

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИХАЙЛА КОЦЮБІНСЬКОГО

На правах рукопису

НАЛИВАЙКО Ольга Борисівна

УДК 378.147.091.33:[61:008] (043.5)

**ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ
СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У ПРОЦЕСІ КОНТЕКСТНОЇ ПІДГОТОВКИ**

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата педагогічних наук

Науковий керівник:
Акімова Ольга Вікторівна,
доктор педагогічних наук, професор

Вінниця – 2016

З М І С Т

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ	
МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЯК ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА..	11
1.1. Професійна культура майбутніх сімейних лікарів: дефінітивний аналіз	11
1.2. Особливості контекстної підготовки студентів медичних університетів	33
1.3. Компоненти, критерії, показники та рівні сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів.....	48
1.4. Стан сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів.....	70
Висновки до першого розділу.....	92
РОЗДІЛ 2. ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ТА МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ	
ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ	
УНІВЕРСИТЕТІВ	94
2.1. Модель формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки	94
2.2. Моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету ...	106
2.3. Забезпечення суб'єктного включення студентів в навчальну діяльність на основі ситуаційно-контекстного підходу.....	126
2.4. Розвиток клінічного мислення студента у процесі діалогічної взаємодії та проблемного навчання.....	135
Висновки до другого розділу.....	150
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ	
ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ	
КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ	153

3.1. Організація та методика проведення експериментального дослідження формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів	153
3.2. Аналіз результатів експериментальної перевірки ефективності педагогічних умов формування професійної культури студентів у процесі контекстної підготовки	160
Висновки до третього розділу.....	176
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	178
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	182
ДОДАТКИ.....	221

ВСТУП

Актуальність дослідження. Згідно з Концепцією реформування системи підготовки лікарів в Україні (2005 р.) та приведенням її у відповідність до вимог Болонської декларації пріоритетними є проблеми формування професійної культури лікаря та його компетентностей. Практика засвідчує, що після закінчення вищих навчальних закладів лікарі у професійній діяльності зустрічаються з низкою труднощів, зумовлених саме недостатнім рівнем сформованості професійної культури та її компонентів (професійно-етичного, професійно-комунікативного тощо). Специфіка лікарської діяльності припускає наявність своєрідної низки етичних правил, заборон і обмежень, що мають братися до уваги тими, хто неминуче за родом своєї діяльності втручається в життя іншої людини. Отже, у сучасній вищій медичній освіті актуалізується потреба у формуванні саме нового типу майбутнього фахівця, зокрема, сімейного лікаря, який досягнув необхідного рівня професійної культури, здатний ефективно вирішувати лікарські проблеми у нестандартних ситуаціях.

У сучасній вітчизняній науці актуалізується потреба в системному соціально-філософському, культурологічному та психолого-педагогічному дослідженні феномену професійної культури, визначення її місця й ролі в процесі підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичних університетах.

Одним із основних напрямів модернізації системи підготовки медичних працівників є утвердження високого соціального статусу сімейного лікаря на основі постійного особистісно-професійного розвитку та формування професійної культури. В сучасних педагогічних дослідженнях висвітлено такі аспекти професійного розвитку майбутніх фахівців, як: концептуальні засади вищої освіти (В. Андрущенко, І. Зязюн, В. Кремень, В. Луговий, В. Лутай); загальні особливості професійної діяльності (О. Брацлавська, М. Євтух, В. Коваль, Л. Семушина, Л. Хомич); технологічний підхід у професійній підготовці (В. Безпалько, А. Вербицький, А. Грітченко, М. Мартинюк, І. Підласий, О. Пометун, Г. Селевко, С. Ткачук).

Загальнопедагогічні аспекти підготовки майбутніх фахівців досліджували В. Бондар, С. Гончаренко, Р. Гуревич, О. Джеджула, О. Дубасенюк, Н. Кічук, А. Коломієць, В. Сорочинська, В. Шахов; шляхи творчого професійного розвитку особистості майбутнього фахівця – О. Акімова, О. Антонова, О. Коберник, О. Куцевол, Г. Тарасенко.

Аналіз наукових джерел показав, що є низка праць, присвячених безпосередньо професійній культурі майбутніх фахівців. Це роботи А. Агаркової, П. Амбарової, В. Анохіна, В. Кочергіна, Н. Крилової, Н. Миколаєнко, В. Познякова, А. Смолика, М. Філоненко та ін. У них розкриваються погляди на проблему сутності та структури професійної культури, основні етапи професіоналізації, підходи до формування професійної культури. Підготовці фахівців медичного профілю та регуляції цінностей і норм медичної діяльності присвячені праці Я. Цехмістера. Деякі автори (О. Андрійчук, П. Бабенко, О. Гуменюк, Н. Жуковська, К. Куренкова, С. Пудова) розглядають професійно-моральні якості та цінності майбутніх лікарів як основну складову їхньої професійної придатності та медичного професіоналізму.

Концепція контекстного навчання розроблена А. Вербицьким. Її основою є діяльнісна теорія оволодіння соціальним досвідом (Л. Виготський, О. Леонтьєв, С. Рубінштейн), згідно з якою засвоєння змісту освіти, соціального та професійного досвіду відбувається в процесі власної активної діяльності студента. Водночас згадані дослідження розкривають лише окремі аспекти зазначеної проблеми. Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки в медичних університетах допоки не стало об'єктом спеціального наукового пошуку.

Актуальність визначеного напрямку дослідження зумовлена також низкою суперечностей між:

- вимогами суспільства до підвищення якості підготовки лікарів, здатних до самовдосконалення та самореалізації, і відсутністю

концептуальних обґрунтувань щодо формування професійної культури студентів як основи їхньої фахової готовності;

- необхідністю швидко та компетентно розв'язувати нестандартні ситуації на основі високого рівня професійної культури та традиційною спрямованістю навчання майбутнього сімейного лікаря;

- значним потенціалом контекстної підготовки щодо формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів і недостатнім його використанням у медичних університетах.

Отже, значимість і актуальність формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів і недостатня теоретична та практична розробленість проблеми, необхідність вирішення суперечностей зумовили вибір теми дисертаційного дослідження: **«Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки».**

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане відповідно до тематичного плану науково-дослідної роботи кафедри педагогіки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського «Теоретико-методологічні основи педагогічної підготовки майбутніх учителів» (№ 0101U007274); науково-дослідної роботи кафедри іноземних мов Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова «Підготовка студентів медичного університету до іншомовної фахової комунікації» (протокол №1 від 27 серпня 2015 року). Тему кандидатської дисертації затверджено вченою радою Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського (протокол № 8 від 27 лютого 2013 р.) та узгоджено у Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень у галузі педагогіки і психології в Україні (протокол № 9 від 26 листопада 2013 р.).

Мета дослідження полягає в розробленні, обґрунтуванні й експериментальній перевірці педагогічних умов формування професійного мислення майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки набуває ефективності за таких педагогічних умов:

- моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету;
- забезпечення суб'єктного включення студента в навчальну діяльність на основі ситуаційно-контекстного підходу;
- розвиток клінічного мислення студента в процесі діалогічної взаємодії та проблемного навчання.

Відповідно до визначених мети, предмета й гіпотези було сформульовано такі **завдання дослідження**:

1. З'ясувати сутність понять «професійна культура майбутнього сімейного лікаря» та «контекстна підготовка» як психолого-педагогічних категорій.

2. Визначити компоненти, критерії, показники та рівні сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів.

3. Теоретично обґрунтувати й експериментально перевірити модель та педагогічні умови формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки.

4. Розробити методiku реалізації педагогічних умов формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у медичних університетах.

Об'єкт дослідження – фахова підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичних університетах.

Предмет дослідження – педагогічні умови формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі фахової підготовки в медичних університетах.

Для досягнення мети й реалізації завдань дослідження застосовано комплекс загальнонаукових **методів дослідження** – *теоретичні*: аналіз і синтез, індукція та дедукція, порівняння, абстракція, узагальнення – для

з'ясування сутності та структури основних дефініцій, теоретичного узагальнення різних підходів до розв'язання проблеми та обґрунтування педагогічних умов формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів; *емпіричні*: спостереження, анкетування, тестування, бесіди, опитування, експертне оцінювання з метою визначення рівня сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів; *педагогічний експеримент* із метою перевірки ефективності розроблених педагогічних умов формування професійної культури студентів медичних університетів; *методи математичної статистики* для визначення статистичної значущості одержаних під час експерименту результатів.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилась у Вінницькому національному медичному університеті імені М. І. Пирогова; Івано-Франківському національному медичному університеті; Вінницькому медичному коледжі імені академіка Д. К. Заболотного. Усього в експерименті взяли участь – 480 студентів.

Наукова новизна результатів дослідження полягає у тому, що:

- *уперше обґрунтовано* педагогічні умови формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки в медичних університетах (моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету; забезпечення суб'єктного включення студента в навчальну діяльність на основі ситуаційно-контекстного підходу; розвиток клінічного мислення студента у процесі діалогічної взаємодії та проблемного навчання); визначено критерії (ціннісно-мотиваційний; операційно-діяльнісний; морально-етичний) та схарактеризовано рівні (високий, середній, низький) сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів; розроблено модель формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки у медичних університетах;

- *уточнено* сутність і структуру поняття «професійна культура майбутнього сімейного лікаря»;

- *набули подальшого розвитку* положення про взаємозв'язок формування професійної культури з набуттям студентом особистісного досвіду майбутньої професійної діяльності.

Практичне значення одержаних результатів визначається тим, що розроблено методичку діагностування рівнів сформованості професійної культури студентів медичних університетів; розроблено та впроваджено методичку реалізації педагогічних умов формування професійної культури студентів в гуманітарно-спрямованому освітньому середовищі медичного університету; видано методичні рекомендації для викладачів медичних університетів щодо формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів. Основні положення дисертаційного дослідження можуть бути використані в системі професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів.

Результати дослідження **впроваджені** в навчальний процес Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (акт впровадження від 15.06.2016 р.); Івано-Франківського національного медичного університету (акт впровадження від 17.06.2016 р.); Вінницького медичного коледжу ім. акад. Д. К. Заболотного (довідка № 509 від 20.06.2016 р.); Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського (довідка № 06/29 від 05.07.2016 р.), Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка (довідка № 684-33/03 від 26.05.2016 р.).

Апробація результатів дослідження. Основні положення й результати дослідження апробовано на науково-практичних конференціях різних рівнів – *міжнародних*: «Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми» (Київ-Вінниця, 2012, 2014, 2015, 2016); «Теоретичні та методичні засади особистісно-професійного розвитку майбутнього вчителя» (Вінниця, 2014); «Pedagogika. Nauka wczoraj, dziś, jutro» (Варшава, 2016); «Pedagogika.

Priorytetowe obszary badawcze: od teorii do praktyki» (Варшава, 2016); «Наукова школа академіка І. Зязюна у його соратниках та учнях» (Харків, 2016); «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації» (Переяслав-Хмельницький, 2016); «Сучасна наука: теорія і практика» (Київ, 2016); «Актуальні наукові дослідження в сучасному світі» (Переяслав-Хмельницький, 2016); «Актуальні проблеми педагогічної освіти: європейський і національний вимір» (Луцьк, 2015); «Фактори розвитку педагогіки і психології в ХХІ столітті» (Харків, 2016); «Сучасна наука: перспективи розвитку» (Київ, 2016); «Modern European science 2016» (Велика Британія, 2016); *всеукраїнських науково-практичних конференцій: «Соціально-гуманітарні виклики 2016 року»* (Львів, 2016); наукових конференціях викладачів і студентів Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського (2012-2016); на засіданнях кафедри педагогіки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського.

Публікації. Основні теоретичні положення та висновки дисертації відображено в 23 публікаціях, серед них 13 відображають основні наукові результати, 10 – апробаційного характеру, з них: 5 – у закордонних виданнях (Польща, Велика Британія, США), 1 – внесено до міжнародної науково-метричної бази Index Copernicus, 1– включено до довідника періодичних видань бази даних Ulrich's Periodicals Directory (New Jersey, USA), 3 – РІНЦ.

Структура дисертаційної роботи. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 337 найменувань, з них 11 іноземною мовою і 12 додатків на 65 сторінках, 16 таблиць, 14 рисунків. Основний текст викладено на 181 сторінці, загальний обсяг дисертації – 286 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ЯК ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

1.1. Професійна культура майбутніх сімейних лікарів: дефінітивний аналіз

Особливості сучасного розвитку суспільства передбачають високі вимоги до якості освіти у вищих медичних навчальних закладах, у тому числі й у культуротвірному сенсі відповідно до нових можливостей та конкурентоспроможності фахівців із вищою освітою, з урахуванням її модернізації, змістового й структурного оновлення.

Аналізуючи сутність професійної культури майбутнього лікаря як наукової категорії, визначимо різні підходи до розуміння базового поняття «культура» та «професійна культура». Це пояснюється тим, що наукова категорія «культура», як зауважують науковці, є досить широкою та включає в себе не тільки результати діяльності людей, а й реалізовані в діяльності людини знання, вміння й навички, а також рівень інтелектуального, морального та естетичного розвитку, світогляду та способів і форм спілкування. Отже, культура вбирає в себе всю глибину й незмірність людського буття.

Аналіз літературних джерел свідчить, що поняття «культура» має неоднозначне трактування. Тому не випадково у сучасній науковій літературі існує велика кількість визначень цього поняття (понад 500), кожне з яких розкриває різні сторони цього багатогранного явища. Науковці виокремлюють три головні аспекти у тлумаченні поняття «культура»: культуру вважають сферою вільної самореалізації особистості; культура – це ціннісне ставлення до реальності; культура є штучний, створений думкою, духом і руками людини світ, відмінний від «натури» (природи) [128, с. 7].

Перший аспект передбачає, що культура є особливою сферою суспільного життя, в якому найповніше реалізується творчий потенціал людини: мистецтво, наука, освіта. Другий аспект культури означає, що в ній

завжди присутні цінності, те, що для людини є святим. Із ціннісним ставленням тісно пов'язане поняття ідеалу, зокрема, морального та етичного. Третій аспект вказує на те, що буття людини та суспільства принципово відрізняються від чисто природнього існування, є особливим світом, в якому визначальною є духовність [257, с. 198].

Уперше в Україні питання про сутність культури поставив Г. Сковорода у другій половині XVII ст. Це був час активного осмислення інтелектуальних і філософських досягнень західноєвропейської культури. Центром філософських пошуків Г. Сковороди була проблема людини, її природа й призначення, її сенс життя та щастя. Підґрунтя моральних основ людини він вбачав у її «серці», яке він розумів як центр духовності людини, основою її індивідуальної життєдіяльності та принцип її соціального існування [178, с. 58]. Саме тому він говорив: «Знайдіть у собі Людину... коли дух людини веселий, думки спокійні, серце мирне, то все світле, щасливе. Це є філософія» [278, с. 12].

