з пацієнткою про принципи захисту шкіри навколо нориці.

Рекомендує використовувати густий вазелін, цинкову пасту, ліфузоль.

Студент виконає маніпуляції згідно з алгоритмом.

Ситуація

У нейрохірургічному відділенні знаходиться пацієнт з діагнозом: закритий перелом 4-5 поперекових хребців з ушкодженням спинного мозку. Рвана рана правої кисті. М/с заступила на чергування, під час розпитування виявила, що травма сталася 2 тижні тому. На даний час біль пацієнта не турбує. При огляді пацієнта М/с виявила наявність постійного катетера в сечовому міхурі, під гомілки підкладені поролонові прокладки. М/с опрацювала спину пацієнта камфорним спиртом, змела крихти, поправила постільну білизну. Для профілактики розвитку контрактур гомілковостопних суглобів поставила під стопи упор. Оглядаючи кисть, зазначила, що пов'язка суха, лежить добре. Біля ліжка пацієнта постійно чергує родич.

Завдання

1. Визначте проблеми пацієнта; сформулюйте цілі і складіть план сестринського догляду за пріоритетною проблемою з мотивацією кожного сестринського втручання.

2. Проведіть бесіду з пацієнтом і його родичем про сучасні принципи профілактики пролежнів.

3. Накладіть пов'язку «рукавиця».

Еталон відповіді

Наявні проблеми пацієнта:

- відсутність рухів і чутливості нижніх кінцівок;
- дренований сечовий міхур;
- порушення цілісності шкіри правої кисті.

Потенційні проблеми пацієнта:

- ризик виникнення нетримання калу і сечі;
- ризик розвитку пролежнів;
- високий ризик інфікування дренованого сечового міхура;
- ризик розвитку атрофії м'язів;
- ризик розвитку пневмонії.

Пріоритетна проблема: дренований сечовий міхур, високий ризик його інфікування.

Мета: запобігання інфікуванню сечовидільної системи за час перебування в стаціонарі.

План	Мотивація
1. М/с щоденно проводитиме промивання сечового міхура теплим розчином фурациліну 1: 5000 або 0,1% р-ном перманганату калію в кількості 50-100 мл.	Для профілактики запалення сечового міхура.
2. М/с забезпечить відтік сечі в сечоприймач.	Для попередження потрапляння інфекції висхідним шляхом.
3. М/с візуально контролює колір і кількість виділеної за добу сечі.	Для виявлення зміни сечі (пластівці, каламуть, кров).
4. Протягом доби не рідше 6 разів	Для попередження потрапляння

забезпечить спорожнення сечоприймача, а потім дезінфікувати його 0,5% р-ном хлораміну.	інфекції в сечовивідні шляхи.
5. М/с не рідше 1 разу на 5 діб забезпечить дослідження сечі в лабораторії.	Для ранньої діагностики запального процесу в сечовидільній системі.

Студент проводить бесіду з пацієнтом і його родичем про принципи профілактики пролежнів.

Студент виконає маніпуляції відповідно до алгоритму.

Ситуація

До хірургічного кабінету звернулися жінка зі скаргами на сильні болі в області правої молочної залози. Дитині два тижні, вигодовування грудне.

При огляді: визначається болючий інфільтрат до 6 см у діаметрі в верхньо-зовнішньому квадранті правої молочної залози, над ним гіперемія, пахвові лімфовузли справа збільшені і болючі, підвищення температури до 39⁰ С.

Завдання

1. Визначте проблеми пацієнтки; сформулюйте цілі і складіть план сестринського догляду за пріоритетною проблемою з мотивацією кожного сестринського втручання.

2. Проведіть з пацієнткою бесіду про профілактику можливого рецидиву захворювання.

3. Накладіть пов'язку на праву молочну залозу.

Еталон відповіді

Проблеми пацієнта

Справжні проблеми:

- сильний біль у правій молочній залозі;
- підвищення температури;
- голодна дитина;
- застій молока.

Потенційні проблеми: ризик виникнення абсцесу молочної залози.

Пріоритетна проблема: біль у правій молочній залозі і застій молока внаслідок розвитку лактаційного маститу.

Мета короткострокова: зменшити біль і відновити лактацію.

