МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

**Тишкевич-Львова Євгенія Василівна**

На правах рукопису

УДК: 318.147:614.253.5

Магістерська робота

# ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТАМИ

2230.1 – науковий співробітник
(сестринська справа, акушерство)

**Науковий керівник:**
доктор педагогічних наук, професор кафедри
педагогіки вищої школи та суспільних дисциплін
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
проф. Мельничук І.М.

Тернопіль – 2021

# ЗМІСТ

**ВСТУП** ..... 3

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТАМИ** ..... 7

1.1. Сучасна освітня парадигма підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами ..... 7

1.2. Основні етичні принципи в роботі медичної сестри ..... 14

1.3. Аспекти медичної етики і деонтології ..... 17

1.4 Ключові проблеми роботи медичної сестри та її моральна відповідальність ..... 25

Висновки до розділу ..... 29

**РОЗДІЛ 2. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТАМИ** ..... 30

2.1 Професійно-етична взаємодія, готовність майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами: операціоналізація понять ..... 30

2.2. Інтерактивні технології як інноваційний методологічний орієнтир у підготовці майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами ..... 42

2.3. Потенціал інтерактивних технологій у вдосконаленні підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами ..... 47

2.4 Організація та результати експериментального дослідження ..... 53

Висновки до розділу ..... 58

**ВИСНОВКИ** ..... 601

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ** ..... 62

**ДОДАТКИ** ..... 713

# ВСТУП

**Актуальність і постановка проблеми дослідження**. Орієнтація вітчизняної професійної освіти на загальнокультурний розвиток особистості майбутніх фахівців історично є однією з найбільш значущих пріоритетних тенденцій розвитку. Це повною мірою стосується середньої медичної освіти. Медичні сестри традиційно займали особливе місце в ієрархії медичних працівників. Їхня особистість завжди співвідносилася з ідеалами любові, справедливості, милосердя, співчуття, з людиною, готовою допомогти кожному, хто цієї допомоги потребує.

Розвиток сучасної загальносвітової і вітчизняної медичної практики свідчить, що відійшов у минуле погляд на діяльність медичної сестри як пасивного помічника лікаря, що виконує його приписи. Змінилися вимоги до професійного статусу сучасної медичної сестри, які стали визначатися професійною спрямованістю і аксіологічними характеристиками особистості (етичними, моральними, духовними). Професійна діяльність медичних сестер стала будуватися з урахуванням розвитку мотивації до професійного зростання і готовності до професійної взаємодії з пацієнтами (здатність до встановлення контактів з пацієнтами на основі співпраці, співпереживання, співчуття, на основі рефлексії і перцептивної ідентифікації). Тим не менш, нині вітчизняна медична середня професійна освіта має певні проблеми: в змісті підготовки недостатня увага приділяється вивченню професійно-етичної взаємодії з пацієнтами; недостатньо використовуються інтерактивні технології навчання на основі проблемності, контексту, діалогу, суб'єктності; відсутнє методичне забезпечення щодо використання кейсів і етичних дилем.

Концептуальні положення Проекту Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. (2015 р.), Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України (2014 р.), Наказу Міністерства охорони здоров'я України «Про введення в дію складових галузевих стандартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного

рівня молодшого спеціаліста галузей знань «Медицина» та «Фармація»» (2011 р.) та Програми розвитку медсестринства України на 2005–2010 рр. (2005 р.) актуалізують потребу формування духовно-моральних якостей (гуманізму, відповідальності за якість діяльності та сумлінне виконання професійного обов'язку) особистості майбутньої медсестри як основи становлення всього комплексу функцій соціально зрілої особистості, сукупності її відносин з навколишнім світом.

Проблеми етики і деонтології сестринського персоналу були і залишаються актуальними на сучасному етапі розвитку медицини. Професіоналізм медсестри визначається не лише тим, наскільки вона добре володіє навичками сестринської діяльності, а й умінням організувати сприятливий психоемоційний клімат в лікувальній установі, оскільки цей чинник впливає на якість наданих медичних послуг. Сучасному суспільству потрібні медичні сестри, що поєднують в собі ґрунтовні професійні знання з моральними принципами медичної професії. Нині все більше завойовує свої позиції гуманістична медицина, в якій у процесі лікування відводиться важливе місце гуманного ставлення, взаємоповаги і емоційної взаємодії між медичним працівником і пацієнтом. Ключовими моментами в лікуванні та реабілітації має етичне виховання, деонтологічні підходи середніх медичних працівників, оскільки більшу частина лікувального процесу пацієнт перебуває під наглядом медичної сестри.

У сучасній науці сформувалися певні теоретичні передумови для розробки проблем підготовки медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами. Для нашого дослідження найбільш значущими видаються дослідження в сфері загальних проблем розвитку особистості (І. Мельничук); роботи в сфері біомедичної етики та деонтології (Л. Бачинська, М. Васильєва, Г. Губенко, Е. Есатова, Н. Касевич, Х. Козак, Д. Терешкевич та ін.); дослідження в сфері вивчення особистості медичної сестри і її готовності до професійної медичної діяльності (Ю. Колісник-Гуменюк, О. Маркович, Л. Поєдинцева та ін.); дослідження в сфері психологічних і педагогічних проблем професійної

підготовки медичних сестер (С. Поплавська, М. Шегедин, О. Щербак та ін.); дослідження в сфері проблем соціальної взаємодії, загальних питань спілкування та професійного медичного спілкування (О. Біда, З. Карпенко, В. Климчук, А. Саблук, С. Ястремська та ін.).

Проте, до нині у вітчизняній науці недостатньо вивчені проблеми комунікативно-етичної підготовки майбутніх медичних сестер, що є одним із значущих перешкод, ускладнюють ефективну професійно-етичну взаємодію медичних працівників середньої ланки з пацієнтами.

Актуальність та недостатня розробка у педагогічній, психологічній, медичній та соціально-педагогічній науці та практиці досліджуваної проблеми визначили тему нашої магістерської роботи «**Підготовка майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами**».

**Мета дослідження** полягає в розробці практичних завдань, ділових та рольових ігор, ситуаційних завдань для вдосконалення у майбутніх медичних сестер готовності до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

Відповідно до мети визначено такі завдання:

1. Вивчити основи медичної етики і деонтології в сестринській справі.

2. Визначити сутність професійно-етичної взаємодії медичних сестер з пацієнтами.

3. Встановити зміст готовності майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

4. Охарактеризувати потенціал інтерактивного навчання у підготовці майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

5. Апробувати практичні техніки, ситуаційні вправи, ігри та завдання для формування готовності майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

*Об'єкт дослідження* – готовність майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

*Предмет дослідження* – практичні шляхи формування готовності майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

Для вирішення поставлених завдань використовувалися такі методи:

- теоретичні методи: аналіз філософської та психолого-педагогічної літератури, навчально-програмної документації з проблеми дослідження; вивчення та узагальнення досвіду професійної підготовки медичних сестер; теоретичне узагальнення результатів дослідження;

- емпіричні: (спостереження, опитування тестування, експеримент). Кількісна і якісна перевірка даних проводилася з використанням статистичних методів дослідження.

**Теоретична значення дослідження**. Представлені теоретичні положення магістерської роботи щодо можливості ефективної підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами на основі використання інтерактивних технологій можуть використані у методичних розробках для роботи практикуючих медсестер.

**Практичне значення дослідження.** Діагностичний матеріал, розроблені ситуаційні завдання (кейс-стаді) та додатки можуть бути корисними для вдосконалення практичної діяльності соціальних працівників, а також з метою вдосконалення підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами. Матеріали дослідження можуть бути корисні під час написання методичних рекомендацій, навчальних програм, а також у процесі підвищення кваліфікації медсестер у системі післядипломної освіти.

**Експериментальна база.** Дослідження виконано на базі Миколаївського базового медичного фахового коледжу Миколаївської обласної ради. У досліджені були задіяні 112 студентів коледжу під час вивчення навчальної дисципліни «Основи психології та міжособове спілкування».

**Структура та обсяг магістерського дослідження.** Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел (94 джерела) та додатків. Загальний обсяг магістерської роботи становить 84 сторінки друкованого тексту, основний зміст викладено на 61 сторінці. Роботу ілюстровано 6 таблицями.

# РОЗДІЛ 1
# ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТАМИ

## 1.1. Сучасна освітня парадигма підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами

Професія медичного працівника полягає в гармонійному поєднанні професіоналізму, правильно проведеної медичної маніпуляції і творчого підходу, що полягає в створенні довірчих відносин з пацієнтом, в проведенні бесід, а часом і словесних впливів на пацієнта, що забезпечують його швидке одужання [35, с. 17]. Для пацієнта важливо, щоб медична сестра могла розділити його турботи і тяжкості, поспівчувати, полегшити його страждання.

Тому, сучасним викладачам медичного коледжу необхідно навчити студентів слухати і чути пацієнта, співпереживати йому і бути щирим, виявляти співчуття, приймати і поважати погляди іншої людини, а також навчити будувати модель ефективної взаємодії з пацієнтами різного віку [37, с. 14]. Водночас, слід зазначити, що для ефективної і безконфліктної взаємодії з пацієнтами медичним працівникам необхідно такі професійно важливі якості, як гуманність, відповідальність, толерантність, емпатійность, діалогічність тощо [46, с. 270].

У контексті дослідження особливо слід підкреслити професійно значущі якості (доброта, співчуття, милосердя, емпатія, рефлексія, толерантність), необхідні для виконання професійної діяльності середнього медичного працівника у взаємодії з пацієнтами [2, с. 5].

Згідно зі стратегією розвитку вітчизняної професійної освіти, її основною метою є підготовка компетентних фахівців належного рівня і профілю, які володіють необхідними компетентностями, відповідальністю, на високому рівні володіють своєю професією, вміють орієнтуватися в суміжних сферах

діяльності, здатних працювати за своєю спеціальністю на рівні світових вимог, а також готових до безперервного професійного саморозвитку та самовдосконалення [63]. Це повною мірою стосується і вітчизняної медичної професійної освіти, основною функцією якого є підготовка студентів до відповідної професійної діяльності, водночас «професія є видом трудової діяльності, що вимагає певної підготовки і є джерелом існування людини» [1, с. 15]. Водночас сестринську справу як професійну діяльність необхідно трактувати як соціально-трудовий процес, в якому інтегровані всі необхідні процесуальні елементи: тимчасова протяжність в часі і просторі і певна медико-соціальна форма трудового дії. Сестринська справа в якості соціально-трудового процесу, спрямована на медично компетентне виявлення людських проблем (пацієнтів), з подальшою професійною допомогою та відповідною соціальною підтримкою його загального стану здоров'я. Результатом сестринської справи як соціально-трудової діяльності є здоров'я пацієнтів, яким надається медико-соціальна допомога та підтримка. Головний виконавець цього соціально-трудового процессу – медична сестра [41, с. 28].

Необхідно визначити, що в сучасних українських соціальних реаліях вимоги до професійної підготовки майбутніх медичних сестер істотно зросли і, зокрема:

- відійшов у минуле погляд на діяльність медичної сестри як пасивного помічника лікаря, що виконує його розпорядження. Сестринська справа нині – це самостійна галузь охорони здоров'я, з досить чіткими прописаними функціональними обов'язками стосовно реабілітації пацієнтів та щодо підвищення якості їхнього життя. Таким чином, в сестринській справі актуалізувалася особиста відповідальність медичних сестер за здоров'я пацієнтів, за конструктивну взаємодію з ними, з колегами тощо;

- професійний статус сучасної медичної сестри визначається професійною спрямованістю і аксіологічними характеристиками її особистості (етичними, моральними, духовними) [56, с. 8];

- у професійній підготовці майбутніх медичних сестер особливе значення має її соціально-психологічний аспект, сприяє формуванню здатності до конструктивної взаємодії з пацієнтами;

- в операційно-діяльнісному компоненті готовності медичної сестри до професійної діяльності найзначущішими є високий рівень розвитку комунікативних компетентностей (здатність до динамічного та адекватного встановлення контактів з пацієнтами, здійснення професійно зумовленого спілкування з пацієнтами на основі співпраці, володіння необхідними мовними формами, прийомами спілкування); здатність до співпереживання, співчуття, до розуміння пацієнта на основі рефлексії та перцептивної ідентифікації [67].

Вимоги до професійних якостей особистості медичної сестра конкретизовані характеристиками відповідної професійної діяльності, які відображені у Галузевому стандарті вищої освіти України за фахом знань «Сестринська справа» [15]. У цьому ж документі наведені професійні компетентності, які детермінують здатність медичних сестер здійснювати професійну діяльність. Нами актуалізовано компетентності, що мають пряме і непряме відношення до предмету нашого дослідження (табл. 1.1).

*Таблиця 1.1*

**Загальнокультурні і професійні компетентності майбутніх медичних сестер**

| **Позначення компетенції** | **Характеристика компетентності** |
|---|---|
| ЗКК 1 | Розуміти сутність і соціальну значущість своєї майбутньої професії, виявляти до неї стійкий інтерес. |
| ЗКК 2 | Організовувати власну діяльність, обирати типові методи і способи виконання професійних завдань, оцінювати їхнє виконання і якість. |
| ЗКК 3 | Приймати рішення в стандартних і нестандартних ситуаціях і нести за них відповідальність. |
| ЗКК 4 | Здійснювати пошук і використання інформації, необхідної для ефективного виконання професійних завдань, професійного та особистісного розвитку. |
| ЗКК 5 | Використовувати інформаційно-комунікаційні технології в професійній діяльності |

| | |
|---|---|
| ЗКК 6 | Працювати в колективі і команді, ефективно спілкуватися з колегами, керівництвом, пацієнтами. |
| ЗКК 7 | Брати на себе відповідальність за роботу членів команди (підлеглих), за результат виконання завдань. |
| ЗКК 8 | Самостійно визначати завдання професійного і особистісного розвитку, займатися самоосвітою, усвідомлено планувати і здійснювати підвищення кваліфікації. |
| ЗКК 9 | Орієнтуватися в умовах зміни технологій у професійній діяльності. |
| ЗКК 10 | Дбайливо ставитися до історичної спадщини і культурних традицій народу, поважати соціальні, культурні та релігійні відмінності. |
| ЗКК 11 | Бути готовим брати на себе моральні зобов'язання стосовно природи, суспільства і людини. |
| ЗКК 12 | Організовувати робоче місце з дотриманням вимог охорони праці, виробничої санітарії, інфекційної та протипожежної безпеки. |
| ЗКК 13 | Вести здоровий спосіб життя, займатися фізичною культурою і спортом для зміцнення здоров'я, досягнення життєвих і професійних цілей |
| ПК 1.1 | Проводяться заходи щодо збереження та зміцнення здоров'я населення, пацієнта і його оточення. |
| ПК 1.2 | Проводити санітарно-гігієнічне виховання населення. |
| ПК 2.1 | Представляти інформацію в зрозумілій для пацієнта вигляді, пояснювати йому суть втручань |
| ПК 2.3 | Співпрацювати з взаємодіючими організаціями та службами |

Розглянемо тепер методологічні проблеми професійної підготовки медичних працівників в Україні. Аналіз відповідної літератури дозволяє актуалізувати такі вузлові проблеми вітчизняної медичної та медсестринської освіти. Середня медична освіта ще не перейшла на нові стандарти навчання, в зв'язку з цим існують проблеми загальнокультурної підготовки.

В цьому плані правомірно актуалізувати такі негативні явища загальнокультурного характеру, які тією чи іншою мірою знайшли своє відображення у професійній підготовці вітчизняних медичних працівників: сучасне суспільство породило культуру, засновану на ідеології раціоналізму і корисності. Міжособистісні відносини в такому культурному просторі в належній мірі не регулюються позараціональними способами: почуттями,

етичними ідеалами, оскільки людська духовність редукується до розуму, а моральні, духовні цінності підміняються простою інформацією [32, с. 100].

З огляду на це, сучасну культуру характеризує переважання засобів над метою; домінування приватної мети над загальним змістом буття і моральними цінностями; домінування символу стосовно дійсності; домінування прагматизму над людиною і її духовністю [48, с. 88]. Оскільки освіта є частиною культурного простору суспільства, криза культури в освіті виступає в якості кризи «освіти людини культури». Трансформація світоглядних ціннісних орієнтацій сучасного випускника, професійно зорієнтованої медичної освітньої установи в суто інструментальні, часто є причиною загального невігластва, байдужості, духовної нерозвиненості його особистості і його міжособистісних відносин в системі «медичний працівник – пацієнт» [76, с. 9].

З огляду на вимоги щодо Галузевого стандарту вищої освіти України за фахом знань «Сестринська справа», необхідно орієнтуватися на формування у майбутніх медичних працівників загальних і професійних компетентностей та професійної медичної культури. З огляду на це визначимо ціннісні характеристики професійної медичної культури загалом і професійної культури медичної сестри, зокрема:

- професійну медичну культуру варто розглядати в сукупності відповідних цінностей, норм, ідеалів, носієм яких є особистість медичного працівника або відповідна професійна спільність;

- ціннісно-орієнтаційний, духовний, моральний культурний рівень зумовлює життєві цінності й ідеали особистості медичної сестри, її соціально-ціннісні орієнтації та стандарти поведінки в професії, індивідуальне професійне самовизначення особистості медичного працівника (її розуміння сенсу життя, уявлення щодо професійної гідності та честі тощо);

- ціннісно-орієнтаційний рівень культури детермінує консолідацію та інтеграцію професійних медичних співтовариств, громадський контроль у медичній професії (як об’єктивними професійними заборонами, так і суб’єктивними, психологічними механізмами у вигляді морального переживання

медичним працівником (медичною сестрою) своєї професійної відповідальності, обов'язку, відчуття совісті і провини);

- ціннісно-орієнтаційний рівень професійної медичної культури інтегрує не лише культурну інформацію, зумовлює самототожність і цілісність професійної медичної спільноти, а й своєрідну матрицю, що дозволяє медичній сестрі ідентифікувати себе з певною системою професійних цінностей та ідеалів. Цей пласт професійної медичної культури становить її духовно-моральну вершину [70, 142; 82, с. 331].