На основі філософії Г. Сковороди в Україні виникла традиція, названа «філософією серця», «кардіоцентризмом», котра продовжила тему цілісності людини, цілісності її духовного буття. Саме ця тема стала домінуютьною у творчості Т. Шевченка, який основою філософствування людини вбачає звернення до її серця як центру духовності й уособлення усієї України [243, с.124].

Особливого значення в історії української культури набули праці М. Гоголя, І. Франка, М. Коцюбинського, Л. Українки, І. Котляревського та інших. Так, І. Франко розглянув культуру в єдиному процесі розвитку матеріальних та духовних складників і у зв'язку з соціальною боротьбою за ідеали справедливості та рівноправності [243, с.14]. Вагомим внеском у розуміння сутності культури стали дослідження декількох поколінь відомих українських істориків, етнологів, мовознавців, антропологів – М. Костомарова, І. Нечуй-Левицького, Д. Багалія, І. Крип'якевича,

М. Максимовича, В. Антоновича, М. Дашкевича, М. Грушевського, О. Потебні, І. Огієнко [243, с. 15].

Цінним вкладом у теорію розуміння філософської сутності культури є праці західноєвропейських науковців. Так, важливою для нашого дослідження є культурологічна концепція М. Вебера, де поняття культури розглядається як ціннісне; історичний процес представлено як надбудова типів культур, які мають свою власну сутність, форми, ритм розвитку [178, с.18]. Дещо по-іншому розглядав сутність культури М. Шелер, вважаючи її сферою ідеальних і реальних, матеріальних (економіка, держава, сім'я) потреб, наявних у структурі духу людини [178, с. 23].

Отже, поняття культури тісно пов'язане з сутністю людини, її діяльністю. Незважаючи на різноаспектність визначення культури з філософської точки зору (духовність, матеріальність, універсальність, індивідуальність, соціальність), можна виокремити її інтегративну особливість як виявлення сутності людини в ставленні її до навколишнього світу.

Західноєвропейський філософ Х. Гадамер у філософії культури продовжує розпочате в культурології В. Дільтеєм обґрунтування методології культурно-історичного пізнання. Феномен культури Х. Гадамер розглядає з позицій філософської герменевтики, при цьому він використовує весь той досвід, котрий було накопичено герменевтичним напрямком у дослідженні специфіки гуманітарного пізнання, а особливо на розробки «фундаментальної онтології» М. Хайдеггера, які дають можливість переведення герменевтики в онтологічний пласт, можливість осмислення діяльнісного пізнання культури [69, с. 5]. Саме герменевтиці – теорії розуміння та інтерпретації текстів, історичних пам'яток і феноменів культури – Х. Гадамер присвятив свою працю «Істина і метод: Основи філософської герменевтики», в якій викладено історію герменевтики, систематизовано принципи та проблеми, намічені виходи герменевтики в методології гуманітарних наук [69, с. 1].

Сутнісними для розуміння феномену культури є праці В. Біблера та М. Бахтіна. Культура в концепції В. Біблера – це особливий феномен духовного життя людини, котрий у його працях представлено в таких аспектах: культура – це спосіб самодетермінації особистості, що долає її детермінацію ззовні; культура – це створення світу вперше, на межі з варварством – на відміну від цивілізації, яка продовжує та продовжується; культура – це форма спілкування культур (діалог культур) [36, с. 35]. М. Бахтін у своїх працях сформулював думку про те, що сучасна культура – це діалог тих культурних цінностей, які були створені в різні періоди історії людства [27, с. 38].

На основі робіт М. Бахтіна, В. Біблер уперше сформулював ідею людини культури, на відміну від ідеї освіченої людини, що є нагальною для сучасного суспільства і відповідає ідеї сучасного діалогічного розуму, на відміну від пізнавального розуму Нового часу [37, с. 12].

Цю думку доповнює І. Зязюн: «Будь-яка людина в процесі свого життя оволодіває тією культурою, яка була створена її попередниками. Разом з тим вона вносить свій вклад в культуру суспільства, оскільки результати її трудової діяльності мають культурне значення. За створеними в ту чи іншу епоху цінностями можна судити про рівень культури епохи» [170, с. 31].

Значний внесок у дослідження проблем культури сучасного суспільства, зокрема професійної етики, зробили вітчизняні науковці: Г. Васянович, Г. Ващенко, В. Малахов, А. Макаренко, В. Онищенко, І. Синиця, В. Сухомлинський, В. Чернокозова, Я. Якобсон та ін.

Науковці стверджували, що в культурі розкривається духовний світ людини, її сутність, тобто: здібності, потреби, світогляд, знання, вміння, соціальні почуття, національний характер тощо. Аналіз наукової літератури доводить, що чимало науковців присвятило свої дослідження проблемі розвитку та формуванню культури особистості, професійної культури, зокрема: С. Амеліна [5], О. Бігич [38], О. Бутвіловський [53], В. Делянченко [88], С. Дружилов [97], Л. Єлагіна [123], О. Жилиєва [108],

І. Зязюн [118], В. Ігнатов [125], І. Ісаєв [128], С. Ісаєнко [131], Л. Кайдалова [136, 137], Ю. Колесник [150], Т. Корольова [158], Крилова [164, 165] (культура освіти); О. Крсек [166], І. Кузнецова [169] (емпатійна культура); М. Лісовий [179], Н. Ліхачов [181], Н. Миколаєнко [196], О. Мордань [203], О. Музальов [210], О. Насінник [230], В. Підмарков [252], О. Плахотнік [250] (інформаційна культура); О. Пономаренко [254] (етична культура); С. Пудова [267], І. Сабатовська [272], (культура професійної діяльності); О. Уваркіна [301] (культура професійного спілкування); А. Щербакова [319] (полікультурне спілкування), А. Якуба [323] (культура суспільства).

Сутність культури як соціальної категорії аналізує А. Якуба, він визначає поняття «культура» як якісну характеристику суспільства, котра виявляє міру його прогресу, рівень досягнень, зв'язків і відносин [323, с. 61]. Науковець визначає такі складові або елементи культури: мова, цінності, норми поведінки, звичаї, традиції, обряди (рис.1.1.).

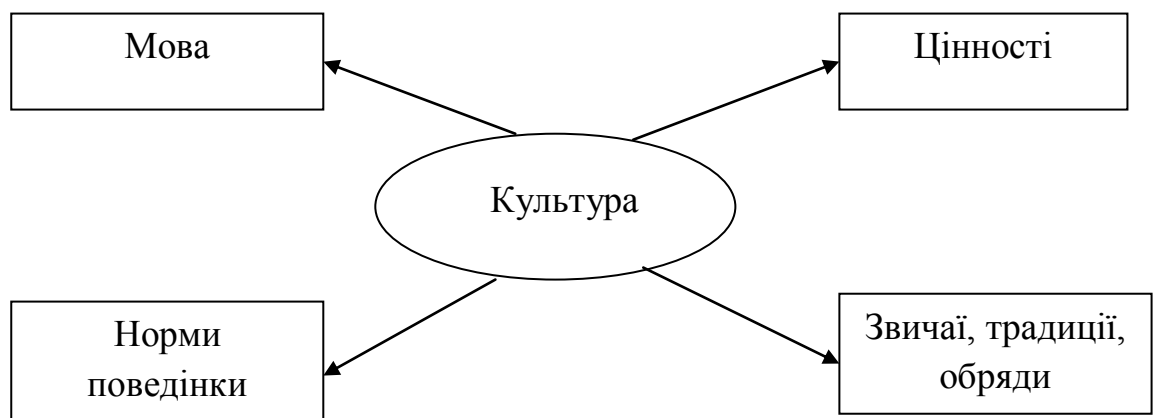


Рис. 1.1. Основні елементи культури

Охарактеризуємо кожен із цих елементів.

Мова – система знаків, наділених певним значенням, що використовуються для зберігання, перетворення й передачі інформації. *Цінності* включають: життєві цінності (уявлення про щастя, про мету, про зміст життя); цінності здоров'я, безпеки, благополуччя, сім'ї, освіти, правопорядку; цінності суспільного покликання (соціальний стан); цінності міжособистісних стосунків (чесність, добропорядність); демократичні

цінності (свобода переконань, слова, політичного вибору); партикулярні цінності (віра в Бога). *Норми* – вимоги до поведінки, що дозволяють здійснювати соціальний контроль і демонструють зразки поведінки. *Звичаї, традиції, обряди* – складні зразки поведінки: звичаї слугують соціальною регуляцією зв'язку з минулим; традиції – елементи наслідування, котрі передаються з покоління до покоління й утворюють зв'язок в історії людства; обряди – стереотипи символічних дій, які виявляють почуття [323, с. 63].

Важливими для розуміння сутності та структури поняття культури є визначені автором соціологічні функції культури: пізнавальна (дослідження в галузі культури дають можливість адекватно розмірковувати про суспільство загалом, його товариства, групи, особистість зокрема); функція соціальної пам'яті чи передачі соціального наслідування; навчально-виховна (саме культура робить людину людиною в процесі соціалізації за допомогою навчання та виховання); регулятивна (цінності, ідеали, норми й зразки поведінки певної культури в процесі соціалізації стають частиною самосвідомості особистості, формують і регулюють її поведінку); комунікативна (культура є засобом спілкування людей); інтегративна та дезінтегративна (з одного боку культура здатна згуртувати людей, а з іншого – вона має властивість розділяти людей, протиставляти їх один одному, оскільки вони належать до різних субкультур) [323, с. 63].

Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив нам окреслити підходи до розуміння й визначення феномену культури як філософської категорії. *Традиційний підхід* – це підхід до культури як історично визначеного рівня розвитку суспільства, творчих сил і здібностей людини, що виявляються у видах і формах організації життя та діяльності людей, охоплює уявлення про культуру як усієї сукупності соціально-педагогічного досвіду людства. Тут, як зауважує В. Біблер, поєдналися поняття культури як духовної діяльності людини й розуміння культури у ролі матеріальної діяльності. Втілена в формах індивідуального досвіду культура (культурність) як певна цілісність уособлює гармонію культури знань і

мислення, культури творчої дії, культури почуттів, спілкування, поведінки. Особистість як суб'єкт культури вирізняється соціальною стійкістю, продуктивною включеністю в суспільне та професійне життя [307, с. 13].

Культурно-діяльнісний підхід до розуміння сутності культури визначили у своїх працях С. Амеліна [5], І. Зязюн [117], С. Ісаєнко [131], Т. Корольова [158], І. Кузнецова [169] та ін. Вони стверджують, що основою теорії культури є діяльність. Категорії «культура» та «діяльність» історично взаємозумовлені. У діяльності можна визначити особливу культурологічну функцію, здійснюючи яку, особистість створює себе сама, збагачується й забезпечує умови не лише для свого життя, але й для наступної трансформації в цілому, зокрема культурного середовища [131, 158, 159].

Загалом поділяючи такий підхід, І. Зязюн зауважує, що культура є могутнім фактором соціального розвитку, якісною характеристикою суспільного життя, котра уособлює в собі специфічний спосіб розвитку людської життєдіяльності, зафіксований в результатах діяльності, в системі соціальних норм і закладів [119, с. 6]. Зрозуміти сутність культури, зауважує автор в іншій праці, можна лише через призму діяльності людини, суспільства, народів, що населяють нашу планету. Культура не існує поза людиною [170, с. 31].

Подібну точку зору поділяє Г. Васянович, який наголошує, що «творення культури генетично і соціально-історично відбувається на засадах самопрагнення та цілеспрямованої людської діяльності. Людина працює не лише на «себе», а й на суспільство» [55, с. 18]. У межах цього підходу, щодо розуміння сутності культури, науковці виокремлюють положення про особливе місце у змісті поняття «культура» професійної діяльності, професійної майстерності. Оскільки культура як діяльність людини в усіх сферах буття й свідомості, на їх думку, може існувати й розвиватися лише тоді, коли людина – суб'єкт культури – оволодіває одним із видів цієї діяльності, тобто професією, і завдяки їй, отриманим знанням та вмінням, може змінити навколишній світ, природу та самого себе [272, с. 206].

Важливою для розуміння сутності професійної культури є думка В. Ігнатова про те, що професія та культура тісно й постійно взаємодіють між собою. Професія, поєднуючись із загальнолюдською культурою, породжує таке соціальне явище, як «професійна культура», яка охоплює галузь трудової діяльності людини, особливо якість цієї діяльності, що в результаті складає саме культуру як унікальний феномен усієї людської історії, всього людського буття. При цьому автор зауважує, що витoki професіоналізму, професійної культури в цілому слід шукати в трудовій діяльності людей, в суспільному розподілі праці. Саме суспільний розподіл праці та виникнення професій стали об'єктивними стимулами становлення й розвитку культури [125, с. 87-89].

У нашому дослідженні пріоритетним поняттям є «професійна культура». В «Українському педагогічному словнику» за редакцією С. Гончаренка зауважується, що «...під культурою розуміють рівень освіченості, виховання людей, а також рівень оволодіння якоюсь галуззю знань або діяльністю» [73, с. 182]. Не менш важливим є твердження: «Професійна культура характеризує рівень і якість професійної діяльності, які залежать від соціально-економічного стану суспільства й сумлінності в оволодінні певними знаннями, навичками конкретної професії та їх практичному використанні» [157, с. 173]. Означення професійної культури подано у *Додатку А*.

Теоретичну основу нашого дослідження склали праці, присвячені професійній культурі майбутніх фахівців медичної сфери (А. Агаркова [2], О. Андрійчук [10], П. Бабенко [16], А. Бутвіловський [53], О. Жилиєва [108], Л. Кайдалова [138], Т. Корольова [158], О. Крсек [166], І. Кузнецова [168], К. Куренкова [173], С. Максименко [188], О. Мясоєдов [211], О. Уваркіна [301], М. Філоненко [303] та ін.). У них розкриваються різні погляди на проблему та зміст поняття професійної культури, основні етапи професіоналізації, пропонуються підходи до формування професійної культури майбутніх медиків.

Професійну культуру більшість авторів тісно пов'язують із поняттям «професіоналізм» [53, 97, 131, 151, 168]. У науковий обіг термін «професійна культура» було введено В. Підмарковим, який у зміст цього поняття включив: а) особливі знання певного виду діяльності, що складають зміст професії; б) знання відповідної виробничої ситуації [252, с. 127].