План	Мотивація
1. М/с виконає призначення лікаря: - введе в сосок антибіотик, розведений у новокаїні; - проконтролює прийом препаратів лактин і парлодел.	Зняти запалення, знеболити, зняти спазм молочних проток і покращити лактацію.
2. Накласти підтримуючу пов'язку на молочну залозу.	Створити спокій і зменшити біль.
3. Проведе бесіду про причини і заходи з профілактики розвитку маститу.	Усунути дефіцит знань і попередити рецидив.
4. М/с буде здійснювати масаж залози, зціджування молока.	Зняти запалення і знеболити.
5. М/с супроводить пацієнтку на фонофорез.	Зменшити застій, знеболити.

Оцінка: біль зменшився, лактація відновлена. Мета досягнута.

Студент проводить бесіду з пацієнткою про причини і заходи профілактики розвитку лактаційного маститу.

Профілактика маститу:

- підготовка сосків перед пологами;
- обробка сосків перед годуванням;
- гігієна шкіри, одягу;
- зціджування молока після годування.

Студент накладає пов'язку на молочну залозу.

Ситуація

Пацієнт перебуває в хірургічному відділенні з приводу апендектомії. Оперований 3 дні тому. Післяопераційний перебіг без особливостей. Однак до вечора 3-го дня піднялася температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, з'явилося нездужання, озноб, пульсуючі болі в області післяопераційної рани. При огляді післяопераційного шва відзначається набряк, почервоніння, 3-и шва прорізалися.

Завдання

1. Визначте проблеми пацієнта; сформулюйте цілі і складіть план сестринського догляду за пріоритетною проблемою з мотивацією кожного сестринського втручання.

2. Поясніть пацієнтові характер ускладнення, його можливі причини.

3. Зніміть шви з рани.

Еталон відповіді

Справжні проблеми пацієнта:

- пульсуючий біль в області післяопераційної рани;
- підвищення температури;
- почервоніння і набряк країв рани;
- порушення цілісності шкірних покривів (післяопераційна рана).

Пріоритетна проблема: пульсуючий біль в області післяопераційної рани внаслідок нагноєння.

Мета короткострокова: у пацієнта зменшиться біль, зникнуть ознаки запалення в післяопераційній рані.

План	Мотивація
1. М/с викличе лікаря.	Для отримання призначень.
2. М/с обробить, за призначенням лікаря, шкіру навколо рани.	Для запобігання поширенню запалення.
3. М / с, за призначенням лікаря, обробить край рани антисептиками, зніме шви, при потребі введе дренаж,	Для забезпечення відтоку гною з рани.

накладе пов'язку з гіпертонічним розчином.	
4. М/с забезпечить спостереження на хворим (пульс, ЧДД, температура, артеріальний тиск).	Для контролю за загальним станом пацієнта.
5. За призначенням лікаря, забезпечить курс протизапальної терапії.	Для зняття ознак запалення і дезінтоксикації.

Оцінка: зник пульсуючий біль в післяопераційній рані, ознаки запалення зменшилися. Мета досягнута.

Студент пояснює пацієнту характер ускладнення, його можливі причини.

Студент демонструє на муляжі зняття швів.

**Тематика проектів, присвячених професійно-етичним стосункам
медичного персоналу з суб'єктами лікування**

1. Історія розвитку медичної етики.
2. Зв'язок загальноетичних норм розвитку суспільства з нормами медичної етики.
3. Світова тенденція розвитку медичної етики.
4. Нормативно – правова база медичної етики в Україні та світі.
5. Особливості етичної поведінки між колегами у медичному колективі.
6. Особливості етичної поведінки по вертикалі влади в установах медичного профілю.
7. Особливості етичної поведінки у відносинах з пацієнтом.
8. Особливості етичної поведінки при спілкуванні з родичами хворого.
9. Особливості етичної поведінки при догляді за післяопераційними хворими.
10. Особливості етичної поведінки при догляді за невиліковними хворими.
11. Особливості етичної поведінки при догляді за онкологічними хворими.
12. Особливості етичної поведінки при догляді за хворими у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.
13. Особливості етичної поведінки при догляді за хворими похилого віку.
14. Ятрогенії: класифікація, наслідки, способи уникнення.
15. Етичний погляд на трансплантологію, правила забору донорських тканин.
16. Клонування – небезпека для людства чи стрибок у майбутнє?