Ціннісний контекст професійної медичної культури, як цілісне явище, актуалізує її значущий компонент – гуманітарну складову. Гуманітарна культура медичного працівника характеризує внутрішнє багатство особистості медичної сестри, міру сформованості її духовних потреб та відповідних здібностей; ступінь вираженості позначених потреб і здібностей в творчій практичній медичній діяльності [78, с. 29]. У суб'єктивному значенні, в найбільш глибокому сутнісному трактуванні гуманітарна культура виявляється в мотиваційно-ціннісній спрямованості особистості медичної сестри. Таким чином, сутність гуманітарної культури медичного працівника є гармонією культури професійно-етичного знання, культури емоції і почуттів, культури ділового спілкування і творчості в медичній професії. В цьому аспекті гуманітарна культура сприяє розвитку універсальної особистості медичної сестри, оскільки вводить її особистість в сферу численних людських проблем пацієнта; формує у медичного працівника особистісний досвід гнучкого професійно-медичного мислення [73]. Залучення до гуманітарної культури дає змогу особистості медичної сестри відкрити для себе нові перспективи духовно-морального розвитку та відповідні способи етичного освоєння професійної реальності. Актуалізуючи людські життєві смисли в об'єктивній професійній медичній реальності, гуманітарна культура сприяє розвитку у особистості медичного працівника почуття співчуття і причетності своїм пацієнтам [65; 94].

Проблемні межі магістерського дослідження передбачають орієнтацію на етичний зміст духовних цінностей та ідеалів. Тому нами будуть розглянуті

сутнісні характеристики категорії цінності загалом. Так, категорія цінність має суто людське і соціальне значення. Слід зазначити, що цінність не є природною властивістю предметів, об'єктивних подій чи явищ, а виявляється у ставленні людини і суспільства до них [75, с. 216]. У суспільстві будь-які події, так чи інакше, значущі (наприклад, можуть мати позитивну або негативну значущість), будь-яке явище виконує ту чи іншу роль. Проте до цінностей можна віднести лише конструктивні події і явища, що детермінують загальний суспільний прогрес і забезпечують розвиток особистості. Все, що задовольняє потреби людини, стає цінністю у відповідній суб'єктивній оцінці особистістю [60, с. 84]. З огляду на це, «цінність» значуща як засіб задоволення цих потреб.

Тому, джерело цінностей виявляється в їхній можливості задовольняти людські потреби, представлені в соціокультурній розвиненій формі [58, с. 135]. Саме у своєму культурному трактуванні, цінності є необхідною умовою соціального прогресу і позитивного розвитку особистості, а в етичному значенні, цінності виявляються у вигляді норм, цільових установок, ідеалів, що є базовим світоглядним фундаментом людських мотивів в поведінці, діяльності і соціальній взаємодії людей.

Цінності виявляються не лише в предметах, явищах і їхніх властивостях, необхідних людині і соціуму як джерела задоволення індивідуальних і групових потреб, цінності також виявляються в ідеях і людських спонуканнях як норми і ідеалу [43, с. 239].

Водночас ідеал в медичній професійній етиці є загальне, найчастіше абсолютне моральне уявлення про етичний зразок відносин медичного працівника з особистістю пацієнта; уявлення про благо в таких відносинах; уявлення про ідеальну особистості медичного працівника [34, с. 58]. Ідеал, в медичній етиці структурований системою абсолютних цінностей-орієнтирів, що зумовлюють етичну спрямованість відносин між медичними працівниками та пацієнтами [25, с. 64]. І в цьому аспекті під цінностями слід розуміти ключові морально зорієнтовані поняття, що втілюють в собі певну сукупність

загальнозначущих моральних понять, які доцільно визначати як зразки належного.

Таким чином, обов'язок медичного працівника – орієнтуватися на доброчесність, приносити добро хворим людям у міру своїх можливостей, а совість варто трактувати як здатність медичного працівника (медичної сестри), критично ставлячись до своїх професійних вчинків, думок, бажань, розуміти невідповідність своєї особистості належному, тобто недостатнє виконання власного медичного обов'язку.

## 1.2. Основні етичні принципи в роботі медичної сестри

Гуманність, милосердя – це вища етична цінність медичних професій. Дух гуманності втілено в основних цілях як сестринської, так і лікарської професій, а сукупність цих цілей є їхньою місією в суспільстві. Місія сестринської професії – повага до життя людини, збереження, захист, відновлення здоров'я пацієнта, полегшення його страждань. Принцип гуманізму в медицині конкретизується у багатьох інших поняттях медичної етики – це благодіяння, непричинення шкоди, конфіденційність тощо [49, с. 30]. Відповідно до біомедичної етики гуманне ставлення медичного працівника до пацієнта передбачає повагу людської гідності, його моральної автономії, прав. Принцип автономії в сучасній медицині набув великого значення, категорія прав пацієнта стала найважливішою категорією біоетики та сучасного медичного права.

Більша чи менша участь самого пацієнта в процесі надання йому медичної допомоги, насамперед, стосується його автономії. Так, Д. Терешкевич виокремлює такі аспекти автономії пацієнта:

- повага особистості пацієнта, неприпустиме нав'язування йому медсестрою (як і лікарем) своїх релігійних, філософських світоглядів, політичних пристрастей тощо;

- надання йому необхідної інформації (правдивість в відносинах з ним);

- самостійність у прийнятті рішень;

- можливість здійснення контролю над процесом лікування;

- залученість пацієнта в процесі надання йому медичної допомоги – «терапевтичне співробітництво» [77, с. 107].

У свідомості пацієнта медико-етичний принцип не заподіяння шкоди пов'язаний з медичною етикою в цілому. Спеціаліст-медик повинен мати більш глибоке, конкретне уявлення про цей принцип. Формула «передусім не нашкодь!» підкреслює моральний і професійний обов'язок медичного працівника, що полягає в тому, щоб не заподіювати шкоди пацієнтові, щоб як мінімум не завдати йому шкоди [87, с. 985]. Водночас, абсолютизація цього принципу може зробити лікаря або медсестру нерішучими, професійно пасивними. І тому принцип не заподіяння шкоди в сучасній медичній етиці доповнюється позитивним принципом благодіяння.

Етичний аналіз принципу благодіяння виявляє два аспекти – стосовно пацієнта і стосовно медпрацівника. У чому «благо пацієнта» в медичному контексті? Біль, хвороба, страждання і смерть – це зло. Звідси випливає, що знеболення, позбавлення від болю, продовження життя – це благо [93]. Принцип не заподіяння шкоди є продовженням принципу гуманності і перш за все такого його аспекту, як поваги до життя пацієнта, його здатності відчувати біль, страх, тривогу.

Цінність сестринської справи виявляється в їхній професійній етиці. Принципи етики і деонтології найточніше відображені в клятві, яку у багатьох країнах дають випускники сестринських шкіл. Це клятва медичної сестри – «Клятва Флоренс Найтінгейл», яка вважається засновницею наукового сестринської справи. У клятві говориться: «Перед Богом і перед обличчям присутніх я урочисто обіцяю вести життя, сповнене чистоти і чесно виконувати свої професійні обов'язки. Я буду утримуватися від усього отруйного і шкідливого і ніколи свідомо не використаю і не призначу ліки, що можуть принести шкоду. Я зроблю все, що в моїх силах, щоб підтримувати і підвищувати рівень моєї професії. Я буду тримати в секреті всю особисту інформацію, яка

виявиться в моєму розпорядженні під час роботи з пацієнтами та їхніми рідними. Я буду віддано допомагати лікарю в його роботі і присвячу себе невтомній турботі про благополуччя всіх ввірених моїй турботі»[55, с. 131]. Основні етичні принципи, яких повинен дотримуватися кожен працівник, що обіймає посаду середнього медичного персоналу:

- однаково шанобливо ставиться до громадян, що звернулися за медичною допомогою;

- шанобливе ставлення до своїх колег, уникнення обговорення своїх колег, особливо в присутності пацієнтів;

- уникнення нетактовного, грубого ставлення до пацієнтів, їхніх родичів і колег [36, с. 58];

- прагнення бути доброзичливим до пацієнтів, їхніх родичів, до своїх колег, незалежно від їхньої відповідної реакції;

- бути відкритим у спілкуванні з людьми і прагнути підвищувати кваліфікацію, при необхідності вміти передавати свій досвід колегам, пацієнтам та їхнім родичам [16, с. 115];

- знати права пацієнта, дотримуватись санітарних правил, техніку безпеки, інструкції до застосування медичної техніки та лікарських препаратів;

- інформувати пацієнта і його родичів про порядок отримання безкоштовної медичної допомоги;

- виконувати свою роботу якісно і доброзичливо стосовно пацієнтів, незалежно від їхніх відповідних реакцій;

- не наражати пацієнта невизначеному ризику і не приймати від родичів і самого пацієнта пропозицій про допомогу в протиприродному відході з життя (евтаназії) [27, с. 5];

- прагнути зберегти виважену оцінку від позитивних (або негативних) слів з боку пацієнта, його родичів, за необхідності вміти попередити конфлікт або попросити допомоги у вищого керівництва;

- прагнути підтримувати з усіма дружнє ставлення;

- не перекладати свої обов’язки на колег, пацієнтів, на їхніх родичів, що не виключає залучення їх в якості помічників;

- вітається дружнє спілкування з колегами і пацієнтами, водночас необхідно уникати нав’язування співрозмовнику своїх релігійних, моральних, політичних переконань;

- у випадках, що вимагають контролю поведінки пацієнта за медичними показаннями, слід обмежувати втручання в особисте життя пацієнта, винятковими є випадки професійної необхідності;

- за необхідності встановлення черговості надання медичної допомоги кільком пацієнтам, необхідно керуватися лише медичними критеріями, які унеможливлюють будь-яку дискримінацію;

- у проведенні процедур прагнути, не допускати перебування в приміщенні інших осіб або їх раптової появи;

- вміти створювати духовно-емоційний і фізичний комфорт;

- вміти заспокоїти пацієнта і пояснити важливість процедур, які можуть супроводжуватися не приємними, хворобливими відчуттями;

- уникати шкідливих звичок, порушення режиму праці та відпочинку, дотримуватися правил особистої гігієни і раціонального харчування;

- не виконувати свої обов’язки в стані алкогольного, наркотичного або токсичного сп’яніння;

- надання безоплатної допомоги пацієнтам у позаробочий час – приватне справа кожного медичного працівника.

Порушення або недотримання норм медичної етики та деонтології є порушенням прав пацієнта і тягне за собою адміністративну, цивільно-правову відповідальність.

### 1.3. Аспекти медичної етики і деонтології

Медична етика охоплює такі аспекти:

- гуманне ставлення до пацієнтів; повага людської гідності;

- інформування пацієнтів про стан їхнього здоров'я;

- інформування пацієнтів про їхні права;

- повага прав пацієнта на необхідність проведення або відмови від медичного втручання;

- повага права пацієнтів на отримання якісної і своєчасної медичної допомоги і послуг;

- неприпустиме нанесення морального і фізичного збитку пацієнтам («не нашкодь!»); повага автономії пацієнта;

- зберігання професійної та лікарської таємниці;

- підтримання своєї професійної компетентності на високому рівні;

- захист пацієнта від некомпетентних медичних втручань;

- підтримування поваги до своєї професії;

- шанобливе ставлення до колег;

- активна участь в медико-санітарній освіті населення.

Особистість медичної сестри, стиль, методика її роботи, вміння спілкуватися з пацієнтами, володіння технікою психологічного підходу до пацієнта, все це, як у випадку лікаря, може бути ліками, надати зцілювальню дію. У спілкуванні з пацієнтом слід враховувати його емоційний стан, індивідуальні особистості, інтелект, освіту, професію. Медична сестра зобов'язана, опираючись принципам гуманності і професійним нормам, надавати якісну медичну допомогу, оскільки вона несе моральну відповідальність за свою діяльність перед пацієнтом, колегами і суспільством [11, с. 272]. Етичний і професійний обов'язок середнього медичного персоналу – надавати, в міру своєї компетентності, невідкладну медичну допомогу кожній людині, що потребує в ній.

Співчуття, ввічливість, терпіння – основні елементи доброго стилю роботи медсестри. Водночас теплота, ніжність у ставленні до пацієнта ніколи не повинні носити інтимний характер, спонукати пацієнтів до заборонених відносин. Інтимні стосунки з пацієнтом засуджуються медичною етикою [89, с. 180]. Середній медичний персонал повинен мати акуратний зовнішній вигляд,

повинна бути зібраною і привітною, недоречні дратівливість, а також скарження на тяготи своєї роботи. Неприпустимі плітки, заважають нормальним відносинам в колективі.

Медична сестра повинна підтримувати репутацію і авторитет своєї професії. Вона не повинна зловживати своїми знаннями і професійним становищем. Повинна відмовлятися від подарунків і пропозицій пацієнта, якщо в основі цього лежить бажання домогтися привілейованого становища порівняно з іншими пацієнтами [39, с. 80]. Медична сестра може прийняти подяку від пацієнта, не порушуючи правові норми, якщо не виражається у формі, що принижує людську гідність обох сторін, відповідає принципам справедливості і порядності.

Середній медичний персонал не має права розголошувати інформацію довірену або таку, що стала їй відомою в силу виконання професійних обов'язків: про стан здоров'я пацієнта, діагноз, прогноз захворювання, лікування, про факт звернення за медичною допомогою. Повинні зберігати в таємниці також відомості про особисте життя, про фізичні вади, шкідливі звички, майнового стану, кола знайомств, навіть після того, якщо пацієнт помре. Професійна таємниця зберігається з метою запобігання можливого заподіяння пацієнту моральної чи матеріальної шкоди [30, с. 35]. Медсестра має право передавати інформацію іншим фахівцям і медичним працівникам, які надають медичну допомогу за наявності його згоди, а передавати конфіденційну інформацію без згоди пацієнта, можливо лише у випадках, передбачених законом:

- у разі надання допомоги неповнолітньому в віці до 15 років для інформування його батьків або законних представників;

- з метою лікування і обстеження пацієнта, який не здатен виражати свою волю;

- у загрозі поширення інфекційних захворювань;

- на запит органів слідства і прокуратури, суду в зв'язку з проведенням розслідування або судового розгляду;

- за наявності підстав припускати, що шкоду здоров'ю пацієнта заподіяно в результаті протиправних дій.

Але при вищевказаних обставинах слід довести до відома пацієнта про неминучість розкриття конфіденційної інформації. У всіх інших випадках медична сестра несе особисту моральну, іноді і юридичну відповідальність за розголошення професійної таємниці.

На початку XIX століття англійський філософ І. Бентам ввів термін «деонтологія» і визначив поняття «деонтологія» як наука про належну поведінку людини будь-якої професії. Деонтологія складається з двох грецьких слів: deon – належне і logos – вчення, таким чином, деонтологія – це вчення про обов'язок людини, це правила поведінки лікарів і медичного персоналу, це обов'язок медичних працівників перед пацієнтами [20]. Деонтологія в медичному розумінні – це вчення про професійні, юридичні і моральні обов'язки та правила поведінки медичних працівників стосовно пацієнтів, також деонтологія встановлює норми взаємини між родичами пацієнта, відносини між колегами в медичному колективі [17, с. 77].

Відносини «медсестра – пацієнт»:

- медична сестра повинна бути привітною і витриманою в спілкуванні з пацієнтом. Неприпустимо як фамільярність і панібратство, так і надмірна сухість і офіційність. До пацієнтів слід звертатися на «Ви», по імені та по батькові [12, с. 28];

- перед хворобливими і важкими процедурами медична сестра повинна пояснити в доступній формі, суть процедур і їхню необхідність для успішного лікування, а також зняти психоемоційне напруження;

- не можна в присутності пацієнта обговорювати встановлений діагноз, план лікування, також говорити про захворювання сусідів по палаті. Забороняється у присутності пацієнта ставити під сумнів правильність проведеного лікування.

Перше враження пацієнта про лікувальний заклад, в який він надійшов, ґрунтується на тому, як зустрів медичний персонал, це визначає подальші

взаємовідносини пацієнта і медперсоналу. Велике значення має перше знайомство, зовнішній вигляд, міміка, тон голосу, вираз і внутрішній емоційний настрій медсестри [8, с. 260]. Дуже важливим моментом є встановлення контакту з пацієнтом, водночас велике значення мають індивідуальні особливості медсестри. Вона може мати гарні навички і якісно виконувати свою роботу, але якщо вона під впливом своїх індивідуальних особливостей конфліктує з пацієнтами, то її професійні якості не дадуть позитивного ефекту.

Медсестрі не слід, називати пацієнта «хворий», оскільки це свідчить про байдуже ставлення. Для створення атмосфери довіри в спілкуванні між медичною сестрою і пацієнтом необхідно дати можливість пацієнту відчути і побачити зацікавленість його долею, що йому дійсно хочуть допомогти [6, с. 75]. Відносини медичного працівника з пацієнтом, тактика роботи завжди повинні будуватися з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і тяжкості його стану. Дотримуючись суворого індивідуального і добре продуманого підходу, медична сестра зможе встановити професійний контакт з пацієнтом, а без цих комунікативних підходів подальше спілкування з пацієнтом буде утруднено.