Поняття «професійна культура» набуло свого поширення у вітчизняній педагогіці 80-х рр. ХХ століття [272, с. 207], що було пов'язано з розробкою культурологічного підходу, з позицій якого розглядалися більшість педагогічних процесів і явищ. Так, формування професійної культури розглядалося як системоутворюючий фактор становлення майбутнього фахівця. Пізніше цей феномен досліджували з позицій інших наукових підходів: аксіологічного, гуманістичного, антропологічного та ін. Однак більшість сучасних досліджень професійної культури базуються на розумінні культури як соціального феномену, що має діяльнісну природу.

Професійно-діяльнісний підхід до розуміння сутності поняття «професійна культура» характерний також для праць Ю. Чернової, яка вказує на те, що людина завжди є єдністю «системи культури» та «системи діяльності». Це означає, що аналіз системи діяльності опосередковано розкриває і систему відповідної культури, тому що будь-яка діяльність породжує свій образ культури, що є реальним заміщенням категорії діяльності категорією професійної культури. Дослідниця розглядає професійну культуру як системно-діяльнісний феномен, як вияв системно-соціальної сутності людини, її інтегральну характеристику [313, с. 57].

У науковій літературі обґрунтований також підхід, котрий визначається як *культурно-творчий підхід* до розуміння професійної культури. Його сутність науковці обґрунтовують таким чином: культура – це завжди витвір, тобто результат творчості зі всіма характеристиками творчого акту; культура завжди орієнтована на адресат, на діалог, а її «засвоєння» є процесом особистого відкриття, створення світу культури у собі, співтворчості. У межах цього підходу будь-яка навчальна дисципліна може й повинна

розглядатися у контексті культури, подаватися студентам як елемент культури. На відміну від науки, культура будується й розвивається за принципом збереження та відновлення, у той же час освіта – за принципом «сходження», спрощення попереднього знання. Освітній процес ставить завдання перетворення студента у суб'єкт культури на основі культурологічних засад змісту освіти у поєднанні із діалогізацією навчання [307, с. 13–14].

Категорія «професійна культура» характеризує соціально-професійні якості фахівця з урахуванням специфіки його професійної діяльності, ступінь оволодіння ним досягнень науково-технічного та соціального прогресу. Професійна культура – це міра, якість діяльності людини в певній, строго обмеженій галузі її професії, в тому виді діяльності, де вона почуває себе досить комфортно, впевнено, вільно й розкуто. Так, С. Ісаєнко, досліджуючи проблеми формування професійної культури, робить висновок, що «професійна культура – це цілісне особистісне утворення, сутність якого полягає у діалектичному взаємозв'язку усіх елементів культури індивіда, яке динамічно та нелінійно розвивається, специфічно виявляючи себе у сфері професійної діяльності та спілкування» [131, с. 28].

Дещо іншої думки додержується Т. Корольова, яка у своєму дослідженні, присвяченому етичній культурі майбутніх лікарів, професійну культуру визначає як діяльність особистості з оволодіння, застосування та вдосконалення системи професійно та суспільно-зумовлених цінностей, що реалізуються у практичній діяльності та формуються на основі загальнолюдських цінностей [158, с. 67]. Цю думку поділяє Н. Миколаєнко, вказуючи при цьому, що професійна культура – це складне, інтегративне соціально-психологічне утворення, яке визначає світоглядні орієнтири, ціннісні установки, загальну концепцію професійної підготовки фахівця. Професійну культуру науковець характеризує крізь призму людської діяльності як систему необхідних властивостей певного фаху [196, с. 544].

Дещо іншим є підхід Г. Кочетова, який професійну культуру розуміє як елемент моделі фахівця з вищою освітою, який володіє умінням використовувати стереотипи спілкування та створювати нові. Науковець ототожнює професійну культуру з професійною компетентністю [160, с. 3].

Аналіз досліджень виявив, що більшість науковців структурними компонентами професійної культури вважають етичну, естетичну, методологічну, психологічну, екологічну, правову [2, 5, 131, 158, 168, 323].

Поняття «професійна культура» тісно пов'язане з іншими, близькими за змістом поняттями: «професійна компетентність», «професійний інтерес», «професійна відповідальність». Подаємо аналіз кореляції цих понятійних визначень. Так, під «професійною компетентністю» розуміють систему особистісних якостей, знань і вмінь, котрі зумовлюють готовність і здатність фахівця здійснювати професійну діяльність у контексті наявної соціально-економічної та соціокультурної дійсності. «Професійний інтерес» розглядається як пізнавальний процес, що завжди реалізується в певному соціокультурному просторі, зумовлює формування системи стійких професійно-ціннісних орієнтацій, життєвого професійного змісту, мислення й забезпечує умови пізнання професіоналом самого себе, предмету й змісту своєї діяльності [292, с. 559].

Німецький соціолог М. Вебер та американський соціолог Т. Парсон стверджують, що справжній професіоналізм неможливий без професійного покликання, а професійні цінності, неможливі без дотримання етики служіння людям, етики відповідальності. Іноді покликання перестає бути домінантою етичної свідомості фахівців, поступаючись функціоналізму, орієнтації на успіх. У цих умовах важливим обов'язком професійного співтовариства стає етичне саморегулювання людини у професії за критерієм соціальної значущості, соціальної відповідальності за свої дії. Автори наголошують на необхідності сумісності професійної культури з культурою суспільства, професійних інтересів із суспільними, від чого залежить як майбутнє фахівців, так і майбутнє суспільної системи загалом [20, с. 10].

В основі професійної культури лежить загальна культура особистості, котра відображає найважливіші досягнення культури. Професійна культура фахівця, певною мірою, є також відображенням специфіки середовища професійного товариства, включає в себе разом із еталонами професіоналізму, компетентності й майстерності, сукупність ціннісно-нормативних і моральних уявлень, що відповідають за регуляцію взаємин людей у процесі їхньої професійної діяльності [128, с. 12].

І. Ісаєв зауважує, що загальна культура, як основа становлення професійної культури майбутнього фахівця виявляється у багатогранності, широкому світогляді, ерудиції; у високому рівні духовних інтересів і запитів, естетичних і моральних потреб у спілкуванні з мистецтвом, із людьми, з природою; в культурі мислення, емоційній культурі особистості, культурі праці, спілкування, правовій та екологічній культурі тощо [128, с. 30].

Однією з основних загальнокультурних якостей людини є її універсальність. «Якщо людина, яка оволодіває тією чи іншою професією, замикається у своєму вузькопрофесійному світі, – пише Ю. Азаров, – то, по-перше, вона губиться як особистість, а, по-друге, неминуче звужується її професійний діапазон» [3, с. 49]. Однак, загальна культура не зводиться лише до універсальності й багатогранності особистості. Для характеристики справді культурної людини частіше послуговуються такими поняттями, як «духовність» та «інтелігентність».

Духовному розвитку особистості приділяв значну увагу В. Сухомлинський. Формування духовності він розглядав у поєднанні з розумовим, естетичним і моральним розвитком. У своїх працях В. Сухомлинський писав: «Сфера духовного життя людини – це розвиток, формування і задоволення його моральності, інтелектуальних і естетичних запитів й інтересів під час активної діяльності. Джерелом духовного світу людини є матеріальний світ, об'єктивна дійсність і громадське життя людини, його соціальний і моральний досвід» [286, с. 466].

Науковці визначають духовність як складне утворення, як якісну характеристику свідомості та самосвідомості особистості, що відображає цілісність і гармонію її внутрішнього світу, здатність гармоніювати взаємини з навколишнім світом. Духовність визначається не лише освіченістю, широтою та глибиною культурних потреб та інтересів, але й включає постійну працю душі, осмислення світу й самого себе в цьому світі, прагнення до самовдосконалення, розширення своєї свідомості [72, с. 280].

Ще однією характерною рисою загальнокультурної людини є інтелігентність, яка не зводиться лише до отримання вищої освіти й інтелігентної професії. Відомий науковець у галузі історії світової культури Д. Ліхачов дає таку характеристику інтелігента: «Позбавте повністю інтелігентну людину пам'яті. Нехай вона забуде все на світі... Але якщо вона збереже сприйнятливість до культурних цінностей, естетичне почуття, зможе відрізнити справжні твори мистецтва від грубої підробки, якщо вона зможе захоплюватися красою природи, розуміти характер та індивідуальність іншої людини, допомогти їй, не проявить грубощів, байдужості, заздрощів, а гідно оцінить іншого, – ось це і буде інтелігентна людина» [180, с. 19].

Аналіз досліджень виявив, що поняття «професійна культура» науковці визначають по-різному. Найчастіше професійну культуру розуміють як одну з властивостей групи людей однієї професії. Деякі дослідники під професійною культурою розуміють сукупність теоретичних знань і практичних умінь, пов'язаних із конкретним видом праці [158, 272, 313]. З появою професійної культури виникають і специфічні інститути, призначені для розвитку, збереження й розповсюдження культури. Особливого значення набуває система професійної освіти, що слугує соціальною формою існування культурних процесів навчання й виховання.

У науковій літературі визначені також різні підходи до формулювання функцій професійної культури. Для нашого обґрунтування особливостей професійного мислення найбільш сприйнятливим є положення І. Сабатовської, а саме: формування почуття моральної відповідальності;

суворе дотримання усталеного позитивного стереотипу поведінки; вироблення моральної обґрунтованості службових відносин; готовність виконувати службовий обов'язок; вироблення культури професійних дій; недопущення професійної деформації [272, с. 210].

Деякі автори співвідносять поняття «професійна культура» із поняттям «професійна зрілість», яка, на їх думку, неможлива без ґрунтовних знань, умінь, досвіду в певній професійній діяльності [246, с. 70]. Н. Нікітіна, С. Смірнов, В. Сластьонін професійну культуру пов'язують із процесом самовдосконалення, що розглядається як «діяльність людини, спрямована на формування нових і посилення наявних позитивних якостей і властивостей, умінь і навичок, на корегування своїх недоліків» [246, с. 74]. Важливого значення в контексті професійного самовдосконалення, самовиховання, самоосвіти, на думку В. Сластьоніна, набуває професійна самореалізація, що є результатом пошуку «себе в професії» [246, с. 28]. Особливістю професійної культури є високий рівень професіоналізму її представників, котрий вважається мірою й показником якості професійної діяльності. Відповідно науковці виокремлюють етапи становлення професіоналізму, а саме: період професійного самовизначення й вибору професії; професійна підготовка; етап професіоналізації, що включає в себе період професійної адаптації особистості і її майстерності [211, с.10].

Із поняттями «культура», «професійна культура» тісно пов'язано поняття «цінність». Цінності формують культурний простір – соціальну арену розгортання сукупності програм людської активності та ціннісних орієнтацій, що знаходяться на різних рівнях актуалізації і локалізуються в межах певних культур. Проблему формування професійних цінностей досліджували Г. Кардашевська [140], В. Кузнецова [168], К. Куренкова [172], О. Мясоедов [211], І. Тимощук [294], Л. Романюк [268] та ін. На думку О. Мясоедова, культура, професійна культура розвивається на основі стереотипів, моделей поведінки – міцно засвоєних ідеалів, цінностей, зразків поведінки, норм, котрі стали типовими, характерними для соціальних

суб'єктів. Ключову роль у цих моделях, на його думку, відіграє поняття «цінність». У своїх роботах науковець пропонує таке визначення: «... цінності – це соціокультурні зразки, загальноприйняті ідеальні (необхідні) уявлення людей щодо цілей їхньої життєдіяльності, котрі вказують напрям необхідного/бажаного перетворення дійсності» [211, с. 11].

На основі аналізу різних підходів до визначення професійної культури, нами вироблено власний погляд на концепцію професійної культури лікаря, зокрема, сімейного лікаря. Аналіз теоретичних джерел дозволив констатувати, що, попри значну кількість робіт, пов'язаних із дослідженням професійної культури у майбутніх фахівців різних спеціальностей, проблема формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів нині практично залишається поза увагою вітчизняних дослідників.

Дослідження специфіки та різних аспектів професійної медичної культури знаходимо у працях А. Агаркова [2], О. Андрійчук [9], Л. Дудікова [98], О. Жилиєва [108], Т. Корольова [158], О. Крсек [166], І. Кузнєцова [169], М. Лісовий [179], О. Мясоєдов [211], М. Попов [255], С. Пудова [267], О. Уваркіна [301] Б. Ясько [326], А. Щербакова [319] та ін. Науковці вбачають небезпеку дегуманізації щодо традиційних моральних цінностей у медицині. Незважаючи на важливість таких досліджень, вони не дають цілісного уявлення про формування медичної культури, зокрема професійної культури майбутніх сімейних лікарів.

Так, А. Агаркова, досліджуючи проблеми формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів, визначає її «як вид лікарської діяльності, спрямований на регуляцію лікувальної діяльності та усіх її компонентів шляхом модифікації Я-концепції в процесі рефлексії» [2, с. 8]. Професійно-етичну культуру лікаря вивчала також Т. Корольова: «Професійно-етична культура – це професійно-особистісний феномен, динамічна система загальнолюдських професійних знань, умінь і навичок, цінностей, принципів, норм і правил діяльності, особистісних якостей, що регулюють відносини у професійній взаємодії» [158, с. 67].

Визначення професійної культури лікаря дає у своєму дослідженні О. Жилиєва. Цей феномен вона розуміє як «суб'єкт-суб'єктні» відносини, в яких об'єктом професійної діяльності лікаря, а по суті, суб'єктом, є абсолютна цінність – жива людина, її здоров'я та життя. Ми поділяємо думку дослідниці про те, що професійна культура лікаря є особливою галуззю культури. Вона представлена специфічним професійним середовищем, в основі якого лежить лікарська діяльність із властивими їй стереотипами поведінки, специфікою дискурсу, символікою, традиціями та звичаями [108]. Основою формування професійної культури лікаря є загальнокультурна та соціальна компетентність майбутнього фахівця. О. Жилиєва підтвердила, що рівень розвитку професійної культури лікаря залежить від професійно-значущих якостей, що включають комунікативний, етичний, моральний і духовний аспекти [107, с. 20].

Для розуміння сутності феномену «професійна культура» важливим є твердження В. Сластьоніна [282, с.14] про те, що культура комунікативна за своєю сутністю. Цей підхід активно розробляється у сучасній науці: більшість науковців вважають комунікативну культуру важливою складовою професійної культури. Проблемаам формування цього виду культури присвятили свої дослідження О. Жилиєва [108], Л. Кайдалова [137], О. Крсек [166], М. Лісовий [179], О. Уваркіна [301], А. Щербакова [319].