17. Наслідки порушення етичних постулатів для пацієнта та медичного працівника.
18. Етичні норми спілкування з пацієнтами у соціальних мережах.
19. Перспективи розвитку етичної медицини у зв'язку з впровадженням електронних медичних баз пацієнтів.
20. Особливості взаємовідносин у тріаді медична сестра-дитина-батьки.
21. Професійний злочин у сфері медичної діяльності.
22. Репродуктивна етика і втручання в репродукцію людини.
23. Морально-етичні проблеми штучного аборту.
24. Деякі аспекти евтаназії як моральної проблеми медичної діяльності.
25. Етичні проблеми, що виникають при діагностиці смерті мозку.
26. Історія розвитку хоспісів у світі і в Україні.
27. Етичні проблеми клінічних досліджень лікарських засобів.
28. Основні етичні принципи проведення експерименту на людині.
29. Міжнародно-правові акти, що регламентують проведення експериментів.
30. Етичні принципи біомедичних досліджень на людині.
31. Етичні проблеми трансплантології. Основні вимоги до проведення трансплантації органів у міжнародних документах і українському законодавстві.
32. Медична генетика і геномна медицина. Етичні принципи проведення геномних досліджень людини.
33. Специфіка прояву основних принципів етики в психіатрії.
34. Етичні критерії просування лікарських засобів на ринок.
35. Актуальні питання деонтології в онкохірургічній практиці.

Вправи, спрямовані на формування вербальної і невербальної складової професійно-етичної поведінки

Методика «Асоціації». В її основі лежить уявлення про те, що в кожної людини на певне слово або поняття виникають індивідуальні асоціації, що відображають «семантичне поле» даного поняття. Ці близькі людині «семантичні поля» певним чином характеризують пріоритетні напрями її життя, коло інтересів і, отже, особливості особистості.

Для написання асоціативного ряду студенти протягом однієї хвилини записують всі слова, що асоціюються зі словом «медик». Слова, які виокремлюють студенти як асоціативний ряд, записуються на дошці по групах, що об'єднані загальним семантичним значенням.

За результатами використання методики найбільш чисельною виявилася група «атрибути й інструменти» (халат, шапочка, маска, скальпель тощо). Наступною за чисельністю була група зі словами, що характеризували працівника медичного профілю (лікує, рятує, працелюбний, розумний, відповідальний тощо).

Аналізуючи результати створення асоціативного ряду, ми звертали увагу студентів на те, яке місце відводять вони професійно важливим особистісним якостям лікаря.

Вправа 1. Етика мовлення

Дійові особи – пацієнт, медична сестра.

Завдання: за допомогою спілкування з'ясувати проблеми пацієнта, намітити план їх вирішення.

Вправа 2. Етика жестів

Дійові особи – пацієнт, медична сестра.

Завдання: лише за допомогою жестів та міміки, з'ясувати проблеми пацієнта, намітити план їх вирішення.

Вправа 3. Комплексна етика

Дійові особи – пацієнт, медична сестра.

Завдання: використовуючи вербальні і невербальні методи взаємодії, розв'язати клінічну ситуацію.

Обговорення, висновки.

Завдання 1

Розробіть мовні кейси для етичних ситуацій, які дозволили б вирішити конфлікти, що виникли у взаємодії «лікар-медична сестра», «медична сестра-хворий», «медична сестра-родичі хворого».

Наприклад:

- Ви невдало виконали маніпуляцію...
- Родичі пацієнта не задоволені умовами догляду...
- Поведінка пацієнта заважає Вам виконувати професійні обов'язки...
- Немає можливості своєчасно зробити обстеження...
- Довготривале очікування пацієнтом обстеження...
- Довготривале очікування пацієнтом призначення...
- Незадоволення пацієнта ціновою політикою закладу...
- Ваш пацієнт – дитина...

Завдання 2

Підберіть із мовного кейса слова, які найбільше підходять для врегулювання ситуації, що зображена в роздатковому матеріалі, з позиції медичної етики.

Дайте відповіді на питання:

1. Про які особистісні якості говорить обличчя мед. сестри на цій картині?
2. Як ви гадаєте, як медична сестра зараз звертається до лікаря, до пацієнта?
3. Як ви гадаєте, ситуація конфліктна? Чому?
4. В якому стані знаходиться пацієнт на зображеннях? Чому?
5. Які слова сказали б Ви на місці медика?
6. Який вираз обличчя медичної сестри повинен бути у цій ситуації?
7. Яка жестикуляція найприйнятніша у зображеній ситуації?
8. Що Вам найбільш імпонує в образі медика?

9. Виберіть ситуації, які потребують етичної корекції.