Медична сестра повинна знати і поважати права пацієнта і в своїй професійної діяльності діяти з огляду на ці права. На перше місце ставиться повага до життя пацієнта. Вона повинна намагатися полегшити страждання пацієнта тією мірою, наскільки це дає змогу здійснити рівень медичних знань. Медична сестра виступає в ролі першого помічника лікаря, оскільки вона є активним учасником лікувально-діагностичного процесу. Вона безпосередньо забезпечує лікування, догляд та спостереження за пацієнтом, розділяючи з лікарем тяжкість роботи, цілодобово перебуваючи поруч з пацієнтами.

У період всієї хвороби пацієнтові потрібна психологічна підтримка і задоволення психологічних потреб. Знання правил психології спілкування, зв’язування їх з професійною майстерністю, приведе до успішного подолання всіх труднощів лікувально-діагностичного процесу, і дозволить успішно надати допомогу навіть в найважчих випадках [5, с. 132]. Для поглиблення професійних знань та вдосконалення практичних навичок у догляді за пацієнтом і виконанні

лікувально-діагностичних процедур, середній медичний персонал зобов'язаний періодично підвищувати рівень своїх знань, опиратися на досвід своїх колег, стежити за медичною літературою.

У сучасних умовах невдоволення пацієнтів стосовно медичних працівників виявляється все гостріше. Часто це пов'язано з тим, що персонал перетворюється в якийсь придаток комп'ютерів, забуваючи про людські почуття і про поняття медичної етики, не вміють поводитися з пацієнтами, часто дивляться на них зверхньо, як на джерело доходу, візуально визначаючи ступінь платоспроможності пацієнтів [24, с. 87]. Таким чином, репутація людей в білих халатах падає.

Відносини «медсестра – родичі (близькі) пацієнта»:

- передусім необхідно зберігати спокій, стриманість і тактовність;

- відповідати на запитання спокійно, неквапливо;

- розмовляти лише в межах своєї компетенції (медсестра не має право розповідати про прогноз захворювання, симптоми, а повинна направити до лікуючого лікаря) [74, с. 155];

- осіб, які доглядають за важкохворими, навчати правильному догляду за тяжкохворими, ознайомлення з особливостями їхнього харчування, предметів догляду та їхнього використання; роз'яснювати правильність і сутність виконаних процедур і маніпуляцій.

Взаємини між родичами пацієнта і середніми медичними працівниками також є важливою проблемою медичної деонтології. Близькі пацієнта під час перебування в стаціонарних умовах змушені дуже тісно контактувати з медичними сестрами, оскільки вони, передусім, готують і вчать, як правильно доглядати і поводитися з рідною людиною, яка бореться з хворобою. В очах відвідувачів лікувального закладу медична сестра уособлює весь колектив і по тому, наскільки тепло і доброзичливо прийнятий відвідувач, він судить про ставлення до його близької людини, що знаходиться на лікуванні.

Відносини «медсестра – лікар»:

- лікарські призначення виконувати своєчасно, професійно і чітко;

- неприпустиме неповажне ставлення, грубе спілкування;

- у випадках раптових змін в стані здоров'я пацієнта терміново довести до відома лікаря;

- у виникненні в процесі виконання лікарських призначень сумнівів, необхідно в відсутності пацієнта з'ясувати всі нюанси з лікарем.

Відносини «медсестра – медсестра»:

- неприпустиме неповажне, грубе ставлення в колективі;

- зауваження потрібно робити в відсутності пацієнта і тактовно;

- у складних ситуаціях один одному повинні допомагати;

- медсестри, які мають хороший досвід повинні ділитися з молодими.

Високоефективна праця медичного колективу неможлива без дотримання одного з найважливіших положень деонтології – встановлення етично обґрунтованих і професійно доцільних взаємин між лікарями, середніми і молодшими медичними працівниками. Етичні норми взаємин взаємодіють з нормами правовими, викладеними в законі про трудові колективи і, отже, кожен медичний працівник зобов'язаний за законом суворо дотримуватися цих норм [78, с. 30]. Будь-який медичний колектив неоднорідний і має свій соціальний та професійний склад. У ньому зазвичай працюють чоловіки і жінки різних вікових груп – від 18 років до пенсійного віку. За професією це лікарі, середній та молодший медичний персонал, а також адміністративно-господарський персонал. Всі вимоги і принципи медичної деонтології, особливо етики взаємовідносин, є обов'язковими для всіх.

Для середнього медичного працівника культура спілкування в колективі – одна з необхідних умов високої ефективності праці і моральної задоволеності від нього. Успіх лікування і догляду за пацієнтом більшою мірою визначається формою ділових взаємин середнього медичного персоналу один з одним, з лікарями, керівниками установи, санітарами. Медичній сестрі, акушерці, фельдшеру, санітаркам легше працювати в згуртованому і дружньому колективі зі здоровим психологічним кліматом, трудовою дисципліною, загальним

прагненням виконувати службовий обов'язок з максимальною віддачею сил, знань, досвіду [67].

У хорошому колективі робота будується завдяки прагненню кожного допомагати один одному. Якщо, навпаки, колектив не ладнає через постійні непорозуміння у взаєминах, інтриги, сварки, неповаги один до одного, то це спричинить зниження ефективності праці в цілому і якість роботи співробітників піде вниз [56, с. 6]. Ненормальна обстановка в колективі іноді пов'язана з небажанням прислухатися до корисних порад і з грубими помилками в роботі, порушенням трудової дисципліни, зухвалою поведінкою.

Виконуючи свої професійні обов'язки, медичний працівник повинен звертатися до колег в присутності пацієнта або їхніх родичів лише по імені та по батькові і тільки на «Ви». Взаємини в колективі середніх медичних працівників, передусім, визначаються чітким знанням і сумлінним виконанням власних посадових обов'язків кожним медичним працівником. Кожна медична сестра (процедурна, перев'язочна, палатна) повинна добре знати і виконувати вимоги посадової інструкції, що регулярно контролюється старшою медичною сестрою. З добросовісної роботи кожного складається успіх колективу загалом.

У всіх випадках трудового життя медичній сестрі потрібна витриманість в спілкуванні з лікарями, колегами, санітарами, також у розмові з пацієнтами та їхніми родичами. Неввічливість і непривітність в колективі спричинює недовіру, натягнутість відносин, що травмує психіку колег і пацієнтів. Медична сестра повинна бути терплячою і доброзичливою. Треба навчитися з терпінням вислухати розпорядження старшої медичної сестри і призначення лікаря [49, с. 44]. Чесність, так само є невід'ємною рисою особистості медичної сестри, яка повинна виявлятися завжди і у всьому (наприклад, помилки, допущені у веденні медичної документації, виконанні лікарських призначень, або це стосується взаємовідносин в колективі).

Висока дисципліна і встановлення деонтологічно зумовлених взаємин, дотримання субординації між медичними працівниками є основою організованості і хорошої працездатності всього колективу. Під субординацією

у взаєминах «медична сестра – лікар» розуміється беззаперечне підпорядкування медичної сестри лікарю [36, с. 120]. Медична сестра повинна уважно переглянути призначення, вислухати вказівки лікаря і вчасно їх виконати. Медична сестра зобов'язана інформувати про відмову пацієнта від лікарських засобів і процедур, неможливість або труднощі у виконанні будь-якого призначення, необхідність заміни одних ліків іншим або відсутність необхідного препарату. Якщо стан пацієнта погіршився в нічний час, медична сестра зобов'язана негайно викликати чергового лікаря. Медична сестра, навіть досвідчена, ні в якому разі не повинна самостійно вирішувати, які ліки ввести або дати пацієнту, щоб полегшити його стан.

Дотримання цих простих і доступних морально-етичних вимог підніме весь комплекс взаємовідносин в медичному колективі на більш високий професійний рівень і перетворить гуманізм медиків в повсякденну потребу кожного його члена.

## 1.4 Ключові проблеми роботи медичної сестри та її моральна відповідальність

Нині не всі проблеми медичної етики і деонтології є остаточно вирішеними. На сьогоднішній день є приводи для тривоги, пов'язані з ознаками дегуманізації сучасної медицини. Усе гостріше виявляються невдоволення пацієнтів стосовно медичних працівників в зв'язку з тим, що вони часто перетворюються на «придатки комп'ютерів і гаджетів, забуваючи про медичну етику і про людські почуття, не вміють спілкуватися з пацієнтами» [31, с. 112]. Медики дуже часто дивляться на пацієнтів зверхньо, як на об'єкт експериментів або як на джерело доходів, візуально навчившись визначати міру платоспроможності пацієнтів.

Довіра між пацієнтом і медичним працівником руйнується і з'являється новий вид відносин. Наприклад, на місце зцілення приходить сукупність

маніпуляцій, менеджмент витісняє турботу про хворого, мистецтво вислухати пацієнта замінюється медичними технологіями. І на сьогодні доводиться усвідомлювати, що подібне ковзання вниз в медицині буде тривати, поки медики не повернуться до витоків – до традиції зцілювати!

Таким чином, можна сказати, що в системі «медичний працівник – пацієнт» стався збій, в основі причин якого є морально-етичні проблеми. Сенс вимоги на сьогоднішній день «гуманізації медицини» укладено у визнанні гідності особистості у всякій людській істоті. Медицина з'єднує не лише тіла і механізми, а й особистості в усьому її величчі і моральній шляхетності.

Роль медичного працівника не обмежується проведенням фізичної терапії, а й передбачає допомогу морального порядку, про що нагадують кодекси професійної медичної етики. В зв'язку з цим назріває думка про необхідність реформування такої важливої галузі медицини, як сестринська справа [44, с. 100]. Медична сестра – активна діюча фігура в медицині, яка перетворена в безлику істоту, функції якої обмежено часто лише задоволенням потреб лікаря і покірливому виконанні призначень.

У нашій країні підкреслюється низька соціальна значущість професії медичної сестри, окрім цього низькою оплатою праці і значною нестачею кваліфікованих і професійно підготовлених кадрів в цій галузі. Сестринська справа є міжособистісним процесом, в якому професійна медична сестра надає допомогу пацієнтові, його сім'ї запобігти хворобам і полегшити страждання, допомагає не втратити сенс існування. Медична сестра, використовуючи такий підхід, здатна дивитися ширше, звертати увагу до більш високих потреб пацієнта, а не лише на фізіологічні потреби [57]. Прагне відволікти пацієнта від рутини хвороби і, не дивлячись на недугу, повернути його в звичне суспільство і сім'ю. Окрім цього, медсестра повинна бути здатною сформулювати проблему і вирішити її в межах своєї компетентності. Тільки тоді медична сестра і лікар зможуть стати справжніми колегами в досягненні спільної мети – зцілити пацієнта.

На жаль, нині в практичній медицині часто доводиться зустрічатися з такою позицією медсестри, коли вона цілком задоволена лише виконанням призначень лікаря. Вона не бажає бути активним учасником терапевтичного процесу, не хоче, часто і не може задуматися про їхню доцільність, ґрунтуючись на власних спостереженнях за реактивністю пацієнта, чи не відчуває потребу подбати про пацієнта, вислухати і допомогти йому в потребах, навіть вважають, що це нижче своєї гідності [54, с. 97]. Часто доводиться чути скарги медсестри на пацієнтів. Байдужість – домінуюча негативна риса медичної сестри, а також нетерпимість і жорсткість стосовно хворої людини, неповага її особистості. Відчувається значний дефіцит милосердя і культури загалом.

Сучасний розвиток медицини ставить нові етичні проблеми перед медичними працівниками – репродуктивні технології, аборти, використання стовбурових клітин, евтаназія тощо. При цьому з'являється проблема збереження лікарської таємниці, що є одним з найголовніших принципів медичної етики і деонтології. Етику сестринської справи слід розглядати як філософію – це дух цієї професії, що визначає її місію в суспільстві і що лежать в її основі цінності [65, с. 35]. Філософія сестринської професії визначає цілі діяльності, моральні якості медичної сестри і етичні обов'язки. І саме головне, щоб це розуміла кожна медсестра. Діяльність сестринського персоналу доповнює лікарську, їхня мета – допомога пацієнту. Водночас важливим засобом медсестри є кваліфікований догляд і турбота. У зв'язку з великою кількістю технологій, які застосовуються в сучасній медицині і складних наукових методик все частіше пацієнти відчувають дефіцит уваги. Сестринська справа все більше набуває науковий статус. Сестринська справа покликана примножувати і відновлювати гуманістичний потенціал [70, с. 114].

Реформа медсестринської освіти ставить за мету – формування нового статусу медичної сестри – академічної. В цьому процесі важлива роль відводиться етичному вихованню, яка дозволить приймати зважені, відповідальні і грамотні рішення. Медичним сестрам відкривається можливість займатися самостійними науковими дослідженнями і це може стати додатковим

стимулом для підвищення компетентності та формування творчого мислення, відкриваються можливості кар'єрного росту. За цих нових умов виникає проблема встановлення нових відносин між лікарями та медсестрами – партнерських, які призведуть до зміни статусу сестринської справи.

Проблеми взаємодії медичних працівників і пацієнтів, конфлікти, що виникають між ними, з кожним днем виявляються все гостріше. Водночас особлива увага приділяється етико-правовим основам взаємин і, на жаль, образ медика досить часто негативний. І тому принципи, правила етики і деонтології в роботі медичного працівника вимагають постійної уваги. У медицині широко поширена думка про те, що в професійних взаєминах з пацієнтами медикам необхідна дистанція і відсторонення. Необхідно задуматися, чи так це? Адже пацієнт хворий, він страждає, відчуває страх, який мучить не менше ніж біль, він потребує розуміння та участі з боку медичного працівника. І саме медична сестра найчастіше може позбавити його від цих страждань, оскільки вона ближче пацієнтові, а звернутися до лікаря він не завжди має можливість. І тому важливо вміти побути з пацієнтом, заспокоїти його словом, тоном, поглядом, дотиком. Все це розуміється пацієнтом як особиста і моральна підтримка. Діяльність хорошої медсестри, яка вкладає в свою роботу всю душу, пов'язана з емоційними витратами і стресом, але безмірна вдячність в очах пацієнтів надають нові сили [76, с. 14].

У сестринській професії, як в медицині загалом існує заборона на дискримінацію пацієнтів у наданні медичної допомоги. Але медики не помічають або просто не хочуть помічати як широко поширена ця дискримінація. І більше того турбує той факт, коли медичний персонал явно віддає перевагу пацієнтам з певним матеріальним становищем або соціальним статусом. Це йде як порушення принципу справедливості в медицині.

В Україні реформа сестринської справи спрямована на затвердження автономії, цілісності і самодостатності сестринської професії, на підвищення її соціального статусу. Основне питання реформи сестринської справи стосується компетентності, рівня професіоналізму, суворого визначення професійних

обов’язків, підвищенню престижу, авторитету і соціального статусу сестринського персоналу [79, с. 198].

**Висновки до розділу:**

В контексті дослідження встановлено, що сучасні соціокультурні, економічні трансформації змінили вимоги до професійної діяльності медичної сестри. У логіці нових вимог змінюється освітня парадигма, яка стає гуманітарно зорієнтованою для створення необхідних освітніх умов для повноцінного професійного, морального, духовного розвитку студентів, їхньої суб’єктності. А дисципліна є лише засобом у вирішенні цього завдання.

Сестринську справу розглянуто як міжособистісний процес, в якому професійна медична сестра надає допомогу пацієнтові, його сім’ї запобігти хворобам і полегшити страждання або в боротьбі з ними, і за необхідності може підтримати морально, допомагає не втратити сенс існування. Основною умовою ефективності професійного спілкування медичної сестри з пацієнтами є вияв доброзичливості, уваги, інтересу, професійної компетентності, а також необхідність дотримуватися етико-деонтологічних аспектів у сестринському процесі (медсестринській діяльності).

У контексті вирішення завдань дослідження було встановлено, що професійні контакти медичної сестри з пацієнтами володіє особливостями, пов’язаними зі здоров’ям особистості і розглядається як встановлення вербальних або невербальних міжособистісних контактів з метою поліпшення фізичного, психологічного та соціального здоров’я пацієнтів на основі діалогу в межах ідеї відображеної суб’єктності. Підкреслено, що метою професійної підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами буде формування їхньої готовності до такої взаємодії.

# РОЗДІЛ 2
# ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ ІНТЕРАКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПІДГОТОВЦІ МАЙБУТНІХ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНО-ЕТИЧНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ПАЦІЄНТАМИ

## 2.1 Професійно-етична взаємодія, готовність майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами: операціоналізація понять

Подальший теоретичний аналіз проблеми магістерського дослідження вимагає початкового розгляду поняття «професійно-етична взаємодія медичної сестри з пацієнтами». Звернемося спершу до базових категорій, які визначають смисловий фундамент окресленого поняття.