Слушною є думка О. Жилиєвої про те, що лікарську діяльність характеризує специфічний вид комунікації, основною метою якої є встановлення взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом. Це є важливим завдяки гуманітарному змісту даного виду професійної культури, оскільки об'єктом професійної діяльності лікаря є людина [108, с. 20]. Такої ж думки дотримується А. Щербакова, стверджуючи, що важко переоцінити роль взаєморозуміння лікаря й пацієнта у полікультурних умовах спілкування. У своєму дослідженні науковець зауважує, що формування професійної культури лікаря неможливе без культури спілкування, що слугує поєднанням

моральних і етичних норм, що регулюють поведінку лікаря та пацієнта під час професійної комунікації [319, с. 20].

Проблему комунікативної культури розглядала також О. Уваркіна, дослідниця визначила спеціальні показники для майбутніх медиків: вміння слухати, наявність соціально-перцептивної, рефлексивної та емпатійної властивості, здатність ясно мислити в умовах стресової ситуації, особиста проникливість, спостережливість, наполегливість у досягненні мети, націленість на самоосвіту, вміння переконувати [301, с. 168].

Характеристики високого рівня сформованості комунікативної культури лікаря розробив М. Лісовий. На його думку, це володіння культурою конструктивного діалогу та полілогу; вміння сприймати, відтворювати та готувати наукові фахові тексти; володіння прийомами написання і виголошення публічного виступу; вміння вести, підтримувати ділову розмову. Мовлення медичного працівника є свідченням його милосердя, чуйності, загальної культури й освіченості [179, с. 5].

О. Крсек професійну мовленнєву культуру розглядає як інтегральну особистісну якість і показник моральності медичного працівника, його духовної культури, рівня його освіченості й вихованості, ціннісних орієнтацій, здатності роботи з людиною і для людини [166, с. 18].

Характеристику сутності професійної культури майбутніх сімейних лікарів доповнюють роботи науковців, у яких розкриваються проблеми формування професійно-особистісних якостей майбутніх медиків, що становлять основу їхньої професійної культури. Так, І. Кузнєцова, досліджуючи педагогічні умови формування емпатійної культури майбутніх лікарів, стверджує, що для ефективної професійної діяльності у медичного працівника, крім фахових знань і досвіду, повинні бути сформовані такі моральні якості, як душевність і чуйність, уважність і комунікабельність, тактовність і ввічливість, чесність і правдивість, щедрість і великодушність, моральна чистота, взаємодопомога і взаємоповага, терпимість і наполегливість, рішучість і витримка [169, с. 35].

Формуванню гуманістичних цінностей у майбутніх медиків присвячені дисертаційні дослідження О. Андрійчук [10], О. Лямової [185], І. Тимошук [294] та ін. І. Тимошук у своєму дослідженні обґрунтовує необхідність виховання гуманістичних цінностей у майбутніх медиків. Науковець вважає, що під впливом психологічних механізмів розвитку ціннісно-мотиваційної сфери особистості вони визначають напрям та інтенсивність формування гуманістичних якостей майбутніх лікарів, етапи цього процесу та відповідний зміст [319, с. 21].

О. Андрійчук зауважує, що для виховання у майбутніх медичних працівників таких основних якостей, як гуманність, толерантність, готовність добросовісно виконувати свої професійні обов'язки, необхідним є подальша гуманізація медицини, підвищення морально-духовної культури майбутніх лікарів тощо [10, с. 3]. У сучасній науці для позначення різних явищ, процесів і якостей соціокультурної життєдіяльності людей використовується поняття «медична культура» (А. Баталов, А. Бутвіловський, С. Верхратський, М. Жарова, О. Мясоедов). Необхідно зауважити, що це поняття не має однозначного трактування. Неоднозначність філософсько-культурологічного й наукового визначення цього поняття зумовлено складністю інтерпретації змісту та взаємодії вихідних понять «культура» й «медицина». «Велика медична енциклопедія», наприклад, визначає медицину як «систему наукових знань і практичної діяльності, метою яких є збереження здоров'я, продовження тривалості життя людей, попередження й лікування хвороб людини» [47, с. 7].

Ю. Хрустальов у своїй роботі «Етюди філософських ідей і думок» характеризує медицину як «вічне знання та першу науку про людину» [309, с. 239]. Автор розглядає медичну культуру з філософської точки зору і вважає, що вона як феномен виникла в процесі цілеспрямованої діяльності людей із усвідомлення та вимірювання такої грані людського буття, як існування людини в стані хвороби, можливості людини після перенесеної хвороби, вироблення засобів для збереження здоров'я та життя

людини. Антропологічною причиною виникнення медичної діяльності є співчуття до іншої людини, притаманне раціональній діяльності людини із надання допомоги хворому [309, с. 234].

М. Жарова визначає медичну культуру як складне, багатогранне соціокультурне явище, котре відображає особливості життєдіяльності людей, що на рівні суспільства, соціальної групи, особистості впливає на стан їхнього здоров'я. Медична культура є фактором, що визначає ставлення людей до свого здоров'я, особливості взаємодії людини з різними медичними закладами, медичними й фармацевтичними працівниками [102, с. 41]. Професійну культуру лікаря М. Жарова розглядає як одну з форм медичної культури. Автор зауважує, що культура людства – сукупність усього, створеного людьми, включаючи як позитивні, так і негативні у моральному відношенні об'єкти та явища, а медична культура – сукупність усього, створеного людством, що впливає на збереження життя й здоров'я людини, включаючи продукти природного середовища, видозмінені цілеспрямованою діяльністю людей. Культура визначається як специфічний спосіб буття людини, що включає не лише діяльність та її продукти, але й бездіяльність людини, в результаті якої піддаються деструктивним змінам різні об'єкти дійсності, й сама людина на всіх етапах своєї життєдіяльності – біологічному, психологічному, соціальному, духовному [103, с. 12].

Ціннісний підхід до медичної культури як феномену пропонує О. Мясоєдов. Автор визначає її як систему цінностей, ідеалів, норм та зразків поведінки медичних працівників, їхній світогляд, а також символи, традиції, звичаї, що складають у поєднанні своєрідний спосіб життя, детермінований специфікою професійної медичної діяльності [211, с.13]. А. Бутвіловський зауважує, що медична культура поєднує ознаки загальної культури та професійної культури, котрі пропонують представникам медичної культури встановлені цінності, норми, стереотипи. Окрім того, як стверджує автор, самі цінності та приписи загальної і професійної культури набувають особливого змісту, враховуючи специфіку медичної діяльності, пройняту

духом гуманізму. З одного боку, медична культура розуміється як цілісний феномен, а з іншого – в ній зреалізуються деякі «відцентрові сили» – особливості медичних спеціальностей і спеціалізацій, що призводить до утворення в ній своєрідних «міні-культур» [53, с. 6].

Вагомою для нашого дослідження є праця С. Верхратського [64] «Історія медицини», в якій він описав принципи цехової медицини, діяльність перших міських та повітових лікарів, перших лікарень в Україні, роль Києво-Могилянської академії у підготовці українських учених тощо. Своєрідність медичної діяльності виявляється і в особливій корпоративності, суть якої в колегіальності, досить суворій субординації, «закритості» медичного співтовариства для «непосвячених», особливого роду символіці та атрибутиці. Символічна атрибутика у медиків виявляється через форми одягу (білий халат як символ фізичної та духовної чистоти), мови (латина), звичаїв, традицій, стереотипів мислення та поведінки, що підкреслюють винятковість цієї професії. Так, домінантою медичної культури є те, що перед початком своєї діяльності майбутні лікарі дають клятву лікаря (Гіппократа). Найбільш розповсюдженим специфічним символом медичної культури є змія, чаша, факел, хрест, півмісяць та ін.

Кожна епоха ставить до медичних працівників нові вимоги, особливо до лікарської моралі. Ці вимоги відображають загальні традиції культури й виявляються в різних історичних моделях взаємовідносин «лікар – пацієнт». Глобальні зміни, які відбулися наприкінці ХХ століття, вплинули і на професійну медичну культуру. Ці зміни викликані двома суперечливими тенденціями. Перша з них полягає у зростанні відповідальності лікаря в процесі збільшення можливостей медицини та біотехнологій. Друга тенденція характеризується розповсюдженням ліберально-демократичних цінностей, ідей, індивідуальних прав і свобод [315, с. 128].

М. Тарарішкіна наголошує на тому, що у сучасному суспільстві ефективна професійна діяльність із охорони здоров'я й надання медичної

допомоги населенню стає важкодосяжною метою без адекватного розуміння ролі соціокультурних факторів, що впливають на цю діяльність [290, с. 16].

Слушним є зауваження В. Козакова, що однією з головних відмінних особливостей сучасної медичної культури є трансформація моральних цінностей. Цей процес зумовлений розвитком наукових і гуманітарних знань у суспільстві, що існує у формі свободи щодо змісту моральних цінностей, їхньої значущості відповідно до розширення прав людини в суспільстві, до розвитку наукового знання. Навіть такі моральні аксіоми, котрі складають етичну основу медичної культури, «як життя – добро», «смерть – зло» переглядаються відповідно до понять якості життя, евтаназії та інших [135, с. 32].

Для нашого дослідження пріоритетним є поняття професійної культури сімейного лікаря, що формує самостійну підсистему культури, в основу якої покладено специфіку лікарської діяльності. В неї входить основний суб'єкт цієї діяльності – сімейний лікар зі своїми знаннями, особистісно-психологічними якостями, цінностями та ідеалами; зразки поведінки; традиції, встановлені соціальні відносини; медичні символи; спеціальні інститути, котрі в поєднанні утворюють простір медичної культури.

Питання стану та перспектив підготовки фахівців сімейної медицини в Україні знайшли своє відображення в працях багатьох дослідників (Ю. Думанський, А. Ємець, Г. Левченко, В. Мілерян, Г. Синяченко, Л. Шкала та ін.). Порушується питання про специфіку професійної підготовки у сфері сімейної медицини, про переваги неперервної медичної освіти, про планування та складання програм для ординатури з сімейної медицини [101, 124, 1177, 197, 318].

Досвід впровадження сімейної медицини в регіонах України та зарубіжних країнах став предметом аналізу Ю. Вороненка, Б. Лемішка, І. Мартинюка, О. Орди, Є. Складарова, В. Ткаченка, А. Шекера, А. Camilleri, D. Sammut, M. Brekke, F. Carelli, N. Zarbailov та ін. Науковці приділяють увагу питанням специфіки впровадження служби сімейного лікаря

відповідно до потреб регіону чи країни, виявляють позитивні та негативні аспекти цього процесу, досліджують проблему ефективності функціонування сімейної практики, процеси, що гальмують її розвиток і визначають шляхи оптимізації створеної системи сімейної медицини. У працях цих авторів проаналізовано механізми функціонування сімейної практики та методи управління системою сімейної медицини, виокремлено та обґрунтовано конкретні принципи, необхідні для впровадження й подальшого розвитку цієї системи надання первинної медично-санітарної допомоги.

Сімейний лікар – це терапевт-педіатр з глибоким генетико-імунологічним підходом до профілактики та лікування захворювань; фахівець, який володіє необхідним обсягом знань і навичок у галузі спеціалізованих видів медичної допомоги; особистість, яка здатна вирішувати медико-соціальні та гігієнічні проблеми сім'ї [318, с. 6].

Таким чином, можемо констатувати, що професійна культура медичного працівника, зокрема сімейного лікаря, базується на загальній культурі, є проекцією у сферу професійної діяльності й особистості лікаря медичної культури суспільства та є системою загальнолюдських ідей, професійно-ціннісних якостей особистості, універсальних способів пізнання та гуманістичних технологій медичної діяльності [129, с. 45].

Аналіз наукових праць дозволив нам сформулювати власне визначення професійної культури сімейного лікаря. *Професійна культура сімейного лікаря становить форму медичної культури людства, що існує в межах професійної спільноти медичних працівників і синтезує в собі медичні знання, професійно-теоретичні світогляди, медичні технології й соціальні практики, традиції та специфічну мовну систему, вироблені людством із метою збереження здоров'я і життя людини, боротьби з різними її захворюваннями.*

Таким чином, професійна культура сімейного лікаря – це «суб'єкт-суб'єктні» відносини, в яких суб'єктом професійної діяльності є абсолютна цінність – людина, її здоров'я та життя. Професійній культурі сімейного

лікаря, в основі якої лежить лікувальна діяльність, властиві стереотипи поведінки, специфіка дискурсу, символіка, традиції та звичаї. Структура професійної культури сімейного лікаря багатоаспектна, оскільки включає в себе систему спеціальних професійних знань, загальнокультурні цінності, сукупність духовних компонентів і окремі специфічні елементи, властиві лікарській професії. В професійній культурі сімейного лікаря виражені соціально-психологічні характеристики його особистості й професійно-важливі якості, що сприяють ефективній діяльності.

1.2. Особливості контекстної підготовки студентів медичних університетів

В Україні реалізується концепція безперервної медичної освіти, котра базується на принципах єдиної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців, дистанційної освіти, оволодіння медичном персоналом інноваційними технологіями в університетських клініках. Основою системи є створена освітня вертикаль підготовки майбутніх медиків, в якій поєднується набуття певного освітнього рівня та отримання професійної кваліфікації (медична сестра, фельдшер, лікар, лікар-психолог, лікар-стоматолог, сімейний лікар, провізор), їхня постійна сертифікація та безперервний розвиток упродовж усієї професійної діяльності [188, с. 75].

Специфіка підготовки сімейного лікаря передбачає формування навичок професійного спілкування з різновіковим сімейним колективом і тому вимагає набуття таких якостей, як соціальна адаптивність, високий рівень інтелектуального розвитку, нервово-психічна стійкість, толерантність, професійне мислення, комунікативна компетентність та ін. Структура особистості сімейного лікаря має включати професійну культуру.

Аналіз теорії та практики вищої медичної освіти доводить, що професійна культура є основою професійного становлення й розвитку майбутнього сімейного лікаря, вона спрямовує особистість на професійно-творчий саморозвиток і самореалізацію. Враховуючи вислів Д. Ільєсова про

«плюралістичний характер педагогіки», можна говорити про різноманіття вибору й побудови процесу навчання студентів-медиків [127, с. 13]. Як доводить аналіз профільної наукової літератури та освітньої практики медичних університетів, більшою мірою ці завдання ефективно вирішуються у процесі контекстної підготовки сімейних лікарів.