Найбільш важливим в психологічному аспекті понятійною ознакою категорії відносини є його значимість для окремої людини і соціальних груп. Феномен «відносини» неправомірно повною мірою ототожнювати з такими психологічними явищами, як людські мотиви, емоції, потреби, тим не менш, основу відносин завжди становлять різноманітні індивідуально-групові потреби й інтереси людей [19, с. 44]. У потребнісному контексті категорії «відносини» властиві такі ознаки, як вибірковість, установка на позитивну, негативну, нейтральну оцінку, схильність і готовність до певного способу дії тощо[7, с. 126]. В процесі відносин їхні учасники задовольняють такі базові потреби:

- матеріальні (біологічні) потреби – визначають основу людської життєдіяльності;
- духовні потреби як специфічні людські утворення, що характеризують рівень розвитку особистості людини;
- соціальні потреби відображають громадську сутність людини. Такі потреби конкретизуються у потребах в спілкуванні і діяльності, у зовнішніх враженнях і необхідності пізнанні людиною зовнішнього світу і свого місця в ньому [3, с. 10].

Міжособистісна взаємодія має суб'єкт-суб'єктну сутність і в ідеалі детермінована взаєморозумінням [9, с. 140]. У контексті нашого дослідження актуально розглянути функції спілкування або комунікації (обмін інформацією); соціальну перцепцію (сприйняття і розуміння людьми один одного); інтеракцію (власне взаємодію) [14, с. 100].

Професійна взаємодія медичної сестри з пацієнтами здійснюється в процесі спілкування, психологічну основу якого становить комунікативна компетентність медичного працівника, що є професійно значущою якістю. Медична професія передбачає в достатній мірі вираженості інтенсивне і тривало-тимчасове професійно зумовлене спілкування з пацієнтами, їхніми родичами, своїми колегами [23, с. 34]. Уміння медичного працівника спілкуватися, його комунікативні здібності, забезпечують взаєморозуміння і довіру у відносинах з пацієнтами, а значить, є комунікативною основою ефективності у вирішенні поставлених клінічних завдань.

Психологічна основа комунікативних відносин в системі «медична сестра – пацієнти» є важливою складовою клінічного перебігу. Пацієнт бачить і оцінює не лише професіоналізм медичної сестри, а й її суто людські, особистісні якості: в якій мірі медична сестра вселяє до себе довіру і повагу, наскільки вона уважна і чуйна, може розташувати до себе, викликає бажання спілкуватися з собою [28, с. 604]. Так само можливо, що в певних випадках особистісні якості медичної сестри для пацієнта значущіші ніж її професійна компетентність. У численних дослідженнях науковці наводять як приклад різні уявлення пацієнтів про ідеальний образ медичної сестри [31, с. 212]. Найбільш істотними були такі якості: уважність, усвідомлення цінності своєї професії, доброта, ввічливість, душевність, тобто пацієнти у розгляді ідеальної медичної сестри переважали комунікативно значущі риси [38, с. 68].

Екстраполяція досліджень дозволяє інтерпретувати поняття «професійно-етична взаємодія медичної сестри з пацієнтами» як процес численних контактів, заснованих на взаєморозумінні, довірі, ввічливості, кооперації, паритетності, справедливості, щирості, освіченості. Наслідком такої взаємодії є зміни у

здоров'ї пацієнтів, їхній поведінці і ставленні до оточуючих і своєї життєдіяльності. Тому проаналізуємо категорію «готовність медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами».

Що стосується професійної підготовки майбутніх медсестер, то специфіка їхньої фахової діяльності об'єктивно висуває особливі вимоги до їхньої професійної функціональності: своєчасність виконання лікарських призначень; правильне надання медичної допомоги; збереження медичної таємниці; організація роботи за затвердженими в установленому порядку медико-технологічними протоколами; здійснення заходів щодо профілактики ускладнень і зміцнення здоров'я пацієнтів; дотримання принципів медичної етики і деонтології [44, с. 84].

Предмет нашого дослідження актуалізує необхідність аналізу поняття готовності до професійної діяльності в її структурно-змістовному контексті. Аналіз робіт вітчизняних авторів дозволяє констатувати неоднозначність розуміння структурно-змістовних характеристик готовності до професійної діяльності [50, с. 40]:

- готовність до професійної діяльності – це спеціальні здібності; стійкі професійно-цінні особливості пізнавальних психічних процесів, розвинені емоційно-вольові якості фахівця. При цьому в структурному контексті окреслена готовність складається з мотиваційного компонента (ціннісні установки на успішну діяльність); орієнтаційної компоненти (знань про специфіку професійної діяльності); операційного компонента (володіння способами і прийомами діяльності); вольового компонента (наявності самоконтролю, самомобілізації, вміння керувати професійною дійсністю); оцінного компонента (здатності до самооцінки своєї діяльності) [68, с. 187];

- готовність до професійної діяльності – це, передусім, певний рівень розвитку особистості фахівця, який передбачає розвиненість єдиної системи ціннісно-орієнтаційних, інтелектуальних, емоційних, вольових, операційно-поведінкових якостей професіонала [4, с. 108];

В обґрунтуванні структури готовності майбутньої медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами будемо орієнтуватися на ідеї Х. Козак, яка в структурно-змістовому аспекті в готовності до професійної діяльності актуалізувала такі компоненти: мотиваційно-ціннісний компонент – ціннісне ставлення до своєї професії і свого професійного самовдосконалення; інтелектуально-пізнавальний компонент – наявність професійно зорієнтованих знань; дієво-практичний компонент – наявність професійно зумовлених умінь і навичок; емоційно-вольовий компонент – відображає здатність до емоційної стійкості, вияву волі, дисциплінованості [40, с. 442].

Здійснений аналіз дозволив виділити в структурі готовності майбутньої медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами такі компоненти: мотиваційно-ціннісний, емоційно-вольовий, інтелектуально-пізнавальний і дієво-практичний. Розглянемо детальніше зміст кожного компонента готовності до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

Основу мотиваційно-ціннісного компонента готовності становлять ціннісні орієнтації особистості як стійке, вибіркове ставлення особистості до системи матеріальних і морально-духовних благ і ідеалів, що розглядаються у вигляді предметів, цілей або засобів, необхідних для задоволення потреб життєдіяльності особистості людини [47, с. 193]. У ціннісних орієнтаціях інтегрується весь життєвий досвід, накопичений у розвитку людської особистості, що зумовлює її взаємодію з іншими людьми, новоутворення особистості, зокрема і стосовно самої себе, є еталоном життя людини. Ціннісні орієнтації утворюють найважливіший компонент особистісної структури людини [59, с. 130].

Розвинені ціннісні орієнтації є ознакою особистісної зрілості, найважливішим показником рівня соціальності людини. Ціннісне життя особистості представлене єдиною двоєдиною системою відносин – її ціннісним ставленням до навколишнього соціуму і самої себе. Несуперечлива система ціннісних орієнтацій зумовлює такі особистісні якості: цілісність, відповідальність, надійність, вірність моральним принципам і ідеальним

цінностям [66, с. 12]. Ціннісні орієнтації детерміновані базовим ідеалом. В медичній професії головним базовим ідеалом є життя людини, її здоров'я, що визначає ціннісну особистісну систему медичного працівника [71, с. 155].

Ціннісні орієнтації особистості медичної сестри взаємопов'язані з відповідною професійною мотивацією її особистості. За результатами досліджень вітчизняних науковців у процесі трудової діяльності основними мотивуючими чинниками для медичних сестер стають:

1) розуміння соціальної значущості і необхідності своєї роботи; (таким чином, медичні сестри повністю усвідомлюють суспільну цінність своєї праці і свої професійні обов'язки) [80, с. 109];

2) почуття морального задоволення від результатів медичної діяльності (можливість виконувати улюблену справу, позитивний соціально-психологічний фон відносин з колегами і пацієнтами);

3) різноманітні форми позитивного підкріплення праці медичних сестер з боку керівництва (на чільне місце медичні сестри, передусім, ставлять оцінну думку керівників щодо їхнього професіоналізму);

4) можливість підвищення кваліфікації та відповідне навчання (професія медичної сестри передбачає постійне підвищення професійного рівня, освоєння нововведень у сфері медичної науки і відповідної практики;

5) у визначених ситуаціях вимога до підвищення кваліфікації медичної сестри може бути життєво необхідною [18, с. 84].

Базова ціннісна орієнтація «людина – найвища цінність», визначає всю ієрархію ціннісних орієнтацій та мотиваційних переваг медичної сестри, що зумовлюють її готовність до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами. Окрім цього на структурування мотиваційно-ціннісного компонента позначеної готовності впливають вимоги Етичного кодексу професійної етики міжнародної ради медсестер та Етичного кодексу медичної сестри України, які визначають нормативні моральні орієнтири професійної діяльності медичної сестри та призначені для консолідації, підвищення соціального статусу професії медичної

сестри [22; 21]. Наведемо структуру ціннісних орієнтацій і відповідної мотивації (табл. 2.1).

*Таблиця 2.1*

**Структура ціннісних орієнтацій та професійної мотивації майбутніх медичних сестер**

| **Базова ціннісна орієнтація «людина – найвища цінність»** | | |
|---|---|---|
| **Ціннісно-мотиваційний ставлення до пацієнта** | **Ціннісно-мотиваційний ставлення до медичної професії** | **Ціннісно-мотиваційний ставлення до себе в медичній професії** |
| Рольовий рівень взаємодії з пацієнтами. Ціннісно-мотиваційне ставлення до фізичного здоров'я пацієнта. Тобто повне усвідомлення значущості позначеного здоров'я. Прагнення співчувати і поважати життя пацієнта. Повага права пацієнта на полегшення страждання тією мірою, якою це дозволяє сучасний рівень медицини. | Рольовий рівень взаємодії з пацієнтами. Орієнтація на комплексний всебічний догляд за пацієнтами; орієнтація тільки на ту міру компетентності, якою володіє медсестра. | Рольовий рівень взаємодії з пацієнтами. Орієнтація на безперервне вдосконалення спеціальних компетентностей (знань, умінь, навичок), на підвищення свого професійного культурного рівня. |
| Міжособистісний рівень взаємодії з пацієнтами. Ціннісно-мотиваційне ставлення до психічного і соціального здоров'я пацієнтів. Тобто повне усвідомлення значущості психічного і соціального здоров'я пацієнтів і прагнення до такої взаємодії і спілкування з пацієнтами, при якому створюються оптимальні умови для підтримки позначених видів здоров'я; медична сестра не має права нав'язувати пацієнтам свої моральні, релігійні, політичні погляди. Орієнтація на готовність надати компетентну допомогу пацієнтам незалежно від їхніх | Міжособистісний рівень взаємодії з пацієнтами. Прагнення підтримувати авторитет і репутацію своєї професії; прагнення до охайності і дотримання правил особистої гігієни; усвідомлення значущості власної моральної, економічної і професійної компетентності. | Міжособистісний рівень взаємодії з пацієнтами. Орієнтація на відмову від подарунків і відповідних пропозицій з боку пацієнтів, якщо в їх основі помічено бажання пацієнтів домогтися більш привілейованого положення в порівнянні з іншими пацієнтами. Орієнтація на щиру подяку з боку пацієнта, якщо дана подяка висловлюється в |

| | | |
|---|---|---|
| вікових чи статевих особливостей, специфіки захворювання, приналежності пацієнта до тієї чи іншої раси і національності. | | формі, що не суперечить людської гідності медичної сестри і пацієнтів. |

Критеріальні показники сформованості мотиваційно-ціннісного компонента готовності майбутньої медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами:

- ціннісне сприйняття професійної діяльності медичної сестри;

- ціннісна орієнтація на ефективну взаємодію з пацієнтами з метою відновлення їхнього здоров'я;

- ціннісно-мотиваційне ставлення до фізичного, соціального і психічного здоров'я пацієнта;

- наявність мотивації на безперервне вдосконалення знань в галузі професійно-етичної взаємодії з пацієнтами;

- ціннісна орієнтація на надання допомоги пацієнтам незалежно від їхньої національності, релігійної приналежності, специфіки захворювання;

- наявність мотивації на підтримку соціального статусу та репутації своєї професії;

- усвідомлення значущості моральної, економічної і професійної незалежності;

- наявність потреби в суб'єкт-суб'єктних відносинах з пацієнтами.

Емоційно-вольовий компонент готовності медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами пов'язаний з тим, що ціннісні відносини особистості характеризуються емоційністю, оскільки оцінка предметів або явищ в якості джерел задоволення індивідуальних і групових потреб завжди супроводжується психологічним переживанням смислової значущості цих предметів і явищ. Вищі емоційні переживання особистості відображені в її почуттях інтелектуального, морального характеру, які відображають пізнавальну діяльність людини; естетичних, практичних почуттях, зумовлених практичною діяльністю [13, с. 157]. Вищим рівнем регуляції професійної

поведінки медичної сестри є свідомо-вольовий рівень [26, с. 50]. Воля, з одного боку, зумовлена мотивами діяльності, з діяльнісної самоініціацією і самоврядуванням у реалізації поставлених цілей. З іншого боку, найбільш яскраво воля людини виявляється у подоланні труднощів [86, с. 56].

Розглянемо зміст емоційно-вольового компонента готовності медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами (табл. 1.3):

*Таблиця 2.2*

**Зміст емоційно-вольового компонента готовності медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами**

| **Емоційний компонент готовності** | |
|---|---|
| **Моральні та практичні почуття медичної сестри** | **Характеристика почуттів** |
| Справедливість | Принцип: «лікар повинен бути справедливим при всіх обставинах» (Гіппократ). Медична сестра повинна ставитися до пацієнта як до самоцінності, як до людини, яка має право на здоров'я, гарне самопочуття тощо. У ставленні до пацієнта медична сестра повинна керуватися золотим правилом етики. |
| Любов | Любов є вищим почуттям, що виявляється в глибокій емоційній прихильності людини до іншої людини або явища. Любов як глибоке почуття може бути орієнтована на іншу людину, соціальну спільність або соціокультурну ідею (любов до дітей, батьків, Батьківщини, життя тощо). |
| Милосердя | Милосердя реалізується через співчуття. Це почуття вимагає конкретних дій в напряму полегшення страждань інших людей. |
| Чуйність | Чуйність кожного медичного працівника є не лише моральною межою, а й силою, що спонукає до творчого пошуку в діагностиці та лікуванні, часто вимагають від медичного працівника самовідданості і самопожертви. У чуйності медичної сестри таїться і значна лікувальна сила, яка прискорює позитивні впливи різних заходів лікувального характеру. |
| **Вольовий компонент готовності** | |
| Вольові якості особистості медичної сестри | Сформовані якості медичної сестри пов'язані з самостійністю, ініціативністю наполегливістю, витримкою, самовладанням. |

Критеріальними показниками сформованості емоційно-вольового компонента готовності майбутньої медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами визначено:

- наявність якостей морального характеру, зумовлених практичною медичною діяльністю: емоційна відкритість і теплота, тактовність, розуміння, справедливість, милосердя, чуйність [84, с. 577];

- наявність емпатійності, здатності до емоційного проникнення в світ іншого, до співпереживання, надання емоційної допомоги і підтримки;

- наявність вольових якостей: самоконтролю, наполегливості, рішучості, витримки, самовладання, самостійності.

Інтелектуально-пізнавальний компонент готовності представлений системою знань медичної сестри в сфері професійно-етичної взаємодії з пацієнтами. У межах сучасних теоретичних підходах категорія «знання» трактується з точки зору активно-діяльнісного характеру [92, с. 1187]. Для ефективної професійно-етичної взаємодії з пацієнтами необхідно оволодіти знаннями в сфері філософії, оскільки вона розкриває філософські питання буття, пізнання, цінностей, свободи і сенсу життя як фундаменту формування культури громадянина та майбутнього медичного працівника. Медичній сестрі необхідно наявність знань в галузі генетики людини, гігієни та екології людини, фармакології.

Як показує акумульований професійний досвід, майбутня медична сестра повинна мати особистісний сенс знань в сфері первинної медико-санітарної допомоги населенню та сестринського догляду у різних захворюваннях. Сучасна медична сестра повинна знати політичну, соціально-економічну і культурну ситуацію в нашій країні, систему організації охорони здоров’я.

Для організації ефективної професійно-етичної взаємодії з пацієнтами майбутньої медичної сестри треба опанувати знаннями психологічної структури спілкування; суті міжособистісних конфліктів та їхньої профілактики в процесі спілкування з пацієнтами; методик саморегуляції; технологій створення оптимального психологічного клімату в лікувально-профілактичному закладі;

психології особистості і малих груп, психології професійного спілкування; етичних основ професійної взаємодії медичної сестри з різними категоріями пацієнтів.

Критеріальними показниками сформованості інтелектуально-пізнавального компонента готовності майбутньої медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами є:

- наявність знань в сфері системи організації охорони здоров'я в Україні;

- особистісний сенс знань в галузі генетики людини, гігієни і екології, фармакології;

- функціональні знання первинної медико-санітарної допомоги населенню та сестринського догляду при різних захворюваннях;

- наявність знань в сфері психології професійного спілкування;

- знання функцій професійно-етичної взаємодії з пацієнтами;

- наявність знань етичних основ професійної діяльності медичної сестри;

- особистісний сенс знань щодо профілактики в системі «медична сестра – пацієнт – родичі пацієнта»;

- функціональні знання професійно-етичної взаємодії з пацієнтами, що мають різні захворювання (онкологічні, інфекційні, кардіологічні) та ін.

Дієво-практичний компонент готовності майбутньої медичної сестри в сфері конструктивної взаємодії з пацієнтами представлений вміннями, які розглядаються як способи виконання дій, засновані на практико зорієнтованих медичних знаннях [88, с. 70]. У цьому компоненті варто виокремити такі вміння:

1) знаходити необхідну для ефективного виконання професійних завдань, професійного та особистісного розвитку інформацію;

2) працювати в колективі і команді, ефективно спілкуватися з колегами, керівництвом, споживачами;

3) брати на себе відповідальність за роботу членів команди (підлеглих), за результат виконання завдань;

4) самостійно визначати завдання професійного та особистісного розвитку, займатися самоосвітою, усвідомлено планувати і здійснювати підвищення кваліфікації;

5) організовувати робоче місце з дотриманням вимог охорони праці, виробничої санітарії, інфекційної та протипожежної безпеки;

6) вести здоровий спосіб життя, займатися фізичною культурою і спортом для зміцнення здоров'я, досягнення життєвих і професійних цілей;

7) проводити заходи щодо збереження і зміцнення здоров'я населення, пацієнта і його оточення;

8) представляти інформацію в зрозумілій для пацієнта формі, пояснювати йому суть втручань (сестринського процесу);

9) проводити санітарно-гігієнічне виховання населення.

Акумульований педагогічний досвід свідчить, що для ефективної взаємодії з пацієнтами необхідно вміти співпрацювати з пацієнтами, переносити суб'єктивно небажані, неприйнятні для майбутньої медичної сестри особистісні якості пацієнтів, їхні негативні вияви, неприйнятні вчинки; керувати комунікативною ситуацією; здійснювати профілактику конфліктів.

Професійна взаємодія буде ефективним за наявності умінь: зберігати контроль над своїми емоційними реакціями і поведінкою [79, с. 132]; зберігати і керувати власною емоційною стабільністю. На думку дослідників, медичній сестрі для встановлення контакту важливо виявляти особистісні ресурси пацієнта для вирішення проблем, що виникли зі здоров'ям, опиратися на позитивне в особистості. Необхідно набути вміння оцінювати результати своєї праці, свій індивідуальний стиль, аналізувати і узагальнювати свій професійний досвід [59, с. 125].

Критеріальні показники сформованості дієво-практичного компонента готовності майбутньої медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами передбачає наявність умінь:

- організовувати заходи щодо збереження та зміцнення здоров'я пацієнта і його оточення;

- конструктивно спілкуватися з пацієнтами, колегами;
- співпрацювати з пацієнтами;
- запобігати конфліктним ситуаціям з пацієнтами;
- управляти комунікативної ситуацією;
- слухати клієнта, виявляти витримку, делікатність;
- зберігати контроль над своїми емоційними реакціями і поведінкою;
- самостійно визначати завдання професійного і особистісного розвитку;
- оцінювати результати професійної взаємодії, свій індивідуальний стиль;
- аналізувати і узагальнювати свій професійний досвід.

Таким чином, в дослідженні встановлено, що професійно-етична взаємодія медичної сестри з пацієнтами є процесом численних контактів, заснованих на взаєморозумінні, довірі, ввічливості, кооперації, паритетності, справедливості, щирості, освіченості. Наслідком такої взаємодії є зміни у здоров'ї пацієнтів, їхній поведінці і ставленні до оточуючих і своєї життєдіяльності. Готовність майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами є багатокомпонентною динамічною структурою особистості, що дозволяє здійснювати спілкування з пацієнтами на основі взаєморозуміння, співробітництва, співпереживання, співчуття, на основі рефлексії та перцептивної ідентифікації з урахуванням особливостей різних захворювань. Готовність структурно складається з мотиваційно-ціннісного, емоційно-вольового, інтелектуально-пізнавального і дієво-практичного компонентів. Мотиваційно-ціннісний компонент готовності показує значущість особистої моральної відповідальності за стан здоров'я пацієнта й інтегрує своєрідну матрицю, що дозволяє медичній сестрі ідентифікувати себе з певною системою професійних цінностей та ідеалів. Емоційно-вольовий компонент показує сформованість моральних і вольових якостей: справедливості, любові, милосердя, чуйності, доброти, ввічливості, наполегливості, рішучості, витримки, самовладання. Інтелектуально-пізнавальний компонент готовності відображає наявність знань в галузі професійно-етичної взаємодії з пацієнтами, які носять активно-діяльнісний, практико зорієнтований характер. Дієво-практичний

компонент готовності представлений інтеріоризованими способами успішної реалізації професійно-комунікативних дій, адекватних цілям і завданням взаємодії з різними категоріями пацієнтів.

## 2.2. Інтерактивні технології як інноваційний методологічний орієнтир у підготовці майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами

Поняття «інтерактивне навчання» у межах дослідження використовуємо для окреслення в комплексі мети, змісту, форм і методів організації активної спільної навчально-пізнавальної діяльності студентів медичного коледжу з освоєння та осмислення біоетичних та деонтологічних норм та цінностей шляхом вирішення змодельованих професійних завдань, забезпечення можливості вибору моделі міжособистісної взаємодії залежно від конкретних умов навчання [52, с. 325]. Основою інтерактивного навчання майбутніх медсестер було відтворення процесів, які відбуваються в реальній соціальній та медичній практиці та їхнє моделювання з найбільшим рівнем адекватності. Вибір інтерактивного навчання як базису організації рефлексивно-творчої навчальної діяльності студентів для розвитку професійних деонтологічно-значущих якостей в освітньому процесі медичного коледжу зумовлено тим, що інтерактивне навчання передбачає, передусім, роботу суб'єкта над вирішенням проблемної ситуації, яка характеризує психічний стан суб'єкта в процесі виконання завдання [85, с. 38].

Тому для вдосконалення підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами важливо використовувати навчальні дискусії, аналіз конкретних ситуацій (case study) та ситуаційні завдання. Тому охарактеризуємо методи ІН та окреслимо особливості їхнього використання у межах вирішуваних дослідницьких завдань. *Навчальна дискусія* як метод навчання передбачає обговорення конкретної проблеми у відносно невеликих

(від 6 до 15 осіб) групах студентів [79, с. 200]. На відміну від інших видів дискусій, навчальній дискусії характерно те, що новизна її проблематики відноситься саме до групи осіб, які беруть участь в дискусії та повинні знайти в освітньому процесі вирішення проблеми, яке вже знайдено в науці і практиці. Тому для викладачів, які організовують навчальну дискусію в конкретних умовах освоєння біотичних та деонтологічних норм та цінностей, результат має бути заздалегідь відомий, а шлях його знаходження – ретельно продуманий, оскільки викладачеві належить навчити учасників дискусії самого процесу пошуку, який забезпечує суб'єктивно нове знання для студентів.

Ще одним ефективним засобом для вдосконалення підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами є «case study» (дослівно з англійської – вивчення ситуації або дослідження випадку) [91, с. 144] – технологія навчання, заснованана на аналізі конкретної навчально-професійної ситуації. У сучасній освіті технологія case study активно використовується в системі професійної освіти, однак у медсестринській науці її розпочалося на основі переосмисленням змісту біомедичної етики, цінностей медсестринської діяльності [71, с. 91]. Традиції використання конкретних ситуацій в навчанні базуються на принципах «рух до істини важливіший, ніж сама істина» та «процес обговорення важливіший самого рішення» [29].

Case study (або ж кейс-метод) є таким методом активного навчання, використання якого забезпечує розуміння студентами досліджуваного предмета, що містить неоднозначне, вірогідне знання, які виявляється під час аналізу практичної ситуації [73]. Найважливішими гносеологічними характеристиками кейс-методу є: неоднозначність і ситуативність отримуваного знання; різноманітність джерел знань та форм колективної пізнавальної діяльності; реалізація індивідуальної творчості студента і викладача в умовах вільного висловлювання думок та ідей; форсований процес отримання знання шляхом занурення в ситуацію, що активовує механізми образного, інсайтного пізнання і нелінійного мислення. Сутнісними характеристиками case study у медичній освіті, на думку В. Киричок, є:

1) спрямованість на отримання знань з тих дисциплін, істина в яких плюралістична та на пізнавальні запитання не існує однозначної відповіді;

2) перенесення акценту не на оволодіння готовим знанням, а на його пошук, на рівноправність і співтворчість студентів і викладача під час обговорення проблеми;

3) проста і однозначна демонстрація технології методу: розробника моделі конкретної ситуації реальному житті → формулювання комплексу засвоєних знань і практичних навичок → підготовка тексту «кейса» → демонстрація кейса студентам для попередньо ознайомлення → додаткова робота студентів з різними джерелами інформації → обговорення змісту кейса;

4) зорієнтованість на розвиток системи цінностей студентів, професійних позицій, життєвих установок, своєрідного професійного світовідчуття;

5) емоційність викладу матеріалу і можливість «творчої конкуренції [33, с. 26].

У контексті дослідження, переосмисливши логіку створення кейсів та з урахуванням специфіки навчальної інформації, яка знаходиться в полі біоетичних та деонтологічних знань, виокремлено такі етапи в створенні кейсів:

– визначення мети створення кейса згідно з темою заняття;

– ідентифікація мети конкретній реальній або змодельованій ситуації;

– пошук джерел інформації для кейса;

– збір інформації та даних для кейса, зокрема й на основі контактів з медичними установами;

– підготовка і відбір форми подання матеріалу в кейсі (макетування, компоновка матеріалу, визначення форми презентації (відео, друкована тощо);

– обговорення формату ситуації і змісту кейса загалом з колегами для отримання експертної оцінки колег (лікарів-педагогів) перед апробацією кейса;

– внесення необхідних змін і вдосконалення кейса;

– підготовка методичних рекомендацій з використання кейса, зокрема й додаткові запитання для ведення дискусії і окреслення передбачуваних дій студентів і викладача в момент обговорення ситуації.

Інтерактивне навчання, видається в якості особливого способу пізнання дійсності, що здійснюється у вигляді форм спільної навчальної діяльності студентів. Водночас всі суб'єкти освітнього процесу взаємодіють один з одним, обмінюючись значущою навчальною інформацією, вирішуючи спільні навчальні проблеми, моделюючи навчальні ситуації, оцінюючи дії партнерів з навчальної взаємодії і свою власну навчальну поведінку, занурюючись у цьому в реальну атмосферу ділового співробітництва з вирішення навчальних творчих проблем [51, с. 214]. Тобто інтерактивне навчання допомагає переосмислити процес навчання: від практики до освоєння теорії [53, с. 57].

Інтерактивне навчання вимагає від викладача виконувати функцію консультанта, одного з джерел навчальної інформації. Центральне місце в його діяльності займає не лише окремий студент, а й група взаємодіючих студентів, які стимулюють активність один одного в освітньому процесі. Застосування інтерактивних методів навчання, на думку Л. Поєдинцевої, більшою мірою впливає на інтелектуальну активність і дух змагальності, який виявляється, в ситуації, коли студенти колективно шукають істину [57, с. 11]. У руслі дослідження відзначимо, що інтерактивна діяльність студентів забезпечує не лише приріст знань, умінь, навичок, способів діяльності та комунікації, а й розкриття творчих можливостей майбутніх медичних сестер, що є необхідною умовою для вдосконалення професійних компетентностей. З урахуванням особливостей діяльності майбутніх медичних сестер необхідно використовувати в процесі підготовки різні рольові ігри.

Рольова гра дозволяє моделювати різні професійні ситуації, проєктувати способи дій в умовах запропонованих моделей, демонструвати процес систематизації теоретичних знань за рішенням певної практичної проблеми. У рольовій грі важливе звернення саме до професійно зорієнтованої діяльності, до створення умов студентам для проб і помилок в рішенні професійних завдань задовго до зустрічі з ними в реальності [54, с. 144].

Формуванню готовності майбутньої медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами сприяє використання в процесі підготовки

тренінгу, який сприяє застосуванню теоретичних знань у практичній ситуації. Найбільш релевантною формою підготовки медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами є кейс метод [90, с. 104]. Даний метод є методом активного проблемно ситуаційного аналізу, заснований на навчанні шляхом вирішення конкретних завдань-ситуацій (кейсів). Головне його призначення полягає в розвитку здатності студентів знаходити вирішення проблеми і вчитися працювати з інформацією. При цьому акцент робиться не на отримання готових знань, а на їхнє вироблення, на співтворчість викладача і студента [81, с. 390].

Формуванню готовності до професійно-етичної взаємодії сприяє використання принципу діалогічності. Дискусійні клуби, круглі столи, дебати та інші форми і методи проведення занять сприяють формуванню у студентів умінь брати участь в дискусії, відстоювати власну позицію, залучати теоретичні знання для аргументації відповідей, доводити правильність вирішення професійних завдань.

Загалом використання інтерактивних форм і методів навчання майбутніх медичних сестер дозволить набути (таблиця 2.3):

*Таблиця 2.3*

**Вплив інтерактивних форм і методів навчання на формування навчальних здібностей студентів**

| **Учасники інтерактивної взаємодії** | **Характеристика набутих умінь в процесі інтерактивного навчання** |
|---|---|
| Студент | Досвід активного освоєння теоретичного змісту підготовки до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами у взаємозв'язку з практикою; розвиток особистісної рефлексії як майбутнього фахівця в сфері професійно-етичної взаємодії з пацієнтами; освоєння нового досвіду професійної взаємодії з медичною практикою; розвиток поваги стосовно пацієнтам, які перебувають у важкій життєвій ситуації. |
| Навчальна група | Формування навичок спільного спілкування і взаємодії в студентській групі; розвиток ціннісно-орієнтаційної єдності студентської групи; мотивація до гнучкої трансформації соціальних ролей залежно від комунікативної ситуації; засвоєння моральних норм і правил спільної взаємодії; формування здібностей до аналізу і самоаналізу в процесі |

| | |
|---|---|
| | групової рефлексії; формування здатності до розв'язання конфліктів компромісами. |
| Система взаємодії «викладач – група» | Нестандартна організація освітнього процесу; формування стійких мотивів до міжособистісної взаємодії як в навчальних, так і в професійно зумовлених ситуаціях. |

## 2.3. Потенціал інтерактивних технологій у вдосконаленні підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами

У межах вдосконалення підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами доцільним є ознайомлення студентів з такими дидактичними одиницями під час вивчення дисципліни «Основи психології та міжособове спілкування»: характеристика професії медичної сестри на сучасному етапі розвитку медицини; сучасні вимоги до особистості медичної сестри; загальні основи соціальної взаємодії як соціально-психологічного явища; сутність професійно-етичної взаємодії медичної сестри з пацієнтами, проблеми професійних конфліктів в діяльності медичної сестри; професійно-етична взаємодія медичної сестри з різними категоріями пацієнтів.

Під час ознайомлення з такими дидактичними одиницями студенти набували знання з основних функцій медсестри, культури обслуговування пацієнтів, значущих особистісних якостей медичної сестри (терпіння, милосердя, тактовність, відповідальність, доброзичливість). Важливим моментом під час ознайомлення з таким матеріалом була рольова гра: «Ідеальна медична сестра». Мета гри: сформувати у студентів загальні вміння і навички професійної взаємодії з пацієнтом на основі належного виконання своїх професійних обов'язків (Додаток А).

Студенти, виконуючи ролі медичної сестри і пацієнтів, розігрували комунікативні ситуації етичного характеру. Спочатку майбутні медики, грали роль медичної сестри, навмисно некоректно, порушуючи при цьому етичні норми. Після групового аналізу неетичної поведінки «медичних працівників»,

студенти виявляли комунікативні помилки і приходили до правильного рішення. Внаслідок студенти набували функціональні знання в сфері професійно-етичної взаємодії з пацієнтами; навчилися керувати комунікативною ситуацією, слухати клієнта, виявляти витримку, делікатність. У них сформувалося орієнтація на суб'єкт-суб'єктні відносини з пацієнтами.

Далі важливим є ознайомлення студентів з категоріями: громадський рівень взаємодії, поняття соціальної ролі; міжособистісний рівень взаємодії, його емоційний характер (кон'юнктивні і диз'юнктивні почуття) [83, с. 140]; потребнісна сутність міжособистісної взаємодії; роль і сутність спілкування в структурі міжособистісної взаємодії, що сприяло формуванню інтелектуально-пізнавального компонента готовності до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

З метою формування дієво-практичного компонента готовності студентам було запропоновано обговорити: сутність, роль і функції спілкування в соціальній (міжособистісній) взаємодії; проаналізувати комунікативну, перцептивну та інтерактивну сторони спілкування і написати есе: «Роль спілкування в професійній діяльності медичної сестри». Обговорення письмових робіт студентів показало, що практично всі студенти у написанні есе показали упевненість в тому, що від конструктивного спілкування медичної сестри з пацієнтами залежить успішність процесу лікування.

Подальшим важливим моментом було важливе освоєння студентами таких дидактичних одиниць: формальний і неформальний (міжособистісний) рівень відносин з пацієнтами; соціальна взаємодія з пацієнтами: рольовий (професійний) і міжособистісний (неформальний) рівні взаємодії в системі «медична сестра – пацієнт», їхній діалектичний взаємозв'язок; принцип діалогу і його методологічна роль в організації та здійсненні професійно-етичної взаємодії медичної сестри і пацієнтів; спілкування медичної сестри з пацієнтами в структурі професійно-етичної взаємодії з ними; роль етнічної основи професійного спілкування медичної сестри з пацієнтами.

Крім того, студенти знайомилися з категоріями: роль етики в професійної діяльності медичної сестри; професійна етика як основа професіоналізму медичної сестри; етичні категорії як нормативні орієнтири професійної діяльності медичної сестри; поняття справедливості; справедливість у взаєминах медичної сестри і пацієнтів; милосердя і обов'язок в професійній діяльності медичної сестри; моральна і духовна досконалість особистості медичної сестри.