Досліджували проблеми контекстного навчання майбутніх фахівців такі науковці: А. Вербицький [59, 60, 61, 62] (сутність та концептуальні засади контекстного навчання); Т. Далдаєва [80], О. Мамонова [189] (застосування технологій контекстного навчання в процесі підготовки майбутніх юристів); Ю. Лопушинська [183] (контекстний підхід у навчанні майбутніх соціологів); Н. Дем'яненко [90, 91, 92], В. Желанова [105, 106], В. Іщук [133], Н. Мирончук [198], С. Скворцова [277] (реалізація контекстного підходу в системі професійної підготовки майбутніх учителів); І. Бех [29], Н. Бібік [34], Р. Гуревич [78, 79], Г. Лаврентьєв [174, 175], (реалізація компетентнісного підходу у системі контекстного навчання) та ін. Узагальнюючи їхні ідеї можна зауважити, що основа контекстного навчання полягає в тому, що навчальна діяльність студента зреалізовується не лише у логіці науки, але й через модель фахівця – в логіці майбутньої професійної діяльності студента. Такий підхід забезпечує системну організацію навчального процесу, надає йому цілісності, наповнює засвоювані знання особистісним змістом.

Значимість контекстної підготовки А. Вербицький пов'язує з проблемою самої сутності професійної освіти, що виникає вже у період переходу випускників від навчальної діяльності до діяльності навчально-професійної. Основні її наслідки полягають у складності професійної та соціальної адаптації молодих фахівців і тривалому періоді невисокої ефективності їхньої діяльності. Складність такого переходу пов'язана з «перетворенням знань із предмету навчальної діяльності в засіб регуляції діяльності професійної, зі зміною одного провідного типу діяльності іншим, зі зміною соціальної позиції людини» [60, с. 33]. Змінюється характер самої

діяльності, при цьому з позицій діяльнісного підходу головним «двигуном» проходження даного переходу є трансформація мотивів (саме мотив – констатуюча ознака діяльності). Основними в навчальній діяльності є пізнавальні мотиви, в практичній діяльності – професійні. Відповідно, успішність переходу від навчально-пізнавальної діяльності студента до професійної діяльності фахівця залежить від трансформації пізнавальних мотивів у професійні [62, с. 128].

Характеризуючи методологічну сутність контекстного підходу у навчанні, з'ясуємо, як у науковій літературі визначається поняття «контекст». У словнику лінгвістичних термінів під контекстом розуміють: «відносно закінчений у смисловому плані уривок тексту чи промови, в якому виявляється сенс і значення слів або пропозицій, що входять до нього як лінгвістичне оточення певної мовної одиниці [71, с. 136]. Контекст визначається також як система умов життя і діяльності людини, що впливають на сприйняття, розуміння і перетворення ним конкретної ситуації, надаючи їй сенсу і певного значення [80, с. 1437].

Поняття «контекст» є базовим поняттям контекстного навчання. Воно увійшло в педагогіку порівняно недавно з логіки та лінгвістики, тому ще не набуло визначеного статусу. У психології контекст пов'язаний з поняттям «ситуація» – системою умов, що підвищують активність суб'єкта. Тобто в ситуацію включаються і зовнішні умови, і сам суб'єкт, і ті люди, з якими людина контактує [174, с. 36].

Контекст визначається як система зовнішніх і внутрішніх умов життя та діяльності людини, що впливає на його сприйняття, усвідомлення й перетворення нею конкретної ситуації, надаючи значення та зміст цій ситуації в цілому й окремим її компонентам. Зовнішній контекст містить соціокультурні, предметні та просторово-часові характеристики ситуації, в яких особистість діє, внутрішній – індивідуально-психологічні особливості, засвоєні знання та досвід людини [80, с. 1439]. Професійний контекст відтворюється в навчально-виховному процесі та складається з соціального

контексту, що відображає норми відносин і соціальних дій, а також їхню ціннісну орієнтацію та технологію трудових процесів. Особистісний компонент характеризує морально-етичні правила, норми поведінки та взаємовідносин фахівців як представників такої соціально-професійної системи, їхні соціально-психологічні якості та характеристики [147, с. 460].

У психологічній літературі є достатньо інформації про вплив різного роду контекстів на процеси психіки, свідомості та діяльності людини – від ілюзій сприйняття й семантизації за контекстом до творчого мислення. Завдяки контексту людина знає, що їй слід очікувати, і можливо, його усвідомлено інтерпретувати. Перш ніж діяти, людина прагне зібрати всю можливу контекстну інформацію, знання про те, що відбудеться у майбутньому та дозволяє легше сприймати сьогодення. Таким чином, внутрішній і зовнішній світ «даний» людині не сам по собі, а в тих чи інших предметних і соціальних контекстах; пояснення будь-якого психічного явища потребує вивчення як контексту, в якому воно відбувається, так і внутрішньої природи самого явища. При цьому моделювання предметного і соціального (соціокультурного) контекстів майбутньої професійної діяльності студента у формах його пізнавальної діяльності надає навчання особистісного змісту, породжує інтерес до «присвоєння» змісту професійної освіти [245, с. 86].

Концепція знаково-контекстного навчання була презентована у 1991 році А. Вербицьким, її основою проголошена діяльнісна теорія оволодіння соціальним досвідом (Л. Виготський, А. Леонт'єв, С. Рубінштейн), згідно якої засвоєння змісту освіти, соціального та професійного досвіду відбувається в процесі власної мотивованої активності (активної діяльності студента). Контекстне навчання А. Вербицький визначає як форму активного навчання, що орієнтована на професійну підготовку студентів і реалізована за допомогою системного використання професійного контексту, поступове насичення навчального процесу елементами професійної діяльності [59, с. 16]. Контекстне навчання – це навчання, в якому мовою науки і за допомогою всієї системи форм, методів, засобів

навчання (традиційних і нових) послідовно моделюється предметний та соціальний зміст майбутньої професійної діяльності студентів [61, с. 43]. Контекстне навчання базується на теорії діяльності, згідно з якою засвоєння соціального досвіду відбувається в результаті активної позиції суб'єкта. В ньому впроваджені такі принципи: активності особистості, проблемності, єдності навчання та виховання, послідовного моделювання [59, с. 18].

Аналіз наукової літератури доводить, що методологічні риси діяльнісного підходу найбільше виражені у працях Л. Виготського, С. Рубінштейна, А. Леонтьєва. Саме з їхніми іменами пов'язують розробку діяльнісного підходу у психології. Основними ідеями психологічної теорії Л. Виготського, як напрямку діяльнісного підходу, є такі положення: важлива роль аналізу практичної діяльності людей для виникнення свідомості; взаємозв'язок свідомості й трудової діяльності; діяльнісна детермінація психіки. Науковець у своїх працях акцентував увагу на методологічній функції діяльності – загальному пояснювальному принципі [266, с. 243].

Одночасно з Л. Виготським принцип єдності свідомості та діяльності (який у психології називається «діяльнісний підхід») сформулював і С. Рубінштейн. У праці «Принцип творчої самодіяльності» висвітлюється проблема діяльності та принцип єдності свідомості та діяльності: «...людина та її психіка формуються і проявляються в практичній діяльності, тому психіка вивчається через її прояв у діяльності» [271, с. 102].

С. Рубінштейн діяльність визначає своїм об'єктом, але не безпосередньо, а через її «внутрішні» закономірності. При цьому зовнішні причини діють через внутрішні умови. Науковець зауважує: «Людина у своїй діяльності не лише виявляється і проявляється; вона в ній визначається, творить себе. Тим, що вона робить, можна визначати те, що вона є; напрямом її діяльності можна визначати й формувати її саму» [269, с. 127].

Специфічні особливості діяльнісного підходу розробляв А. Леонтьєв. У його психологічній концепції акцентується увага на тому, що життя людини є системою різних видів діяльностей, котрі постійно змінюються. На

психологічному рівні діяльність є одиницею життя, що включена в систему відносин даного суспільства. Еволюційний процес розвитку психіки зумовлений розвитком предметного змісту діяльності [178, с. 67]. Структурний аналіз діяльності дозволив А. Леонтьєву виокремити компоненти: дія, операція, мотив і мета. Він назвав їх «одиницями», що створюють «макроструктуру». А. Леонтьєв зауважує, що діяльність – це форма активності людини, що спричинена її потребами. Діяльність співвідноситься з мотивом. Мотив – те, заради чого відбувається діяльність, а діяльність – сукупність дій, спричинених мотивом. Одиницею аналізу діяльності науковець визначає дію [178, с. 121].

А. Леонтьєв у макроструктурі загального потоку предметної діяльності виокремлює такі взаємопов'язані блоки: операційний (окрема, особлива діяльність – дія – операція – психофізіологічні функції); мотиваційний (мотив – мета – умова) [178, с. 130]. Сутність діяльнісного підходу розкрито у праці А. Леонтьєва «Діяльність. Свідомість. Особистість», головними аспектами якого є загальновизнані пізніше методологічні принципи: предметності, активності, неадаптивної природи предметної діяльності, інтеріоризації та екстеріоризації, безпосередності та ін. [178, с. 86].

Важливим для формування професійної культури можна вважати те, що контекстне навчання створює умови для інтеграції знань усіх наукових дисциплін. При цьому викладання загальноосвітніх дисциплін трактується в контексті професійної діяльності з використанням усього потенціалу студента. Засвоєння теоретичних знань і досвіду відбувається під час вирішення модельованих професійних і проблемних ситуацій. Для реалізації теоретичних підходів в технології контекстного навчання пропонується використовувати методи активного навчання [105, с. 76].

Сутність та значення контекстного типу навчання для професійної підготовки майбутніх фахівців досліджував Р. Гуревич, зауважуючи, що теорія контекстного навчання пов'язана «...з вирішенням низки принципових проблем загального і професійного розвитку особистості майбутнього

фахівця, оволодіння ним цілісною професійною діяльністю, що може бути реалізованою в контекстному навчанні, де динамічно моделюється предметний і соціальний зміст професійної праці і тим самим забезпечуються умови трансформації навчальної діяльності студента у професійну діяльність фахівця» [78, с. 270].

Н. Мирончук робить наголос на тому, що підготовка майбутнього фахівця має бути спрямована на формування вмінь самостійно вчитися, самовдосконалюватися, виховання відповідального та творчого ставлення до своєї праці; зміст контекстного навчання розкривається не тільки у предметній складовій професійної діяльності, заданій за допомогою системи навчальних завдань, моделей і ситуацій, але й у соціальній складовій, відтвореній різними формами спільної діяльності та спілкування [198, с. 442].

На системність компетентісно-контекстної підготовки майбутніх педагогів вказує також Н. Дем'яненко [91], сутність якої вона розуміє у розробці моделі розвитку компетентності випускника вищого навчального закладу як сукупності відповідних умов, засобів, методів, технологій навчання. Модель передбачає організацію квазіпрофесійної діяльності, міждисциплінарну взаємодію, надання можливостей для саморозвитку і самореалізації особистості студента, створення додаткових організаційно-педагогічних умов, спрямованих на посилення мотивації студентів до навчання (кредитно-рейтингова система, елективні курси, метод проектів тощо). Реалізація професійної підготовки майбутнього фахівця відбувається через змістово-технологічну інтеграцію соціально-гуманітарної, загальнопрофесійної, предметної складових і позааудиторної соціально значущої діяльності студентів. При цьому аналіз і осмислення засвоєваних явищ, процесів, цінностей розглядаються як засіб їхнього і самовдосконалення [198, с. 443]. Н. Дем'яненко визначає такі ключові структурні компоненти контекстно-професійної моделі: мета; ціннісні основи; принципи; відбір змісту (міждисциплінарність); організація навчального процесу (кредитно-модульна); технологічність; система

оцінювання (рейтингова); роль педагога (тьютор, консультант); відносини суб'єкт-суб'єктні; специфіка підготовки (практико орієнтована); ключові терміни [91, с. 14].

Контекстний підхід у навчальному процесі використовують у своїх дослідженнях такі науковці, як Е. Джонсон, Г. Лаврентьєв, О. Ковтун. Так, Е. Джонсон зауважує, що за контекстного підходу діяльність і мислення студентів звернене до досвіду: «контекстне навчання залучає студентів до значимої для них діяльності, сприяє зв'язку академічного знання з контекстом ситуацій реального життя» [331, с. 3]. Г. Лаврентьєв у своєму дослідженні стверджує, що «контекстне навчання необхідно віднести до освітніх технологій, головне завдання яких полягає в оптимізації викладання й учіння з опорою не на процеси сприйняття і пам'яті, а насамперед на творче продуктивне мислення, поведінку, спілкування» [174, с. 45]. Контекстний підхід як методологічний концепт розглядає О. Ковтун, вона зауважує, що зміст контекстного навчання базується: на логіці навчального предмета як узагальненого минулого наукового знання; на логіці майбутньої професійної діяльності, що представлена у вигляді диференційованої моделі діяльності фахівця, у котрій подається опис його основних професійних функцій, проблем і задач [147, с. 463].

Т. Далдаєва потрактує сутність контекстного навчання як таке, що дозволяє динамічно моделювати предметний і соціальний зміст професійної діяльності, котре забезпечує умови трансформації класичної навчальної діяльності студента в професійну діяльність фахівця [80, с. 1438]. На позитивний вплив контекстного навчання на активізацію пізнавальної діяльності майбутніх фахівців указує Н. Грицай. Дослідниця робить висновок про те, що контекстний підхід у навчанні сприяє розвитку у студентів творчої ініціативи, рефлексивних процесів, внутрішніх мотивів навчально-професійної діяльності, професійного самовизначення і становлення особистості студента як суб'єкта діяльності. Н. Грицай зауважує, що «забезпечення в умовах контекстного навчання переходу студентів від

навчальної діяльності до професійної з відповідною зміною потреб і мотивів, завдань і вчинків у процесі їхньої методичної підготовки має значний потенціал для підвищення якості підготовки фахівців. Підготовка майбутніх фахівців на базі технології контекстного навчання допоможе максимально наблизити зміст і процес навчальної діяльності студентів до їхньої майбутньої професії» [75, с. 61].

Ю. Лопушанська у своєму дослідженні зауважує, що контекстний підхід у процесі навчання майбутніх фахівців стимулює розвиток професійних здібностей майбутніх фахівців, допомагає об'єктивніше визначати свою професійну придатність. Також дослідниця робить висновок про те, «що реалізуючи контекстний підхід у навчанні студентів, необхідно формувати у них професійно орієнтовану компетенцію і стійку мотивацію, навчати їх у контексті майбутньої професії, даючи знання, які будуть формувати здібності до виконання професійної діяльності. Слід пам'ятати, що предметний та соціальний аспекти майбутньої професійної діяльності повинні бути провідними чинниками, що впливають на відбір, зміст навчальних дисциплін, використання технології навчання» [183, с.101].

Розробляючи шляхи реалізації контекстного навчання у процесі професійної підготовки, А. Вербицький визначив основні види діяльності та алгоритм їх використання, а саме: три базові і три проміжні форми діяльності [59, с. 23]. До *базових* форм належать: навчальна, квазіпрофесійна, навчально-професійна діяльність. Цим трьом формам діяльності відповідають семіотичні, імітаційні, соціальні навчальні моделі [59, с. 56].

Семіотичні навчальні моделі включають систему завдань, котрі припускають роботу з текстом і переробку знакової інформації. В моделях такого типу предметна галузь діяльності розгортається за допомогою конкретних навчальних форм, в межах яких виконуються завдання, що не передбачають особистісного ставлення до навчального матеріалу. Одиницею роботи студента є мовна дія – слухання, говоріння, читання, письмо. Засобом роботи є текст. Семіотичні моделі включають завдання, задачі і проблемні

ситуації, що забезпечують засвоєння студентом відображених у них об'єктивних значень [59, с. 58].

Імітаційні навчальні моделі передбачають виконання навчальних завдань, спроектованих на вихід студента за межі знакової інформації, зіставлення її з майбутньою соціально-професійною діяльністю, осмислення знань, під час включення в ситуацію вирішення певних соціально-професійних задач. У цьому випадку одиницею роботи виявляється дія, на основі якої досягається предметний корисний результат. Інформація для студента набуває особистісного змісту, перетворюється з інформації у знання, котрі адекватно відображають професійну дійсність [59, с. 59].

Соціальні навчальні моделі орієнтовані на завдання, що виконуються спільно, колективно. Такі спільні пошуки вирішення проблеми виробляють досвід колективної роботи в майбутньому соціально-професійному середовищі. Ця модель реалізується в ділових іграх, науково-дослідній роботі студентів, комплексному курсовому й дипломному проектуванні. Таку технологію також називають кейс-методом або методом конкретних ситуацій. Одиницею діяльності студента стають вчинки, через які студент засвоює професію як частину культури, осмислює своє ставлення до праці, до суспільства, до самого себе. Засобом роботи, що формує ціннісне ставлення особистості до праці, людей і природи, слугує підтекст [175, с. 35]. У соціальних моделях завдання представлено у вигляді проблемних ситуацій і задач, котрі імітують професійні. Особистісні смисли перетворюються в соціальні цінності – систему відповідального ставлення до природи, праці, суспільства, іншої людини й самого себе [175, с. 38]. З переходом від однієї базової форми діяльності до іншої студенти отримують достатню практику використання навчальної та наукової інформації, оволодіваючи реальним соціально-професійним досвідом, отримуючи можливість природного входження в професію [59, с. 62]. *Проміжними формами* є будь-які форми – традиційні чи нові, котрі відповідають специфіці цілей і конкретному змісту освіти на відповідному етапі [59, с. 66].

Поділяючи такий підхід, А. Павленко зауважує, що контекстне навчання може бути розширене на практиці у реалізації міжпредметних зв'язків; застосуванні методу «занурення»; збагаченні навчально-освітнього середовища; реалізації національно-культурного навантаження, культуровідповідності змісту навчання; розв'язуванні сюжетних навчальних задач визначеної соціо-культурної тематики; розгляді історії наукових відкриттів і винаходів; аналізі художнього твору; проведенні ділових, рольових, дидактичних ігор; виробничій практиці; тренінгах, роботі в групах; навчальних і дипломних проектах тощо [242, с. 118].

Науковці доводять, що система переходу від професійної діяльності до навчання та від навчання до професійної діяльності може бути реалізованою через професійний контекст. Отже, під професійним контекстом розуміється сукупність предметних задач, організаційних, технологічних форм і методів діяльності, ситуацій соціально-психологічної взаємодії, котрі характерні для певної сфери професійної діяльності [105, с. 35].

Ефективність контекстного навчання щодо формування професійної культури залежить від дотримання певних вимог. А. Вербицький зауважує, що відповідно до основних положень контекстного навчання, викладачеві необхідно домагатися дидактично адекватного моделювання в навчально-виховному процесі предметного та соціального змісту професійної діяльності. Для ефективності цього процесу варто дотримуватися таких вимог: забезпечувати змістово-контекстне відображення професійної діяльності фахівця у формах навчальної діяльності студента; поєднувати різні форми та методи навчання з урахуванням дидактичних принципів і психологічних вимог до організації навчальної діяльності; використовувати модульність побудови системи та її адаптивність до конкретних умов навчання й студентського контингенту; обов'язково реалізовувати різні види зв'язків між формами навчання (дана вимога слугує механізмом реалізації модульності в організації навчання); забезпечувати зростаючу складність

змісту навчання і, відповідно, форми контекстного навчання від початку до кінця цілісного навчально-виховного процесу [60, с. 112].

Реалізація цих вимог дає можливість проектувати цілісний навчально-виховний процес, в якому враховуються такі фактори, як специфіка навчальних дисциплін, особливості та можливості кожного учасника навчально-виховного процесу (викладача, студентів), а також тривалість і матеріально-технічні умови навчання. Крім того, використання такого виду навчання дає можливість здійснювати науково обґрунтований пошук форм і методів контекстного навчання, конструювати їхні системи, коригувати як зміст, так і цілі навчання (вимоги ОКХ). Таким чином, контекстне навчання моделює цілісний предметний і соціальний зміст професійної діяльності. Засвоєння теоретичних знань і досвіду здійснюється в процесі вирішення модельованих професійних ситуацій. Це забезпечує умови формування пізнавальних і професійних мотивів студента, трансформацію процедури засвоєння знань у професійно-практичну діяльність майбутнього фахівця, що впливає на формування соціально-професійної мобільності студента.

Особливого значення контекстний підхід набуває у процесі підготовки фахівців системи «людина – людина» (медичні та соціальні працівники, педагоги та ін.), тобто фахівців тих професій, де важливу роль, поряд із високим рівнем спеціальних знань і навиків, відіграє соціальна взаємодія між об'єктом і суб'єктом праці. Для цього типу професій необхідними є такі якості: добре самопочуття у процесі роботи з людьми; потреба у спілкуванні; здатність подумки поставити себе на місце іншої людини; здатність швидко розуміти наміри, міркування, настрої інших людей; здатність швидко проаналізувати стосунки людей [141, с. 147].

Важливим для розуміння сутності контекстного навчання є висловлювання Я. Цехмістера: «Медичну освіту не можна розглядати у відриві від загальної системи професійної освіти, особливостей її розвитку на сучасному етапі, але при цьому необхідно враховувати традиції у системі

охорони здоров'я населення в цілому, специфіку самої медичної освіти» [287, с. 147].

Успішність професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів, на думку науковців, значно покращиться, якщо здійснюватиметься на основі інтеграції контекстного та компетентнісного підходів [62, с. 5]. Інтеграція підходів – це об'єднання їх у ціле, що становить нову позицію, котра передбачає нові шляхи вирішення проблеми якості підготовки майбутніх лікарів. Цю нову позицію ми називаємо контекстно-компетентнісним підходом, який слугує теоретико-методологічною основою контекстної професійної підготовки майбутніх лікарів [62, с. 5].

Специфіка поняття «контекстна підготовка» полягає в тому, що воно є системним і включає навчання професійної лікарської діяльності й виховання майбутніх лікарів, позначаючи цілісний процес спільної діяльності викладача та студентів-медиків, на кожному етапі якого відбувається трансформація навчальної діяльності в навчально-професійну або квазіпрофесійну діяльність, формується професійна культура майбутніх лікарів, що визначає їхню професійну компетентність.

У сучасній практиці підготовки майбутніх сімейних лікарів використовуються деякі форми контекстного навчання: ділова гра, написання курсових і дипломних робіт, науково-дослідницька робота студентів у проблемних групах, обов'язкове практичне навчання. Однак деякі форми подібних занять, зокрема форми квазіпрофесійної діяльності, використовуються лише на відкритих практичних заходах, із показовою метою, із завчасно розподіленими ролями між учасниками ділових ігор і відпрацьованими сюжетами, що часто доводиться спостерігати відвідуючи такі заходи.

Сучасна медична освіта орієнтована на активну діяльність самого студента під час вирішення професійних задач (реальних або модельованих). За такого підходу, теоретичні знання засвоюються одночасно з практичним засвоєнням професійних норм і способів діяльності, а не окремо і завчасно.

Ця теорія зумовлює практику підготовки фахівця на основі оволодіння конкретними професійними діями (діагностикою, лікуванням, профілактикою, реабілітацією) і концептуальними знаннями й навичками (професійним мисленням, професійною культурою, способами спілкування).

Також для майбутніх сімейних лікарів є важливою навчально-професійна діяльність, у якій студент виконує реальні дослідницькі або практичні функції: науково-дослідницька робота студента, курсова, дипломна робота, практика (навчальна, науково-дослідницька, виробнича, переддипломна). Робота студентів, залишаючись навчальною, стає за своїми цілями, формами, змістом та технологіями професійною діяльністю. Отримані раніше знання слугують орієнтованою основою медичної практики, що сприяє трансформації навчальної діяльності у професійну.

Важливим і необхідним напрямом вдосконалення вищої медичної освіти постає широке використання в навчальному процесі сучасних інформаційних технологій і комп'ютерної техніки. Достатньо перспективними в цьому плані є навчальні програми, котрі (на відміну від електронних підручників) забезпечують зворотній зв'язок. Як результат стає можливим корегування підготовки студентів на всіх етапах його перебування у вищому медичному навчальному закладі [134, с. 4].

Таким чином, відповідно до концепції контекстного навчання, система діяльності майбутнього сімейного лікаря відображається в діяльнісній моделі його професійної підготовки. Предметний контекст діяльності студента проектується як система навчальних проблемних клінічних ситуацій, задач і проблем, наближених до професійних. Соціальний зміст інтегрується в навчальний процес через форми спільної діяльності майбутніх лікарів в обговоренні та вирішенні конкретних клінічних ситуацій [146, с. 19].

Розглядаючи можливості контекстної підготовки щодо формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів такі науковці, як І. Бойчук [45], І. Дудник [100], В. Казаков [135], Я. Кміт [145], О. Комар [142], Г. Левченко [177], С. Максименко [188], С. Тихолаз [297],

М. Філоненко [303], Я. Цехмістер [310] та ін. зауважують, що контекстний підхід у навчанні дозволяє: інтегрувати знання з усіх навчальних дисциплін, моделювати цілісний предметний і соціальний зміст професійної діяльності; оптимізувати весь потенціал активності студента, від індивідуального сприйняття до соціальної активності, розв'язувати не шаблонні задачі, а проблемні; сприяти засвоєнню теоретичних знань і досвіду в процесі вирішення модельованих клінічних ситуацій, що забезпечує формування професійних мотивів студента; забезпечувати трансформацію академічної процедури засвоєння знань у професійно-практичну діяльність майбутнього лікаря, формувати професійне мислення та професійну культуру.

І. Дуднік, вивчаючи питання підвищення якості навчання студентів, зауважує, що контекстний підхід у навчанні майбутніх лікарів передбачає моделювання цілісного предметного змісту медичної діяльності. Такий підхід у навчанні сприяє підвищенню їхньої пізнавальної активності; формуванню пізнавальної та професійної мотивації; забезпеченню поступового переходу студентів від навчальної до професійної діяльності; формуванню ціннісного ставлення до медичної професії [100, с. 22]. Контекстний підхід у процесі підготовки фахівців медичного профілю – це виявлення особистої освіченості лікаря та його професійної компетентності. Саме на рівні професійної культури може повною мірою зреалізуватися особистість фахівця-медика [135, с. 33].

Отже, аналіз наукової літератури дозволяє стверджувати, що контекстне навчання є професійно-орієнтованим навчанням. Усі знання подаються і здобуваються лише в контексті майбутньої професійної діяльності; загальною основою різних методик слугує професійний контекст; технологія контекстного навчання передбачає постійний контроль і корективи процесу трансформації навчальної діяльності у професійну, становлення майбутнього сімейного лікаря як фахівця. Цей процес коригує не лише викладач, але й сам студент за чіткими, зрозумілими йому й особисто значущими критеріями. Лише за цих умов можна розраховувати на

активність студента, на його пізнавальну мотивацію, на зацікавлену участь майбутнього сімейного лікаря в реалізації процесу переходу від навчання до професійної діяльності.

Теоретичний аналіз проблем контекстного навчання дозволив нам сформулювати власне розуміння поняття «контекстна підготовка майбутніх сімейних лікарів». Поняття *«контекстна підготовка майбутніх сімейних лікарів»* ми визначаємо як *системне поняття, що включає навчання студентів лікувальній справі і виховання майбутніх сімейних лікарів; як цілісний навчально-виховний процес спільної діяльності викладачів і майбутніх сімейних лікарів, на кожному етапі якого відбувається трансформація навчальної діяльності у навчально-професійну або квазіпрофесійну діяльність, формується їхня професійна культура, що характеризує готовність майбутніх сімейних лікарів до професійної діяльності.*

Контекстну підготовку майбутніх сімейних лікарів ми розуміємо як систему, побудовану з урахуванням культурних і гуманістичних цінностей нового століття: суб'єктності, діалогічності, розвивальної спрямованості, інтегрованості, фундаментальності та неперервності. Основним способом реалізації контекстної підготовки майбутніх сімейних лікарів є використання педагогічних технологій проблемного, диференційованого, рефлексивного, діалогового навчання та виховання, технології колективної культуро-творчої діяльності тощо.

1.3. Компоненти, критерії, показники та рівні сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів

Професійне становлення майбутнього медика – складний і тривалий процес, котрий включає в себе різні змістові та структурні компоненти підготовки майбутніх лікарів комплексні і спрямовані на когнітивний і особистісний, індивідуальний і соціальний розвиток. Специфіка медичної

діяльності визначається її характером, об'єктом і предметом, цілями і задачами. Об'єктом медичної діяльності є людина, предметом є її здоров'я та хвороба, її нормальна та патологічна життєдіяльність. Метою професійної діяльності лікаря є збереження життя й здоров'я людини, попередження хвороб і полегшення страждань хворих незалежно від їхньої статі, віку, расової та національної приналежності, соціального статусу, політичних переконань і віросповідань [54, с. 4].

Особливістю медичної діяльності є чітко визначена духовно-ціннісна складова. Тому визначну роль у професійній діяльності майбутнього сімейного лікаря відіграє високий рівень його моральної культури, котра виявляється в специфічних вимогах до особистісних якостей лікаря. Їх характеризують здатність співчувати пацієнту; готовність до самопожертви; високе почуття відповідальності за результати своєї діяльності; старанність і обов'язковість; сила волі та професійна мужність; наявність розвиненої інтуїції та рішучості; почуття власної гідності, незалежність і впевненість у собі, принциповість; толерантність, терпимість до культури, релігії, характеру пацієнта; колегіальність, яка проявляється в тактовності, доброзичливості; нетерпимість до халатності й недобросовісності; високий рівень професійної та комунікативної компетентності; працьовитість; розвинена лікарська рефлексія, самокритичність; віра в рятувальну місію медицини; оптимізм [140, с.72].