Після занять студентам було запропоновано провести контент-аналіз етичного Кодексу медичної сестри України. Під час використання цього методу роботи ми виходили з того, що контент-аналіз (від англ, contens – зміст) є методом якісно-кількісного аналізу змісту документів з метою виявлення або вимірювання соціальних фактів і тенденцій, відображених цими документами [10, с. 144]. Особливість цього методу полягає в тому, що він вивчає документи в їхньому соціальному контексті. Студентами були проаналізовані такі розділи Кодексу (перед цим навчальна група була розділена на мікрогрупи, кожна з яких аналізувала свій розділ Кодексу): загальні положення; взаємовідносини медичної сестри і її пацієнта; медсестра і її робота; відносини медичної сестри і суспільства; дія Кодексу, відповідальність за порушення, можливості і порядок перегляду.

Окрім того, студенти обговорювали за круглим столом проблему евтаназії. Студенти розділилися на дві групи – «прихильники» і «противники» евтаназії. «Прихильники» евтаназії висунули такі аргументи її необхідності:

1) життя – це благо і його треба прожити з задоволенням і з позитивними емоціями;

2) життя – це цінність тоді, коли людина здорова і може усвідомлювати реальну красу навколишнього соціокультурного світу;

3) підтримка життя на вітальному рівні не має сенсу.

«Противники» евтаназії, водночас приводили контраргументи. В результаті обговорення проблеми «круглий стіл» прийшов до висновку: «Евтаназія порушує принцип святості людського життя, тому вона недопустима». У результаті такої навчальної діяльності у студентів

сформувалася мотивація на безперервне вдосконалення знань в сфері професійно-етичної взаємодії з пацієнтами, ціннісна орієнтація на надання допомоги пацієнтам незалежно від їхньої національності, релігійних переконань, специфіки захворювання. Студенти набули функціональні знання професійно-етичної взаємодії з пацієнтами і вміння конструктивно спілкуватися з пацієнтами, колегами, слухати пацієнта, виявляти витримку, делікатність.

Далі важливим було освоєння студентами таких дидактичних одиниць: сутність конфлікту; класифікація конфліктів; конструктивні і деструктивні конфлікти; конструктивні функції конфлікту, деструктивні функції конфлікту; сторони конфлікту в медичному лікувальному закладі; предмет і об'єкт конфлікту в системі відносин «медична сестра – пацієнт», мотиви конфлікту, позиції конфліктуючих сторін в системі «медична сестра – пацієнт»; прогнозування конфлікту, попередження конфлікту в стосунках медичної сестри і пацієнтів; конструктивне управління процесом конфлікту в системі «медична сестра – пацієнт», ефективні методи його вирішення.

Для формування суб'єктної позиції студентів лекція була проведена із заздалегідь запланованими помилками. Після оголошення теми студентам було повідомлено, що в лекції буде допущено 10 помилок світоглядного і поведінкового характеру. Студенти повинні були виявити помилки, зафіксувати їх на полях і назвати в кінці. Виходячи з критеріїв: всі помилки знайдені, помилки знайдені не всі, помилки не знайдені, аналізувалася загальна ефективність роботи студентів. Середня кількість знайдених помилок дорівнювало шести, а далі було проведено огляд правильних відповідей.

Не менш важливим був розгляд професійно-етичної взаємодії медичної сестри з різними категоріями пацієнтів для формування уявлень студентів про специфіку відносин з різними категоріями пацієнтів. З цією метою студенти розглядали такі дидактичні одиниці: особливості професійно-етичної взаємодії медичної сестри з пацієнтами, що мають онкологічні, пульмонологічні, гематологічні, кардіологічні, ревматологічні, гастроентерологічні та інші захворювання. Для цього використовувався відеоряд, який показує практичні

ситуації, що відображають процес взаємодії і спілкування медичних сестер з різними категоріями пацієнтів. Загалом на заняттях майбутні медики мали повну можливість проєктувати набуті теоретичні знання на майбутню професійну діяльність і на творчу самореалізацію в професії. Майбутні медичні сестри долучилися до загальних знань і вмінь в сфері проблем професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

Подальшим важливим кроком було відпрацювання вмінь майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами різних вікових груп і різних видів захворювань. Так, спершу у студентів формувалися первинні вміння і навички взаємодії з пацієнтами різного віку і статі. Студентам було запропоновано тренінгові вправи.

*Вправа 1*. Майбутнім медикам необхідно познайомитися з пацієнткою (роль якої грала одна зі студенток), яка була похмурою, замкнутою, мовчазною, закритою для спілкування.

*Вправа 2*. Студентам було запропоновано встановити первинний контакт: з дитиною молодшого дошкільного віку; з дитиною старшого дошкільного віку; дитиною молодшого шкільного віку; з дитиною підліткового віку; з дорослою людиною; з літньою людиною.

*Вправа 3*. Студенти повинні були встановити первинний контакт: з дорослим пацієнтом чоловіком; з дорослим пацієнтом жінкою.

Далі освітній процес було зорієнтоване на формування первинних умінь і навички взаємодії з пацієнтами з онкологічними захворюваннями. Студенти вчилися вирішувати проблемні ситуації взаємодії з такими хворими.

На першому етапі було проведено групове обговорення такої проблеми: особливості психологічного переживання хвороби у онкологічних пацієнтів і специфічні особливості взаємодії медичної сестри з такими пацієнтами. Після групового обговорення студентам було запропоновано виконати тренінгову вправу на формування умінь проведення індивідуальної бесіди з проблемним пацієнтом, у якого виявлено онкологічне захворювання. Студентам було

необхідно познайомитися з пацієнтом, який знаходиться в стані депресії і вивести його з цього стану.

Далі важливим моментом було проведення вправ щодо організації взаємодії з пацієнтами з пульмонологічними захворюваннями для формування первинних умінь і навичок взаємодії з пацієнтами з пульмонологічними захворюваннями. Майбутні медики вчилися вирішувати комунікативні ситуації взаємодії з такими пацієнтами. Спочатку було проведено групове обговорення наступної проблеми: особливості психологічного переживання хвороби у пульмонологічних пацієнтів і проблеми взаємодії медичної сестри з такими пацієнтами. Далі студентам було запропоновано виконати тренінгові вправи: поговорити з пульмонологічним пацієнтом, який порушує режим лікування.

Далі студентів було ознайомлено з особливостями професійно-етичної взаємодії медичної сестри з пацієнтами з гематологічними захворюваннями для формування первинних вмінь і навичок взаємодії з пацієнтами з гематологічними захворюваннями. Майбутні медичні сестри вчилися вирішувати комунікативні ситуації взаємодії з такими пацієнтами. Подальшим кроком було ознайомлення студентів з особливостями професійно-етичної взаємодії медичної сестри з пацієнтами з кардіологічними та ревматологічними захворюваннями для формування первинних вміння і навичок взаємодії з пацієнтами з кардіологічними та ревматологічними захворюваннями. Спочатку було проведено груповий аналіз питань, пов’язаний з виявленням особливостей психологічного переживання захворювання у ревматологічними пацієнтів. Далі студентам було запропоновано виконати тренінгову вправу: поговорити з ревматологічними пацієнтом, який відчуває депресію і закритий для спілкування. Заключним було ознайомлення з особливостями професійно-етичної взаємодії медичної сестри з пацієнтами з гастроентерологічними захворюваннями, що було орієнтоване на формування первинних умінь і навичок взаємодії з гастроентерологічними пацієнтами.

Таке ознайомлення дозволила сформувати ціннісно-мотиваційне ставлення до фізичного, соціального та психічного здоров’я пацієнта; ціннісні

орієнтації на надання допомоги пацієнтам незалежно від специфіки захворювання. У студентів сформувалася емоційна відкритість і теплота, тактовність, розуміння, справедливість, милосердя, чуйність. Вони дізналися особливості взаємодії з різними категоріями пацієнтів і набували вміння здійснювати спілкування з ними.

Паралельно студентам пропонувалося вирішити розроблені кейс-завдання. Для з'ясування професійно-етичної взаємодії медичної сестри з пацієнтами з гендерними і віковими особливостями кейс-завдання було представлена ситуацією, в якій медична сестра через поведінкові помилки спровокувала конфлікт з жінкою пацієнта. В результаті рішення завдання студенти виявили етичні помилки медичної сестри і виробили правильну стратегію поведінки медичного працівника у взаємодії з пацієнткою (Додаток Б).

Вирішуючи наступне кейс-завдання (Додаток В) студенти повинні були виявити помилки медичної сестри у взаємодії з пацієнткою, визначити базові потреби пацієнтки, а також перевірити дію соціально-психологічного механізму міжособистісного відчуження в реальній ситуації професійної взаємодії медичної сестри з пацієнткою. Формуванню умінь взаємодіяти з різними категоріями пацієнтів сприяло вирішення кейс-завдання, зміст якого було представлено ситуацією неетичної поведінки медичної сестри стосовно пацієнта (Додаток Ґ). Вирішення кейс-завдання, пов'язаного із здійсненням взаємодії з пульмонологічним захворюванням, сприяло формуванню здатності студентів встановлювати контакт з пацієнтами (Додаток Д). Залом за допомогою кейс-завдань студенти навчилися проєктувати отримані раніше знання на реальну професійну діяльність медичних сестер; виявляти недоліки і переваги власної професійно-етичної взаємодії з пацієнтами; визначати траєкторію розвитку своїх здібностей, якостей особистості, необхідних для конструктивної професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

## 2.4 Організація та результати експериментального дослідження

Експериментальна робота з підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами передбачала визначення початкового стану готовності майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами і подальше використання розроблених інтерактивних вправ у процесі вивчення дисципліни «Основи психології та міжособове спілкування» (формувальний етап) та аналіз отриманих результатів.

Базу дослідження склали 112 студентів Миколаївського базового медичного фахового коледжу Миколаївської обласної ради. До складу контрольної групи входило 53 студента, до складу експериментальної – 59 студентів. Експериментальна група була сформована з студентів, у яких магістрант здійснював викладацьку діяльність. Контрольна група була представлена студентами, з якими магістрант навчальну роботу не проводив.

Під час експерименту нами були використані такі діагностичні методики: Методика «Мотивація професійної медичної діяльності» К. Замфіра (модифікація А. Реана) (Додаток Е), анкета для вивчення мотиваційно-ціннісного компонента готовності медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами (Додаток Є), анкета для вивчення емоційно-вольового компонента готовності медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами (Додаток Ж) [69, с. 260].

Констатувальний зріз показав, що 34 % студентів КГ володіють високим рівнем, а в ЕГ цей показник – 30,5 %, середній рівень притаманний 45,3 % студентам КГ та 49,2 % майбутнім медсестрам ЕГ, а низький ріень продемонстрували 20,7 % студентів КГ та 20,3 % студентів ЕГ. Таким чином, дослідження показало, що у студентів КГ та ЕГ сформовані мотиваційно-ціннісний, емоційно-вольовий, інтелектуально-пізнавальний і дієво-практичний компоненти готовності до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами в основному на середньому і низькому рівні рівнях. Це дозволяє стверджувати, що всі компоненти зазначеної готовності можуть бути якісно формуватися в процесі експериментальної роботи.

Після проведення експериментального дослідження було проведено підсумковий зріз. Для більш наочного відображення підсумкових результатів формувального експерименту і кількісного порівняння процентних показників позитивної динаміки в контрольних і експериментальних групах студентів на кінцевому зрізі представлена зведена підсумкова таблиця (таблиця 2.4).

*Таблиця 2.4*

**Кількісні показники динаміки сформованості рівнів всіх компонентів готовності медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами за результатами формувального експерименту в контрольних та експериментальних групах студентів**

| **Компоненти мотивації і готовності до професійної медичної діяльності** | **Показники в КГ** | **Показники в ЕГ** | **Різниця результатів між КГ і ЕГ** | **Рівні вияву** |
|---|---|---|---|---|
| | % | % | % | |
| Внутрішня мотивація професійної медичної діяльності | 3,7 | 32,2 | 28,5 | високий |
| Зовнішня позитивна мотивація професійної медичної діяльності | 3,8 | 37,3 | 33,5 | високий |
| Зовнішня негативна мотивація професійної медичної діяльності | 5,6 | 30,5 | 24,9 | середній низький |
| Мотиваційний комплекс особистості професійної медичної діяльності | 3,7 | 33,9 | 30,2 | високий |
| Мотиваційно-ціннісний компонент готовності | 3,7 | 37,3 | 33,6 | високий |
| Емоційна складова компонента готовності | 3,8 | 32,2 | 28,4 | високий |
| Вольова складова компонента готовності | 3,7 | 30,5 | 26,8 | високий |
| Ставлення пацієнтів до професійної готовності студентів | 3,7 | 35,6 | 31,9 | високий |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Інтелектуально-пізнавальний компонент готовності | 5,6 | 40,7 | 35,1 | високий |
| Дієво-практичний компонент готовності | 5,6 | 39,0 | 33,4 | високий |

Результати загального кількісного аналізу процентних показників засвідчують відсутність помітної позитивної динаміки стану підготовленості майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами у студентів у КГ. В ЕГ така динаміка є значно вираженішою, про що свідчать відсоткові показники і висока різниця результатів між ЕГ та КГ. Таким чином, експериментальний етап дослідження показав істотну ефективність використання інтерактивних технологій у формуванні мотивації і різних компонентів готовності майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами в процесі навчання.

Для більш детальної оцінки результатів формувального експерименту проведемо якісний аналіз показників динаміки стану готовності майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами. Для дослідження закономірностей в динаміці було проведено якісний аналіз експериментальних результатів із застосуванням $X^2$-критерію [45, с. 134].

Формула $X^2$ - критерію:

$$X^2 = E \frac{m (V k - Pk)_2}{K=1 \; Pk}$$

де: Pk – результативна частота спостережень на початковому експериментальному етапі;

Vk – результативна частота, здійснена після закінчення експерименту;

m – загальна кількість студентів, на які розділилися дані спостережень.

Для цифрового спостереження за процесом формувального експериментального етапу нами були використані обчислення $X^2$-критерію на початковому та заключному зрізах.

Отримане нами значення $X_{КР}^2$ = 1,96 в контрольних групах менше відповідного табличного значення для m-1 = 2 ступенів свободи, що становить 13,82 при вірогідності допустимої помилки менше 0,1% (Р <0,001), що свідчить про стійкість оцінки студентів в контрольних групах.

В експериментальних групах $X_{КР}^2$= 51,43 значно більше $X_{КР}^2$ табличного = 13,82 для m-1 = 2 ступенів свободи при ймовірності припустимої помилки менше 0,1% (р <0,001).

Для більш наочного сприйняття якісного аналізу даних за $X^2$- критерієм і порівняння показників динаміки в КГ і ЕГ студентів на кінцевому зрізі представлена зведена підсумкова таблиця 2.5.

*Таблиця 2.5*

**Порівняння $X_{КР}^2$ спостереження і $X_{КР}^2$ табличного в контрольних і експериментальних групах студентів**

| **Компоненти мотивації і готовності до професійної медичної діяльності** | **КГ** | **ЕГ** | **$X_{КР}^2$ табличний** | **Ймовірність допустимої похибки** |
|---|---|---|---|---|
| | $X_{КР}^2$ спостереження | $X_{КР}^2$ табличне | | |
| Внутрішня мотивація професійної медичної діяльності | 0,65 | 46,8 | 13,82 | р < 0,001 |
| Зовнішня позитивна мотивація професійної медичної діяльності | 0,67 | 61,48 | 13,82 | р < 0,001 |
| Зовнішня негативна мотивація професійної медичної діяльності | 1,6 | 44,5 | 13,82 | р < 0,001 |
| Мотиваційний комплекс особистості професійної медичної діяльності | 1,96 | 51,43 | 13,82 | р < 0,001 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Мотиваційно-ціннісний компонент готовності | 0,68 | 61,01 | 13,82 | $p < 0,001$ |
| Емоційна складова компонента готовності | 0,7 | 44,79 | 13,82 | $p < 0,001$ |
| Вольова складова компонента готовності | 0,69 | 41,94 | 13,82 | $p < 0,001$ |
| Ставлення пацієнтів до професійної готовності студентів | 1,99 | 60,46 | 13,82 | $p < 0,001$ |
| Інтелектуально-пізнавальний компонент готовності | 2,32 | 78,6 | 13,82 | $p < 0,001$ |
| Дієво-практичний компонент готовності | 2,25 | 72,8 | 13,82 | $p < 0,001$ |

Результати зведеної таблиці, значення $X_{КР}^2$ критерію в контрольних групах студентів менше $X_{КР}^2$ табличного, а $X_{КР}^2$ критерію в експериментальних групах респондентів – значно вище, що вказує на ефективність експериментальної роботи з підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

Загалом, як показують дані формувального експериментального етапу дослідження, має місце стійка позитивна динаміка всіх компонентів готовності майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами в експериментальній групі респондентів. У контрольній групі студентів позитивна динаміка позначеної готовності характеризується вираженою незначністю.

**Висновки до розділу:**

У логіці дослідження, на основі аналізу літератури та емпіричного педагогічного досвіду, було подано визначення поняттю «готовність медичної

сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами», яка представлена як багатокомпонентна, динамічна структура особистості майбутньої медичної сестри, що дозволяє здійснювати спілкування з пацієнтами на основі взаєморозуміння, співробітництва, співпереживання, співчуття, рефлексії та перцептивної ідентифікації з урахуванням особливостей різних захворювань з метою відновлення і зміцнення фізичного, психічного і соціального здоров'я пацієнтів. У структуру готовності входять: мотиваційно-ціннісний, емоційно-вольовий, інтелектуально-пізнавальний і дієво-практичний компоненти.