А. Агаркова виокремлює такі компоненти цієї культури щодо професії лікаря: інтелектуально-когнітивний компонент – визначає інтелектуальну діяльність особистості щодо оволодіння знаннями (етичними, загальними, професійними) та зумовлює спосіб і якість когнітивної активності; аксіологічний – дозволяє визначити цілі, мотиви діяльності, початкову систему цінностей; у структурі професійно-етичної культури лікаря розкриває себе як формування, аналіз, використання та створення цінностей і систем цінностей особистості, виходячи із сукупності загальнолюдських етичних цінностей; психолого-рефлексивний – регулює співвідношення

мотивів і мети діяльності, переосмислення схем діяльності, визначає умови встановлення зв'язків між різними компонентами професійно-етичної культури, змістом етичних систем, видами діяльності, особистостями; комунікативно-діяльнісний – регулює оцінювання, формування, використання, вдосконалення, створення нових методів, способів, засобів, видів операцій у міжособистісній сфері професійної лікарської діяльності; забезпечує успішність комунікації під час навчання, професійної діяльності; розкриває професійно-етичну культуру лікаря як специфічний спосіб реалізації індивідуально-сутнісних особливостей людини [2, с. 9].

Складним системним утворенням духовної, матеріальної і соціальної діяльності людей (М.Жарова) є медична культура, котра включає в себе такі тісно взаємопов'язані компоненти, як етично-аксіологічний, гносеологічний, естетичний, релігійний, філософсько-антропологічний, соціальний, економічний, правовий, технологічний компоненти [103, с. 12]. Проблема визначення рівнів сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів пов'язана з якісною характеристикою критеріїв її оцінки, які в педагогічній науці не мають єдиного визначення.

Т. Корольова, досліджуючи проблему формування професійно-етичної культури майбутніх медиків, визначає такі критерії: когнітивний (відображає рівень засвоєння знань, алгоритмів діяльності та ступінь усвідомлення необхідності участі у професійній діяльності); інструментальний (демонструє рівень оволодіння студентом базовими професійними уміннями та навичками); емоційний [158, с. 68].

Охарактеризуємо власний підхід щодо визначення компонентів, критеріїв, показників та рівнів сформованості професійної культури майбутніх лікарів, в основу якого покладено авторське розуміння сутності цього поняття, котре представлено вище. Проведений аналіз категорії професійне мислення, генеза проблеми розвитку професійної культури, визначення складових цього феномену, дозволили провести аналіз сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів в умовах

університетської освіти. Для цього була розроблена методика діагностики та визначення сформованості рівня професійної культури студентів, що включає систему компонентів, критеріїв, показників та відповідних ним методик дослідження професійної культури майбутніх сімейних лікарів.

Ми виходили з розуміння критерію як ознаки, на основі якої проводиться визначення чи класифікація чогось. За основу взято положення В. Безпалько [28, с. 115] про те, що критерій має відображати природу вимірювального явища й динаміку вираженої ним властивості. Критерії сформованості професійної культури визначалися виходячи із системного розуміння культури, виокремлення її структурних компонентів, технологій у професійній самореалізації майбутнього сімейного лікаря.

Комплексний аналіз наукових джерел дозволив визначити її основні структурні компоненти та критерії: аксіологічний (ціннісно-мотиваційний критерій), операційно-діяльнісний (когнітивно-діяльнісний критерій), професійно-особистісний (особистісно-творчий критерій) (табл.1.1.).

Першим компонентом професійної культури майбутнього лікаря є *аксіологічний* компонент, котрий включає в себе систему загальнолюдських, моральних і професійних цінностей, скорельованих специфікою медичної діяльності, особистісних якостей, ідеалів, медичних традицій, звичаїв, символіки; відображає ціннісно-мотиваційний аспект медичної діяльності.

Особливості формування *ціннісно-мотиваційного* критерію визначаються мотивами, цілями та потребами майбутнього сімейного лікаря у професійному навчанні, вдосконаленні, самовихованні, саморозвитку, ціннісних установках актуалізації в професійній діяльності. Цей компонент зумовлює наявність інтересу до професійної діяльності, що характеризується потребою особистості у знаннях, в оволодінні ефективними способами організації професійної діяльності. Також ціннісно-мотиваційний критерій містить мотиви здійснення професійної діяльності. Професійна мотивація визначає ступінь прагнення до оволодіння професією та бажанням працювати лікарем. Ця професійно важлива якість особистості

характеризується пізнавальними мотивами; уявленнями про професію та реальну професійну освіту; сукупністю змістових особливостей медичної діяльності та адаптацією до неї студента-медика.

Основними показниками такого компоненту визначено: професійну мотивацію, професійні цінності та здатність до самовдосконалення.

Таблиця 1.1.

Компоненти, критерії та показники сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів

Компоненти	Критерії	Показники
Аксіологічний	Ціннісно-мотиваційний	1. Професійна мотивація. 2. Професійні цінності. 3. Здатність до самовдосконалення.
Когнітивний	Операційно-діяльнісний	1. Знання, вміння, навички. 2. Комунікативні вміння. 3. Інтелектуально-культурний розвиток.
Особистісний	Морально-етичний	1. Лікарська етика. 2. Здатність до емпатії. 3. Гуманне ставлення до людини.

Для обґрунтування ціннісно-мотиваційного критерію використані положення М. Філоненко, який визначає такі параметри професійної мотивації: любов до професії, відданість професії, відповідальність, чесність, тактовність, гуманне ставлення до пацієнта; свідоме оволодіння під час навчання у вищому медичному навчальному закладі знаннями, вміннями та навичками з організації та здійснення діагностичних і лікувальних заходів [304, с. 273]. Виховання у майбутніх сімейних лікарів професійної культури передбачає формування соціально-ціннісних мотивів, що спонукають особистість студента-медика до діяльності на користь іншої людини.

У своєму дослідженні О. Лямова самовдосконалення визначає як усвідомлений самою особистістю розвиток із метою покращення набутих

якостей і формування нових. Дослідниця зауважує, що прагнення до самовдосконалення як усвідомлений мотив зреалізовується у двох взаємопов'язаних формах – самовиховання й самоосвіта [185, с.71].

У цьому випадку важливою є майстерність викладача медичного навчального закладу, котра полягає в тому, щоб суспільно-значущі знання перетворити в особистісно-значущі для студента; цілеспрямовано спонукати майбутніх лікарів до активної роботи над собою; виробляти у них відповідні мотиваційні установки на самовиховання та самоосвіту, створювати для цього відповідні умови. Процес професійного самовдосконалення неможливий без формування пізнавальних мотивів навчання.

Важливими мотивами, необхідними для формування професійної культури, є соціальні мотиви. Так, Є. Ільїн виокремлює такі групи соціальних мотивів: широкі – виявляються у вчинках, що свідчать про розуміння особистістю своїх обов'язків і відповідальності; у розумінні необхідності вчитися й добре підготуватися до майбутньої професії; вузькі (позиційні) – у бажанні мати свою точку зору, свою позицію; мотиви соціальної співпраці – зреалізовуються у прагненні до колективної роботи й до усвідомлення раціональних способів її виконання [126, с.125].

До особливої групи соціальних мотивів також відносяться мотиви альтруїстичної поведінки, що спрямована на користь інших і не розрахована на жодну винагороду. Під час формування професійної культури в майбутніх сімейних лікарів необхідно сприяти самовихованню усіх груп соціальних мотивів. Розвиваючи власну особистість, студент-медик прагне приносити користь іншим.

Регуляція медичної діяльності засобами цінностей і норм є одним із глобальних факторів, що визначають соціальну взаємодію в системі «лікар-хворий». Ряд авторів (О. Андрійчук, П. Бабенко, Н. Жуковська, О. Корчак, І. Кузнецова, К. Куренкова, С. Максименко, Д. Мацько, С. Пудова, М. Філоненко, Н. Шемигон та ін.) розглядають професійно-моральні якості

та цінності майбутніх лікарів як основну складову його професійної придатності й медичного професіоналізму.

Уявлення про ціннісні орієнтації лікаря, еталон лікаря (Гіппократ) формують ієрархію цілей студента, його норми поведінки. Сучасна наукова література містить чимало інформації про різні підходи до вивчення цінностей. Але, не дивлячись на загальноприйнятність категорії «цінність», відсутня єдність у розумінні її сутності й ролі в суспільному житті. Так, Н. Шемигон професійні ціннісні орієнтації розглядає як систему стійких відношень до професійної діяльності, визначає її зміст та шляхи досягнення професійних цілей. Дослідниця зауважує, що професійно-ціннісні орієнтації як сукупність особистісно усвідомлених гуманістичних цінностей становить один із найважливіших елементів професійної діяльності, основу соціальної та професійної активності фахівця, його життєвої позиції [316, с. 7].

Поняття «гуманістичні цінності» Д. Мацько визначає як «сукупність значущих ідей, норм, принципів та ідеалів суспільної та особистої діяльності, котрі, виступаючи зразками добра, людяності, милосердя, визначають поведінку людини та покликані формувати усвідомлене й виключно позитивне ставлення особистості до навколишньої дійсності» [190, с. 9].

Важливим щодо обґрунтування цього критерію є положення (В. Кузнецова), що визначає таку систему базових гуманістичних цінностей: життя – головна цінність існування людини і суспільства; доброта та здатність прихильно ставитися до людей; любов до ближнього як почуття глибокої прихильності, відданості; співчуття, тобто здатність ставитися з розумінням і жалістю до переживань і проблем людини; справедливість – спроможність діяти неупереджено, відповідно до моральних та правових норм суспільства; совість – тип поведінки людини відповідно до морально-етичних норм; повага до гідності особи – здатність бачити найкращі її якості [168, с. 8].

У контексті професійної діяльності ми можемо говорити про професійні ціннісні орієнтації, котрі визначаються як вибіркоче ставлення

людини до різних аспектів професії, її специфічних ознак і характеристик [140, с. 72]. Такі ціннісні орієнтації включають в себе також відношення до засвоєння знань, до уміння застосовувати набуті знання на практиці, до здатності креативного прояву себе в професії.

Окремі автори підтримують аргументовану позицію, згідно з якою відсутність постійних норм поведінки, однакових для всіх епох і країн щодо медицини, пов'язана зі стійкістю теоретичних аспектів моралі та зміною моральних норм професійної етики [120, с.14]. Дійсно, ціннісне відношення до різних аспектів медичної діяльності може значно відрізнятись в різних соціумах, оскільки воно входить у цілісну аксіологічну картину світу того чи іншого етносу, тобто є культурно зумовленим.

Разом із названими вище цінностями, котрі реалізуються лише в медичній діяльності, така діяльність зреалізовується у контексті універсальних цінностей. На думку окремих дослідників, деформація відносин між лікарем і пацієнтом можна розглядати з позицій різних теорій девіації (Х. Беккер, Т. Парсон). Саме тому особливої уваги заслуговує специфіка ціннісного поля медицини на основі синтезу культурологічного, соціологічного та психологічного підходів [173, с. 58].

Медицина як підсистема загальної культури розглядається із загальноприйнятих позицій моралі та абсолютних цінностей, зреалізованих через блага культури, у поєднанні з якими, як із фундаментальними нормами, усвідомлюється кожен акт людської діяльності. Професійна медична діяльність традиційно регламентується деонтологією і становить у культурі комплекс норм, котрі передбачають необхідні вимоги ціннісного змісту.

У межах психологічного підходу для аксіологічної характеристики ціннісної складової сімейного лікаря використовується поняття «професійний тип особистості». Особливо важливим є наявність у лікаря якостей, котрі хворий вважає притаманними ідеальному лікарю: милосердя, співчуття, компетентність, комунікабельність, відповідальність. Лише в цьому випадку «особистісний зміст» (термін Д. Леонтьєва), що керує

поведінкою та діями лікаря, усвідомлено узгоджується з почуттями пацієнта та є дієвим фактором лікування.

Останнім часом постає питання про необхідність вироблення нового підходу до етично-правових аспектів професійної діяльності, що розробляється в межах біоетики. Важливим кроком у цьому напрямку стало виокремлення принципів Т. Бошама, Дж. Чайльдресса [327] і системи правил у медичній діяльності: правдивості, приватності, конфіденційності, вірності.

Науковці В. Москаленко [207], Є. Нейко [232], Л. Пиріг [249], В. Поттер [259], І. Сенюта [274, 275] та ін. присвятили свої дослідження біоетиці та її значенню в педагогічному процесі медичного навчального закладу. Так, Є. Нейко зауважує, що нині прийнято виділяти три рівні біоетики як науки та сфери практичної діяльності (теоретична, практична та прикладна біоетика). Найбільший інтерес для фахівців медицини становить рівень прикладної біоетики, що включає опис конкретних ситуацій поведінки людини [232, с. 81]. Основним завданням біоетики, стверджує І. Сенюта, є сприяння у виявленні позицій зі складних моральних проблем. Саме в медицині актуалізується ставлення людини до універсальних цінностей – життя, смерті та здоров'я. При цьому очевидним є розбіжність їх сприйняття й оцінки «звичайними людьми», пов'язана із суб'єктивністю цих морально-етичних суджень у сфері медицини, відсутністю механізмів для пояснення проблем, що виникають [274, с. 81].

Відзначимо також, що нині біоетичний контекст медицини поступово виходить за межі окремих галузей культури (етики, права) (С. Taylor, А. Kleinman [332] та ін.). Подібні тенденції знайшли відображення в концепції біоетики як культурного комплексу, що відображає її статус у контексті теорії моралі [208, с. 17]. Відповідно до цієї концепцією біоетика є новим етапом у розвитку загальної теорії моралі, котрий регулює поведінку та відносини суспільства в цілому.

Другим компонентом нашої моделі є *когнітивний* (операційно-діяльнісний критерій), що визначається такими показниками: професійні

знання, вміння та навички, комунікативні вміння, інтелектуально-культурний розвиток.

Операційно-діяльнісний критерій визначається: теоретичними знаннями, вміннями та навичками, а також способами отримання необхідної інформації та ефективністю її використання; активним використанням одержаних знань, сформованих умінь, навиків і професійно-важливих якостей у професійній діяльності як необхідних складових пізнання й розвитку професійної культури, самовиховання, самовдосконалення. Рівень розвитку операційно-діялісного критерію залежить від глибини та системності знань у медичній галузі; від уміння встановлювати міжособистісні зв'язки, вибирати оптимальний стиль спілкування у різних ситуаціях професійної діяльності, володіти способами вербального та невербального спілкування; від інтелектуально-культурного розвитку майбутнього лікаря.