Експериментальна робота з підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами здійснювалася на базі Миколаївського базового медичного фахового коледжу Миколаївської обласної ради зі 112 студентами. До складу контрольної групи входило 53 студента, до складу експериментальної – 59 студентів. Експериментальна група була сформована з студентів, у яких магістрант здійснював викладацьку діяльність.

В експериментальних групах вивчення дисципліни «Основи психології та міжособове спілкування» насичувалися додатковими дидактичними одиницями в контексті професійно-комунікативної спрямованості та апробовувалися кейс-завдання з професійно-етичної взаємодії з пацієнтами. Після проведення експериментальної роботи було здійснено контрольний зріз. Аналіз результатів зрізу засвідчив більш високу динаміку сформованості готовності до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами у студентів експериментальних груп, що доводить ефективність, значущість, дієвість та результативність педагогічних заходів, що здійснюються в ході проведення експерименту з позитивним впливом на студентів експериментальних груп.

Для більш наочного сприйняття підсумкових результатів формувального експерименту і кількісного порівняння процентних показників позитивної динаміки в контрольних і експериментальних групах студентів використовувався $X_{КР}^2$- критерій. Результати значення $X_{КР}^2$-критерію в КГ студентів менше $X_{КР}^2$ табличного, а $X_{КР}^2$-критерій в експериментальних групах респондентів – значно вище, що вказує на ефективність використання кейс-

завдань у підготовці майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

## ВИСНОВКИ:

1. На сучасному етапі розвитку суспільства інтерес до представників професії сестринської справи набуває особливої актуальності, невдоволення пацієнтів стосовно медичних працівників виявляється все гостріше і тому медична сестра повинна підтримувати репутацію і авторитет сестринської професії. Принципи, правила етики і деонтології в роботі медика повинні стати предметом постійної уваги. Сестринська справа є міжособистісним процесом, в якому професійна медична сестра надає допомогу пацієнтові, його сім'ї запобігти хворобам і полегшенні страждань або боротьбі з ними, і за необхідності підтримує морально, допомагає не втратити сенс існування. Основною умовою ефективності професійного спілкування медичної сестри є вияв доброзичливості, уваги, інтересу, професійної компетентності, а також дотримання етико-деонтологічних аспектів у своїй професійній діяльності.

2. Для виконання своїх функціональних обов'язків сучасна медична сестра повинна вміти взаємодіяти з пацієнтами. Конструктивні відносини з пацієнтами вимагають сформованості таких особистісних якостей медичної сестри: високий рівень розвитку комунікативних компетенцій (здатність до динамічного та адекватного встановленню контактів з пацієнтами, здійснення професійно зумовленого спілкування з пацієнтами на основі співпраці, володіння необхідними мовними формами, прийомами спілкування); здатність до співпереживання, співчуття, до розуміння пацієнта на основі рефлексії та перцептивної ідентифікації. У логіці дослідження була інтерпретована дефініція «професійно-етична взаємодія з пацієнтами» як процес численних контактів, заснованих на взаєморозумінні, довірі, ввічливості, кооперації, паритетності, справедливості, щирості, освіченості. Наслідком такої взаємодії є зміни в здоров'ї пацієнтів, їхній поведінці і ставленні до оточуючих і своєї життєдіяльності.

3. У магістерському дослідженні актуалізовано категорію «готовність до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами», яка є багатокомпонентною динамічною структурою особистості, що дозволяє здійснювати спілкування з пацієнтами на основі взаєморозуміння, співробітництва, співпереживання, співчуття, рефлексії і перцептивної ідентифікації з урахуванням особливостей різних захворювань і з метою відновлення і зміцнення фізичного, психічного і соціального здоров'я пацієнтів. Готовність складається з мотиваційно-ціннісного, емоційно-вольового, інтелектуально-пізнавального і дієво-практичного компонентів.

4. Потенціал інтерактивного навчання у підготовці майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами дає змогу збагачення змісту підготовки категоріями професійно-етичної взаємодії. Так, використання інтерактивних форм і методів навчання (кейс-завдань, мозковий штурм) сприяли формуванню активної позиції майбутніх медичних сестер і готовності до самостійного навчання, забезпечувало досвід професійного саморозвитку, емоційно-ціннісного ставлення.

5. Після проведення експериментальної роботи з підготовки майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії було здійснено контрольний зріз, який засвідчив динаміку сформованості всіх компонентів готовності у студентів експериментальних груп. В контрольних групах студентів динаміка позначеної готовності мала незначний позитивний характер. Для якісної оцінки формувального експериментального етапу були використані обчислення $X_{КР}^2$-критерію початкового та заключного діагностичних зрізів. Результати значення $X_{КР}^2$-критерію в контрольних групах студентів менше $X_{КР}^2$ табличного, а $X_{КР}^2$-критерію в експериментальних групах респондентів – значно вище, що свідчить про ефективність використання практичних технік, ситуаційних вправ, ігор та завдань для формування готовності майбутніх медичних сестер до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:


1. Авраменко Т. П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналітична доповідь. К. : НІСД, 2012. 35 с.
2. Акуліна Л. П. Ступенева медсестринська освіта – вимога міжнародних стандартів. *Актуальні питання підготовки майбутніх фармацевтичних та медичних фахівців в умовах сучасної освіти:* матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Житомир, 15 лютого –24 березня 2016 р.). Житомир, 2016. С. 4–5.
3. Андрійчук О. Я. Виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: 13.00.07. Київ, 2003. 21 с.
4. Антонова О. Є., Шарлович З. П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини: сутність, структура, технологія формування: монографія. Житомир: Вид-во Полісся, 2016. 258 с.
5. Бачинська Л. Ю. Співвідношення медичної етики, медичної деонтології та біоетики. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер.: Право*. 2016. Вип. 37 (3). С. 131–134.
6. Биомедицинская этика: практикум / под общ. ред. С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич. Минск: БГМУ, 2011. 255 с.
7. Биоэтика: междисциплинарные стратегии и приорететы: учебно-метод. пособие / под ред. Я.С. Яскевич. Минск : БГЭУ, 2007. 226 с.
8. Біда О. А., Саблук А. Г. Деонтологічний підхід у професійній підготовці майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Сер.: «Педагогіка, психологія, філософія».* 2018. Вип. 291. С. 259–261.

9. Біда О. А., Саблук А. Г. Формування професійної ідентичності майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи. *Педагогічний часопис Волині.* 2018. № 4 (11). С. 139–143.
10. Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти. Львів: Вид-во «Світ», 2008. 344 с.
11. Біоетика: підруч. / Е. Зґречча, А. Дж. Спаньйоло, М. Л. П'єтро та ін.; переклад з італ. В. Й. Шовкун. Львів: Медицина і право, 2007. 672 с.
12. Бурименко А. О. Історико-ретроспективний аналіз становлення сестринської справи й медсестринської освіти. *Медсестринство.* 2018. Вип. 1. С. 27–29.
13. Варава О. Б. Формування професійної мобільності майбутніх бакалаврів сестринської справи у фаховій підготовці: дис. канд. пед. наук : 13.00.04. Хмельницький, 2019. 257 с.
14. Васильєва М. П. Теорія педагогічної деонтології. Харків: Нове слово, 2003. 216 с.
15. Галузевий стандарт вищої освіти України. Освітньо-кваліфікаційна характеристика. Молодший спеціаліст. Галузь знань: 1201 Медицина. Спеціальність: 5.12010105 «Акушерська справа». Кваліфікація: 3232 «Акушерка» / Міністерство освіти і науки України. Київ, 2011. 31 с.
16. Горбунова В. В. Этические дилеммы в психологической практике / *Психологический журнал*. 2010. № 4 (31). С. 113–119.
17. Губенко Г. Інтегративна педагогічна біоетика як новий напрям підготовки фахівців. *Вища освіта України*. 2014. № 3. С. 75–81.
18. Гуляєв М. П., Христофорова А. В., Гладких В. П. Деонтологічні аспекти медсестринства в педіатрії. *Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи*: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Житомир, 10-11 лист. 2011 р.). Житомир: Полісся, 2011. С. 83–86.
19. Демінська Л. О. Аналіз основних положень аксіологічної науки у філософському та педагогічному аспекті. *Педагогіка, психологія та*

*медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2011. № 11. С. 41–45.

20. Есатова Е. Р. Історичні передумови зародження та розвитку деонтології. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер.: Педагогічні науки*. 2013. Вип. 108.1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2013_1_108_48.
21. Етичний кодекс медичної сестри України. URL: http://medmedsestrunstvo.blogspot.nl/2016/03/blog-post_16.html
22. Етичний кодекс професійної етики міжнародної ради медсестер. URL: http://studopedia.info/5-31275.html.
23. Єхалов В. В., Клигунець О. М., Муризіна О. Ю. Медична деонтологія очима лікаря за фахом «Загальна практика – сімейна медицина». *Сімейна медицина*. 2015. № 6. С. 33–35.
24. Жерновникова О. А. Дидактичні умови стимулювання самостійної навчальної діяльності студентів медичного коледжу: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.09 / Харківський нац. пед. ун-тет ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2009. 227 с.
25. Заболотная С. Г. Студенческое научное общество – аксиологический потенциал современного медицинского образования. *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова*. 2013. № 3. С. 63–65.
26. Закусилова Т. О. Актуалізація професійних цінностей у контексті формування професіоналізму майбутніх медичних сестер. *Scientific Journal «ScienceRise: Pedagogical Education»*. 2016. № 11(7). С. 48–51.
27. Запорожан В. М., Шкіряк-Нижник З. А., Горовенко Н. Г., Ципкун А. Г. Біоетичні та деонтологічні принципи у роботі наукових та лікувальних закладів Національної академії медичних наук. *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2014. № 1. Т. 20. С. 3−10.
28. Зильбер А. П. Этюды медицинского права и этики. Москва: МЕДпресс-информ, 2008. 848 с.

29. Зобов А. М. Метод изучения ситуаций (case study) в образовании: его история и применение. «Элитариум»: электрон. науч. журн. 2006. № 2. URL: http://www.elitarium.ru/2006/02/09/
30. Іванчук О. В., Боб А. О. Особливості комунікативної взаємодії медичної сестри та геріатричних хворих. *Медсестринство*. 2017. Вип. 3. С. 33–36.
31. Карпенко З. С. Аксіологічна психологія особистості: монографія. Івано-Франківськ: Лілея-НВ, 2009. 512 с.
32. Касевич Н. М. Медсестринська етика і деонтологія: підруч. 3-тє вид., випр. Київ: ВСВ «Медицина», 2013. 200 с.
33. Киричок В. А. Можливості застосування інтерактивних методів навчання у системі післядипломної медичної освіти. *Медична освіта*. 2016. № 1. С. 25–28.
34. Климчук В. О. Психологічна деонтологія: етичні кодекси. Хрестоматія. Київ: МАУП, 2005. 88 с.
35. Коваль О. Я. Поняття та принципи правничої деонтології як філософсько-правової науки. *Вісник Чернівецького факультету Національного університету «Одеська юридична академія»*. 2013. Вип. 1. С. 15–22.
36. Ковальова О. М., Сафаргаліна-Корнілова Н. А., Герасимчук Н. М. Деонтологія в медицині: підруч. Харків: Вид-во Харківського національного медичного університету, 2014. 258 с.
37. Ковальчук Л. Я. Застосування Європейських стандартів і рекомендацій щодо внутрішнього забезпечення якості медсестринської освіти в Тернопільському державному медичному університеті. *Медсестринство*. 2011. № 1. С. 13–16.
38. Козак Х. І. Виховання гуманного ставлення до пацієнтів у майбутніх медичних працівників. *«Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи»*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Житомир, 15–16 жовт. 2015 р.). Житомир, 2015. С. 68–69.
39. Козак Х. І. Деонтологічні принципи та психологічні особливості професійної взаємодії медичних сестер і пацієнтів. *«Дослідження різних*

*напрямків розвитку психології та педагогіки»*: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 16-17 черв. 2017 р.). Одеса, 2017. С. 78–82.

40. Козах Х. І. Моральність молодших спеціалістів сестринської справи: постановка проблеми і можливі шляхи її вирішення. *Молодий вчений*. 2016. № 12.1 (40). С. 440–444.
41. Колісник-Гуменюк Ю. І. Концептуальні основи формування професійно-етичної культури майбутніх медиків. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2011. № 5. С. 23–32.
42. Концепція побудови нової національної системи охорони здоров'я України: розпорядження Каб. Міністрів України від 15.09.2014 р. № 527. URL: http://www.moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf
43. Круковська І. М. Естетичні чинники етико-деонтологічного аспекту професійної діяльності медичного працівника. *Естетичне виховання дітей та молоді: теорія, практика, перспективи розвитк*у. 2012. № 5. С. 231–240.
44. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки: дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / Харківський нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2009. 251 с.
45. Кыверялг А. А. Методы исследования в профессиональной педагогике. Таллин: Валгус, 1980. 334 с.
46. Лисак В. М. Проблеми педагогічної деонтології в історико-дидактичних дослідженнях. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2009. № 1. С. 268–273.
47. Мазепа Х. В. Особливості професійно-педагогічної підготовки медичних працівників. *Вісник Львівського університету. Сер.: Педагогічна*. 2009. Вип. 25 (3). С. 191–196.
48. Маркович О. В. Загальні принципи формування професійних знань, навичок, умінь: особливості формування професійних умінь в умовах медичного коледжу: метод. реком. Рівне: Рівненський державний базовий медичний коледж, 2006. 288 с.

49. Масний З. П. Проблеми деонтології в сучасній українській медицині. Львів: Літературна агенція «Піраміда», 2010. 74 с.
50. Матвійчук А. В. Деонтологічний аспект екологічного знання. *Мультиверсум*. 2006. Вип. 59. С. 39–44.
51. Мельничук І. М., Козах Х. І. Медичний коледж як освітнє середовище формування професійної ідентичності майбутніх спеціалістів сестринської справи. *Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету*. 2017. Вип. 16 (59). С. 212–216.
52. Мельничук І. М. Теорія і методика професійної підготовки майбутніх соціальних працівників засобами інтерактивних технологій: дис. доктора пед. наук: 13.00.04 / Тернопільський нац. пед. ун-тет. Тернопіль, 2011. 585 с.
53. Мухина Т. Г. Активные и интерактивные образовательные технологии (формы проведения занятий) в высшей школе: учебное пособие. Н. Новгород: ННГАСУ, 2013. 97 с.
54. Назар П. С., Віленський Ю. Г., Грандо О. А. Основи медичної етики. Київ: Здоров'я, 2002. 344 с.
55. Пасєчко Н. В. Основи сестринської справи: підручник. Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. 544 с.
56. Переймибіда Л. В. Організаційні засади діяльності педагогічного колективу з розвитку деонтологічної культури учнів медичного ліцею: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.01 / Київський нац. ун-т імені Тараса Шевченка. Київ, 2008. 21 с.
57. Поєдинцева Л. Л. Формування фахової компетентності майбутніх медичних сестер у процесі професійної підготовки у медичних коледжах: автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / Держ. ВНЗ «Донбас. держ. пед. ун-т». Слов'янськ, 2018. 20 с.
58. Попіль М. І., Галян І. М. Психологічні умови становлення професійної ідентичності майбутніх медсестер. *Науковий вісник Львівського*

*державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. 2008. Вип. 1. С. 130–141.

59. Поплавська С. Д. Етика професійної взаємодії медпрацівника і хворого. *Комп'ютерно-інтегровані технології: освіта, наука, виробництво*. 2013. Вип. 11. С. 126–135.
60. Попов М. В. Аксіологія і медицина. Проблема цінностей і медицина. Київ: ПАРАПАН, 2003. 284 с.
61. Про введення в дію складових галузевих стандартів вищої освіти зі спеціальностей освітньо-кваліфікаційного рівня молодшого спеціаліста галузей знань «Медицина» та «Фармація»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 07.07.2011 р. № 401. URL: http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=12802
62. Про затвердження «Програми розвитку медсестринства України на 2005–2010 рр.»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.11.2005 р. № 585. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20051108_585.html
63. Про стратегію сталого розвитку «Україна-2020»: Указ Президента України від 12.01.2015 р. №5/2015. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/5/2015.
64. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 років від 27.11.2014 р. URL: http://www.apteka.ua/article/315522.
65. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посіб. / уклад. І. В. Федік. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 126 с.
66. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності майбутніх медичних сестер у процесі вивчення фахових дисциплін: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / Ін-тут проф.-тех. освіти НАПН України. Київ, 2011. 21 с.
67. Романишина Л. М., Теличко Н. В. Проблема деонтології у формуванні професійно-етичної культури як складової загальної культури фахівця.

Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2015. Вип. 2. URL: http:// nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2015_2_17

68. Саблук А. Г. Професійне зростання майбутніх молодших спеціалістів сестринської справи до професійної діяльності в освітньому середовищі медичного коледжу: дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / Уманський держ. пед. ун-тет ім. Павла Тичини. Умань, 2018. 413 с.
69. Сисоєва С. О. Кристопчук Т. Є. Педагогічний експеримент в наукових дослідження неперервної професійної освіти: навч.-метод. посіб. Луцьк: Волинська обласна друкарня, 2009. 460 с.
70. Столяренко О. В. Виховання культури толерантних взаємин у студентської молоді: навч.-метод. посіб. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2014. 248 с.
71. Сурсаєва І. С. Формування професійного мислення майбутніх фельдшерів у процесі фахової підготовки в медичних коледжах: дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / Вінницький держ. пед. ун-тет ім. Михайла Коцюбинського. Вінниця, 2016. 298 с.
72. Терешкевич Д.-Г. Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти. Львів: Світ, 2008. 344 с.
73. Тимофієва М. П. Психологічна концепція професійного становлення та самореалізація особистості у вищому медичному закладі. URL: http://www.rusnauka.com/%2034_NIEK_2010/Pedagogica/75369.doc.%20htm
74. Тихолаз С. І. Діалогізація педагогічної взаємодії як умова розвитку професійної спрямованості студентів медичного університету. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету ім. В. Гнатюка. Сер.: Педагогіка*. 2012. № 1. С. 153–157.
75. Тофтул М. Г. Сучасний словник з етики: Словник. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. 416 с.
76. Ушакова К. Ю. Психологічні чинники становлення професійної «Я-концепції» у студентів медичних коледжів: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / Нац. пед. ун-ет ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2018. 21 с.
77. Фаулер М. Этика и сестринское дело. Москва: Медицина, 2009. 287 с.

78. Чумак А. Л. Моральна регуляція у сфері медицини: від клятви Гіппократа до сучасних етичних документів. Гуманітарний часопис. 2009. Вип. 2. С. 26–32.

79. Шегедин М. Б. Медико-соціальні основи реформування медсестринських кадрових ресурсів системи охорони здоров'я: дис. доктора мед. наук: 14.02.03 / Нац. мед. ун-тет ім. О. О. Богомольця МОЗ України. Київ, 2001. 332 с.

80. Щербак О. І. Професійно-педагогічна освіта: теорія і практика: монографія. Київ: Науковий світ, 2010. 279 с.

81. Ястремська С. О. Теорія і методика професійної підготовки майбутніх магістрів сестринської справи у вищих медичних навчальних закладах засобами дистанційного навчання: дис. доктора пед. наук: 13.00.04 / Хмельницька гум.-пед. акад. Хмельницький, 2018. 590 с.

82. Ящук О. В. Модель формування професійної культури у майбутнього медичного фахівця молодшої кваліфікації. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер.: Педагогічні науки*. 2014. Вип. 122. С. 330–333.

83. Andanda P., Wathuta J. Human Dignity as a Basis for Providing Post-Trial Access to Healthcare for Research Participants. *Medicine, Health Care and Philosophy. 2018. №* 21 (1). P. 139–155.

84. Baernstein A., Amies E., Chang T. A., Wenrich M. Learning Professionalism: Perspectives of Preclinical Medical Students. *Academic Medicine*. 2009. № 84 (5). С. 574–581.

85. Benedikter R., Molz M. The Rise of Neo-Integral Worldviews. Critical realism and spirituality. 2011. № 7. P. 29–74.

86. Benedikter R., Molz M. The Rise of Neo-Integral Worldviews. Critical realism and spirituality. 2011. № 7. P. 29–74

87. Bitzer E.M., Sporhase U. Health Literacy and patient education in medical rehabilitation. *National Center for Biotechnology Information*. 2015. Vol. 58 (9). P. 983–988.

88. Branch W. T. Jr. Treating the whole patient: passing time-honoured skills for building doctor–patient relationships on to generations of doctors. *Medical Education.* 2014. Vol. 48. P. 67–74.
89. Gaus G. What is Deontology?, Part Two: Reasons to Act. *Journal of Value Inquiry*. 2001. Vol. 35. Pp. 179–193.
90. Habermas J. Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2001. 294 p.
91. Ingrassia A. Reflexivity in the medical encounter: contributions from post-modern systemic practice. *Journal of Family Therapy*. 2013. Vol. 35 (2). P. 139–158.
92. Jarvis-Selinger S. D., Pratt D., Regehr G. Competency Is Not Enough: Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse. *Academic Medicine*. 2012. Vol. 87 (9). P. 1185–1190.
93. Larry A., Moore M. Deontological Ethics. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2007. № 21. URL: http://plato.stanford.edu/entries/ethics-deontological/#DeoThe
94. Mann K. V. Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities. *Medical Education*. 2011. № 4 5(1). P. 60–68.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

**Рольова гра: «Належне виконання медичною сестрою своїх професійних обов'язків стосовно пацієнта».**

*Вступна бесіда:* викладач як керівник гри проводить бесіду зі студентами з питань: цілі гри, зміст і результати кожного її етапу, система оцінювання діяльності студентів і правила, які необхідно виконувати під час гри і її етапів.

*Мета гри*: сформувати у студентів загальні вміння і навички професійної взаємодії з пацієнтом на основі належного виконання своїх професійних обов'язків. Студентки розділилися на кілька пар. У кожній парі одна студентка грає роль пацієнтки, інша – роль медичної сестри.

*Розігруються ситуації:*

1. Пацієнтка, записана на прийом до лікаря, зайшла в кабінет, де перебувала медична сестра, яка на запитання «де лікар?» відповіла, щоб пацієнтка закрила двері і навчилася читати оголошення на дверях.

А) Пацієнтка мовчки пішла.

Б) Жінка була обурена грубою відповіддю. З'ясувавши, що лікар захворів, а заради прийому вона відпросилася з роботи, вона сказала про це медсестрі. На що вона сказала, що це її проблеми. Пацієнтка обіцяла зателефонувати зі скаргою на гарячу лінію з проханням розібратися з грубою поведінкою медичного персоналу.

2. Пацієнтка, записана на прийом до лікаря, зайшла в кабінет, де перебувала медична сестра, яка на запитання «де лікар?» промовчала і проігнорувала репліки пацієнта. Пізніше вона пояснила свою поведінку (однокурсницям), що не зобов'язана пояснювати пацієнтці, що їй робити в цьому випадку.

А) Пацієнтка мовчки пішла.

Б) Пацієнтка обурилася грубою відповіддю і обіцяла скаржитися.

3. Пацієнтка, записана на прийом до лікаря, зайшла в кабінет, де перебувала медична сестра, яка на запитання «де лікар?» відправила пацієнтку до завідуючої поліклінікою для вирішення її проблеми, пояснивши, що медсестри вирішенням таких проблем не займаються.

А) Пацієнтка мовчки пішла до завідуючої.

Б) Пацієнтка стала обурюватися

На наступному етапі пройшло групове обговорення ситуації. Студентки мали аргументовано відповісти на питання: Хто не має рації в кожній ситуації, пацієнтка або медична сестра. І чому?

На заключному етапі студентки правильно розіграли свою професійну роль в такий спосіб: пацієнтка, записана на прийом до лікаря, зайшла в кабінет, де перебувала медична сестра. Медсестра на запитання «де лікар?» відповіла: ми приносимо вибачення за доставлені незручності, можна запропонувати Вам зручний час наступного прийому?

## Додаток Б

Кейс-завдання.

Пацієнт 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 безнадійний і лікування не принесе ніяких результатів, можливо у нього розвинеться рак легені. В результаті пацієнт М., спробував здійснити спробу суїциду, його родичі написали скаргу до органів охорони здоров'я і подали позов про компенсацію заподіяної моральної шкоди.

При аналізі вирішення наведеного кейс-завдання були зафіксовані дві неправильні позиції студентів:

- у спілкуванні з пацієнтом медсестра має право повідомити йому про його діагноз, проінформувати про випадки захворювання і ефективності проведеного лікування;

- медсестра не має права розповідати пацієнтові про діагноз, але може інформувати про діагноз, лікування та прогноз його родичів і знайомих.

**Додаток В**

Кейс-завдання.

У пацієнтки, 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 в приватну клініку, оскільки у неї всі медсестри перевантажені і не можуть бути уважні до кожного пацієнта.

Під час обговорення завдання практично всі студенти відзначили неправильність дій медичної сестри. Але у вирішенні кейс-завдання студентами були зафіксовані такі помилкові стратегії поведінки старшої медичної сестри:

- старша медична сестра повинна була негайно викликати процедурну сестру і змусити її вибачитися перед пацієнткою.

- старша медична сестра повинна була позбавити премії недобросовісну медсестру, і попередити, що якщо подібне повторитися, то вона її звільнить.

**Додаток Ґ**

Кейс-завдання.

**Завдання 3.** 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 в 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.

**Додаток Д**

Кейс-завдання

Чоловік прийшов на прийом. Лікар призначила йому обстеження. Він сказав, що робив ці обстеження недавно в межах диспансеризації і не буде проходити їх повторно. Його відправили за результатами. Фельдшер центру здоров'я відмовила йому у видачі результатів. Пацієнт повернувся. Лікар написав йому записку для фельдшера з проханням видати результати пацієнтові. Фельдшер сказала, що результатів ЕКГ та ОАК крові цього пацієнта немає, що йому треба йти за результатами в відділення профілактики, а не в центр здоров'я. Чоловік повернувся засмучений, у нього підвищився артеріальний тиск до 180/100. Гіпертонічний криз ускладнився інфарктом.

*Відповідь (правильна).* Лікар замість того, щоб відправляти пацієнта за результатами обстеження, зобов'язаний сам офіційно запросити їх в центр здоров'я для того, щоб надання допомоги було максимально зручним для пацієнта. А окремі підрозділи повинні більш злагоджено взаємодіяти один з одним.

*Відповідь (неправильна №1).* Лікар сам повинен був сходити за результатами обстеження пацієнта.

*Відповідь (неправильна №2).* Лікарю необхідно було наполягти, що потрібно зробити нові аналізи, пояснивши тим, що ніхто результати з центру здоров'я пацієнту не видасть на руки.

**Кейс-завдання**

Медична сестра після прийому попросила пацієнтку почекати в коридорі, поки вона їй випише рецепт і направлення на обстеження. Очікування було більше 40 хвилин. Пацієнтка почала обурюватися. На що медична сестра сказала: «Таких, як ви, у мене купа, якщо не подобається – не чекайте». Пацієнтці стало погано, підвищився артеріальний тиск – виник гіпертонічний криз.

*Відповідь (правильна).* Призначення препаратів, обговорення правил їхнього прийому, побічних ефектів, тривалості терапії і направлення на додаткові обстеження становлять важливу частину прийому лікаря. На повинно йти не менше однієї третини від загального часу прийому. Це підвищить рівень довіри і компетентність пацієнтів. Слова медичної сестри є грубим порушенням деонтологічних норм, знецінюють переживання пацієнта. Переживання кожного пацієнта унікальні для нього, тому їх не можна порівнювати з іншими. Якщо така ситуація виникла (очікування більше 40 хвилин), то медичний персонал повинен принести вибачення, підкресливши у своїх словах визнання цінності цієї людини.

*Відповідь (неправильна №1).* Пацієнту потрібно було рекомендувати прийти наступного дня, щоб забрати рецепт і направлення.

*Відповідь (неправильна №2).* Медсестра повинна була мовчки віддати рецепти і направлення і не вступати в конфлікт з пацієнтом. Якщо пацієнт незадоволений, то відправити його до завідуючої поліклінікою.

**Кейс-завдання**

Пацієнтка 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 її карту втратили. Жінка стала обурюватися, що її карту постійно не можуть знайти і втрачають. На що медсестра їй відповіла: «А я тут до чого? Ось хто втрачає, тому і висувайте претензії». Виник конфлікт, після якого жінка написала скаргу головному лікарю.

*Відповідь (правильна).* У наявності – помилки організації лікувального процесу в поліклініці. Картка пацієнтки повинна була знаходитися в кабінеті лікаря, тому що пацієнтка була записана на прийом заздалегідь. Якщо картка відсутня, то медична сестра повинна сама вирішити цю проблему, не залучаючи до цього пацієнтку, чи 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 слід відмовити в прийомі і записати її на інший день, пояснивши, що до цього часу картка обов'язково знайдеться.

**Кейс-завдання**

Дівчина 25 років, звернулася зі скаргою до завідуючого хірургічного відділення, де на лікуванні перебувала її мама. Жінці провели операцію, після якої категорично забороняється прийом їжі протягом 2-х днів, які не попередили її про це. На зауваження дівчини палатна медсестра нахамила, сказавши, що вона не зобов'язана за цим стежити.

*Відповідь (правильна).* Ефективність лікування після хірургічної операції визначається не лише успішністю оперативного втручання, а й якістю подальшого сестринського догляду. Це як раз входить в прямі обов'язки медичної сестри, які вона не виконує.

*Відповідь (неправильна №1).* Необхідно пояснити дівчині, що медичних кадрів не вистачає і догляд за пацієнтами повинні здійснювати самі родичі.

*Відповідь (неправильна №2).* Запропонувати родичам в наступний раз найняти платну доглядальницю, яка забезпечила б належний догляд.

**Додаток Е**

**Методика «Мотивація професійної медичної діяльності» К. Замфіра (модифікація А. Реана)**

Інструкція: Шановний студент! Прочитайте нижче перераховані мотиви своєї майбутньої професійної діяльності та дайте оцінку значущості для вас мотивів медичної діяльності за п’ятибальною шкалою.

Бланк відповідей:

| **Мотивація професійної медичної діяльності** | **Шкала оцінювання** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Прагнення до отримання визнання з боку керівництва медичного закладу | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Прагнення до просування по роботі | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3.Прагнення уникнути критики з боку колег, пацієнтів або родичів пацієнтів | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Прагнення уникнути можливих покарань або неприємностей | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Потреба в досягненні соціального престижу і поваги з боку колег, пацієнтів та їхніх родичів | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Задоволення від самого процесу і результату своєї професійної діяльності | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Можливість найбільш повної самореалізації саме в своїй професійній діяльності | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Підраховуються показники внутрішньої мотивації (ВМ), зовнішньої позитивної мотивації (ЗПМ) і зовнішньої негативною мотивації (ВНМ) у відповідності з ключами.

## Додаток Є

## Анкета для вивчення мотиваційно-ціннісного компонента готовності медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами

Шановні студенти! Постарайтеся об’єктивно оцінити, наскільки у Вас сформовані ціннісні орієнтації, необхідні для повноцінного спілкування з пацієнтами в майбутній професійній діяльності. Відповідайте «Так» (4 бали), «Скоріше так, ніж ні» (3 бали), «Скоріше ні, ніж так» (2 бали), «Ні» (1 бал).

1. Фізичне здоров’я пацієнта є найвищою цінністю.

2. Необхідно в будь-якій ситуації співчувати особистості пацієнта.

3. Пацієнт в будь-якій ситуації має право на полегшення страждань.

4. Завжди прагну здійснювати діяльність з відновлення здоров’я своїх пацієнтів.

5. У професійній діяльності завжди можу оцінити рівень своїх професійних можливостей.

6. Повною мірою усвідомлюю міру своєї професійної відповідальності.

7. Прагну до безперервного вдосконалення спеціальних компетенцій (знань, умінь, навичок).

8. Прагну до підвищення власного загальнокультурного рівня.

9. Прагну до такої взаємодії і спілкування з пацієнтами, при якому створюються оптимальні умови для відновлення і підтримки їхнього психічного і соціального здоров’я.

10. Вияв зарозумілості, зверхності або принизливого ставлення до пацієнта абсолютно неприпустимі.

11. Медична сестра не має права нав’язувати пацієнтам власні моральні, релігійні, політичні та інші переконання.

12. Необхідно орієнтуватися на надання компетентної допомоги пацієнтам незалежно від їхніх вікових або статевих особливостей.

13. Завжди прагну підтримувати авторитет і репутацію своєї професії.

14. Завжди прагну до охайності і дотримання правил особистої гігієни.

15. Повною мірою усвідомлюю значущість своєї моральної, економічної і професійної незалежності.

16. Не можна приймати подарунки і приємні пропозиції від пацієнтів, якщо їхні мотивом є прагненням отримати привілейоване становище стосовно інших пацієнтів.

17. Можна прийняти подяку від пацієнта, якщо така подяка виражена у формі, що не принижує гідність особистості обох, не входить в протиріччя з справедливістю і порядністю, з відповідними правовими нормами.

**Додаток Ж**

**Анкета для вивчення емоційно-вольового компонента готовності медичної сестри до професійно-етичної взаємодії з пацієнтами**

Шановні студенти! Оцініть, наскільки у Вас сформовані професійно-важливі якості, необхідні для повноцінного спілкування з пацієнтами в майбутній професійній діяльності.

| **Почуття або якості особистості** | **Так** | **Швидше так, ніж ні** | **Швидше ні, ніж так** | **Ні** |
|---|---|---|---|---|
| | **4** | **3** | **2** | **1** |
| *У мене повною мірою розвинені нижче наведені почуття, необхідні для професійно-етичної взаємодії з пацієнтами* | | | | |
| Справедливість: (ставлення до пацієнта як до найвищої цінності, як до людини, що має право на благо, зумовлене хорошим здоров'ям, відповідним самопочуттям тощо). | | | | |
| Любов: (принцип: найкраща людина не та, що відноситься до себе згідно з чеснотою, а та, хто відноситься таким чином стосовно інших). | | | | |
| Милосердя, яке виявляється в співчутті і чуйності до пацієнтів. | | | | |
| Чуйність: (уважне, глибоке сприйняття страждань пацієнтів, прагнення надавати їм допомогу, боротьба з причинами хвороби). | | | | |
| Чуйність медичної сестри володіє також значною лікувальною силою, яка прискорює позитивний вплив на здоров'я пацієнтів різних лікувальних заходів). | | | | |
| *Я повною мірою володію наведеними вольовими якостями особистості необхідними для професійно-етичної взаємодії з пацієнтами* | | | | |
| Цілеспрямованість | | | | |
| Терпіння | | | | |
| Наполегливість | | | | |
| Стійкість | | | | |
| Енергійність | | | | |