Серед робіт, що розкривають структуру професійної діяльності лікаря, праці А. Агаркової [2], М. Андрейчина [8], О. Денисової [94], Л. Дудікової [98], С. Максименко [188], М. Філоненко [303] та ін., у яких з'ясовано, що структура професійної медичної діяльності має два аспекти – виконавчий (зовнішній) і відображально-спонукальний (внутрішній, психічний).

Розумінню структури професійної медичної діяльності сприяють також роботи Н. Кузьміної. Описуючи структуру педагогічної діяльності, вона виокремила такі компоненти: гностичний, проектувальний, конструктивний, комунікативний, організаторський, рефлексивний, соціально-перцептивний [132, с. 65.]. Подібну структуру, на думку В. Сластьоніна, має будь-яка інша діяльність, в тому числі і медична.

Вважається, що для представників кожного типу професій необхідний свій комплекс особистісних рис, котрі сприяють засвоєнню й подальшій реалізації професійної діяльності. Б. Ананьєв [7] зауважував, що людські фактори повинні бути вирішальними в медицині, а тому не слід забувати, що

поєднання клінічного діагнозу з психодіагностикою, спеціального знання патології органів зі знанням про особистість, з умінням аналізувати її стан і властивості є необхідними умовами успішної медичної практики.

Ми погоджуємося з А. Ємець, яка, досліджуючи стан та перспективи підготовки фахівця сімейної медицини, констатує, що умови діяльності лікаря на основі розвитку медико-біологічної науки та інформаційних технологій, системного вдосконалення практики охорони здоров'я й переходу до неперервного типу медичної освіти вимагають створення нової моделі професії лікаря. Дослідниця виокремлює такі основні її компоненти: володіння здоров'якоригуючими, здоров'язберігаючими технологіями, пов'язаними з технізацією, біологізацією, екологізацією, хімізацією, інформатизацією, психологізацією діяльності лікаря, що дозволяє здійснювати інформоване партнерство «лікар – хворий»; широке професійне мислення лікаря, котре включає клінічний, професійно-етичний, екологічний, генетичний, інформаційно-технологічний стилі; готовність до роботи в усіх закладах і організаціях сфери охорони здоров'я: первинній медико-санітарній допомозі, сімейній медицині [124, с. 90].

О. Плахотнік зауважує, що для сучасного постіндустріального інформаційного суспільства необхідна професійно освічена й гармонійно розвинена особистість, здатна адаптуватися в умовах реального життя в складному динамічному світі; брати на себе відповідальність за свої рішення в умовах свободи вибору; орієнтуватися та ініціативно діяти в мобільному й багатомірному суспільстві [250, с. 283].

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 686 від 05.08.2013 [212] лікар сімейної практики повинен *знати*: чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я первинного рівня; основи соціальної гігієни, організації охорони здоров'я, медичної психології та економіки відповідно до завдань управління охороною здоров'я населення своєї громади; основи загальнотеоретичних дисциплін в обсязі, необхідному

для вирішення професійних завдань; анатомо-фізіологічні та психологічні особливості дорослих, дітей та осіб старшого віку; особливості розвитку дітей та підлітків; сучасну класифікацію хвороб; фактори ризику виникнення та перебіг найбільш поширених захворювань залежно від статі та віку; сучасні методи профілактики, діагностики та лікування цих захворювань у дорослих та дітей; форми і методи санітарно-освітньої роботи; правила оформлення медичної документації; сучасні джерела медичної інформації, методи її аналізу та узагальнення тощо.

Професійна майстерність майбутніх сімейних лікарів полягає у *вмінні*: надавати населенню первинну медичну допомогу; координувати надання допомоги з іншими фахівцями первинної, вторинної медичної допомоги; організувати доступ до послуг у сфері охорони здоров'я, обирати ефективні та раціональні медичні маршрути пацієнта; організувати медичну допомогу пацієнту з урахуванням усіх обставин; пропагувати здоровий спосіб життя; координувати процеси профілактики, лікування, догляду, паліативної та реабілітаційної допомоги; використовувати біо-психо-соціальну модель діяльності з урахуванням культурних та екзистенціальних характеристик пацієнта; захищати у разі необхідності інтереси пацієнта у сфері охорони здоров'я [212].

Аналіз наукових джерел дозволив виокремити основні складові професійної майстерності майбутніх сімейних лікарів, а саме: етична ерудиція; спеціальні знання про хвороби та їх прояви; наявність умінь і навиків постановки медичного діагнозу; потреба в постійному оновленні знань із медичної галузі; проникливість; спостережливість; специфічні особливості пізнавальних процесів (сприйняття, мислення, уявлення та ін.), котрі формуються в процесі лікарської діяльності; володіння алгоритмом постановки діагнозу (аналіз ситуації, формулювання задачі, одержання нових даних, необхідних для ефективного вирішення діагностичної задачі, аналіз процесу та результатів рішення, зіставлення шуканого результату з реальним); ефективне використання розумових дій (судження, умовивід) і

мисленневих операцій (аналіз, синтез, проведення аналогій, узагальнення, абстрагування, класифікація) на етапах збору анамнезу, дослідження й постановки діагнозу; вміння вирішувати типові клінічні та діагностичні задачі; вміння перебудовувати мисленнєву діяльність відповідно до вимог ситуації; здібність швидко заглиблюватися у психологію пацієнта; поєднання спеціального знання патології органів зі знанням про особистість; наявність знань, умінь і навичок ефективного управління власною психікою та психікою хворого; вміння навчатися протягом усього життя; здатність знайомитися з новими досягненнями та відкриттями в галузі медицини; наявність знань, умінь і навичок роботи з технічними засобами; здатність швидко опановувати нові технологічні знання з галузі медицини відповідно до вимог часу; стійкість лікарської діяльності в критичних ситуаціях (гострий шоківий стан хворого, кома, порушення психічної діяльності та ін.).

На роль мовної культури медичних працівників вказував ще Гіппократ. Професія лікаря – лінгвоактивна професія. Слово, або мова для лікаря має важливе значення. Свого часу Гіппократ стверджував: «Існує три типи лікарів. Один з них лікує травами, другий – ножем, третій – словом. То звернімося до того, хто лікує словом, адже лікуючи тіло, він лікує і душу».

На необхідність вдосконалення мови засобом цілеспрямованого навчання писали ще великі мудреці стародавньої Греції та Риму. Таланту цілющого слова лікаря надавали великого значення з глибокої давнини. Академік О. Білібін писав, що вирішальною й визначною якістю клінічної роботи є не методика дослідження, а культура власної особистості лікаря [40, с. 123].

Проблеми формування комунікативної компетентності, комунікативної культури майбутніх лікарів досліджували О. Жиліяєва [108], Л. Кайдалова [137], О. Крсек [166], М. Лісовий [179], О. Уваркіна [301] та ін.

Ми погоджуємося з М. Лісовим, який стверджує, що ефективна взаємодія й спілкування в системі лікар-пацієнт є центральною ланкою для досягнення успіху в лікувальному процесі, для клінічної компетентності лікаря, а також мають вирішальний вплив на результат лікування [179, с. 68].

Комунікативні вміння тісно пов'язані з наявністю організаторських умінь – умінь встановлювати ефективні взаємодії, оскільки лікареві доводиться організовувати й скеровувати діяльність інших людей (*Додаток К*).

Серед умінь сучасного лікаря вирізняємо комунікативні вміння. Здебільшого це інформативні висловлювання (в письмовій формі – це оформлення історій хвороб, в усній формі – це інформування пацієнта про методи обстеження, лікування, поради щодо профілактики захворювання, інформування родичів про стан хворого, виступи на щоденних конференціях перед колегами та ін.), а також переконуючі висловлювання щодо коректності використання тієї чи іншої методики лікування, того чи іншого лікарського препарату [179, с. 37].

Ми погоджуємося з О. Жилиєвою, яка зауважує, що основною метою лікарської діяльності є встановлення взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом. Це особливо важливо в силу гуманітарного змісту такого виду професійної культури, оскільки об'єктом професійної діяльності лікаря є людина, її здоров'я та життя. Головний заповіт лікаря «не нашкодь», акумулюючи в собі базові цінності професійної культури лікаря, повинен розповсюджуватися не лише на його професійну діяльність, але й на мовну практику. Комунікативною особливістю діалогу «лікар – пацієнт» є максимальна спрямованість лікаря на те, що пацієнт зрозуміє його належним чином. Цьому сприятиме високий рівень володіння мовою, котра як професійно значуща характеристика лікаря посідає важливе місце в його професійному становленні, а також є необхідною частиною його загальної професійної культури [108, с. 12].

Вітчизняний психолог В. Семиченко [273] визначає якості, що суттєво впливають на процес спілкування: товариськість як міра прагнення людини до спілкування виявляється в пошуках контактів з іншими людьми, розширення кола знайомств, активній міжособистісній взаємодії; контактність – оволодіння способом спілкування, що означає вміння індивіда вступати в контакт з партнером зі спілкування, тобто вміння подолати

існуючі бар'єри і негативні установки; ініціативність – активність людини у взаємодії, готовність взяти на себе відповідальність за встановлення контакту і всього процесу взаємодії в цілому; діалогічність – готовність у спілкуванні налаштовуватися не лише на себе, але й на партнера, враховувати його позицію як рівнозначну своїй, поважати його погляди і позиції [273, с. 23].

Техніка спілкування (за Р. Немовим) – це спосіб попереднього налаштування людини на спілкування з іншою людиною, її поведінка під час спілкування. Прийоми спілкування – засоби спілкування, чи точніше система засобів здійснення процедури безпосередньої взаємодії, що зrealізовується конкретною людиною (включаючи вербальні і невербальні) [291, с. 16].

Таким чином, основними складовими комунікативної компетентності (культури спілкування) працівників медичної сфери вирізняють: вміння встановити довірливі стосунки з пацієнтом для встановлення причин захворювання; грамотне використання вербальних і невербальних засобів спілкування; відсутність стереотипів сприйняття хворого; наявність навиків емпатійного спілкування; вміння вибудовувати найбільш доцільні відношення з пацієнтом у процесі вирішення клінічних і діагностичних задач.

Важливим показником сформованості професійної культури майбутнього сімейного лікаря ми вважаємо також *інтелектуально-культурний розвиток*.

З історії медицини відомо, як високо цінується загальна культура медика-науковця, особливо моральні та естетичні якості. М. Пирогов у «Щоденнику старого лікаря» писав про майбутніх лікарів: «Лише різносторонньому попередньому розвитку своїх здібностей вони й зобов'язані успіхом у культурі вибраного ними предмету...» [53, с.7].

В системі гуманітарної та професійної освіти лікаря можна виокремити три рівні естетичної культури: світоглядний, медичний і загальнокультурний. Викладачі клінічних кафедр навчають студентів прикладної професійної естетики; кожна навчальна дисципліна має естетичний супровід, звертаючись

до елементів ідеального, прекрасного, трагічного у своїй галузі, формуючи естетичні погляди майбутніх сімейних лікарів.

Загальнокультурний рівень естетичної підготовки залежить і від самих студентів, їх здібностей до розвитку своїх естетичних якостей, смаку. Цьому сприяє організована система виховної роботи зі студентами: участь у літературно-художніх об'єднаннях, гуртках, КВК та інших формах художньої самодіяльності.

Важливою складовою гармонійного розвитку особистості є сформована естетична культура, котра базується на її здібностях, інтересах, прагненні до прекрасного та вмінні їх реалізовувати. Естетична культура включає в себе естетичну свідомість та естетичну діяльність, а саме: знання історії мистецтва, його основних напрямків, творчості видатних майстрів, досягнень сучасної культури; здатність і вміння емоційно сприймати явища життя та мистецтва; прояв творчих здібностей у різних галузях культури та мистецтва.

Ми погоджуємося з твердженням багатьох науковців (А. Бутвіловський, М. Воронов, О. Двіжона, М. Жарова, О. Жилиєва, І. Кузнецова, М. Філоненко, О. Чалий, О. Щербакова), що майбутній сімейний лікар повинен володіти не лише професійною, але й загальною культурою, котра слугує характеристикою його кваліфікації.

До змісту загальної культури медика М. Філоненко включає життєві установки та пріоритети загальнолюдських цінностей – істина, любов, добро, краса, свобода тощо. Ядром загальної культури особистості є освіченість і вихованість у їхньому гармонійному поєднанні. Показником загального розвитку медика є рівень його пізнавальних процесів: мислення, уваги, сприйняття, пам'яті, уявлення [304, с. 270]. На нашу думку, результативність професійної медичної діяльності багато в чому визначається також і ступенем розвиненості емоційно-вольової сфери, багатством і «дисципліною» почуттів, тобто вмінням стримувати себе, не піддаватися настрою, прислуховуватися до голосу розуму. Соціальні дослідження та практика свідчать про важливе значення характеру медика. Такі якості, як

енергійність, товариськість, самостійність, почуття гумору, сприяють успішному вирішенню дидактичних виховних задач.

Третім компонентом професійної культури ми визначили *особистісний* компонент (критерій морально-етичний), що характеризується такими показниками: лікарська етика, здатність до емпатії, гуманне ставлення до людини. *Морально-етичний* критерій професійної культури майбутнього сімейного лікаря визначається його ставленням до себе та до оточуючих, до своєї практичної діяльності та її здійснення. Цей критерій відображає сформованість основних етичних норм майбутніх сімейних лікарів: самосвідомість, самоконтроль, самооцінку, розуміння власної значущості та результатів своєї діяльності, відповідальність за результати своєї діяльності, розуміння себе, а також самореалізацію в професійній діяльності. Морально-етичний критерій визначає розвиток професійної майстерності, здатність знаходити творчі нестандартні рішення професійних задач, вміння орієнтуватися в нестандартних ситуаціях.

Основи лікарської етики та деонтології вперше узагальнив і сформулював Гіппократ («Клятва»). Багато років медици на основі «Клятви Гіппократа» виробляли етичні критерії та правила, які визначають поведінку лікаря. У стародавній Персії цілителям необхідно було оволодівати професійним досвідом лікування й виробляти в собі морально-етичні якості конкретної поведінки з хворими [53, с. 6].

Аналіз дисертаційних досліджень, присвячених професійній підготовці майбутніх сімейних лікарів, дозволяє зробити висновок про те, що провідним компонентом професійної культури є *морально-етичний компонент*. В останні десятиліття традиційні етичні принципи та норми, що визначають діяльність лікарів протягом багатьох століть, переглядаються у зв'язку з процесами лібералізації, демократизації та толерантності. Визначаються нові принципи та норми взаємин із пацієнтами, нове розуміння цінності життя і здоров'я людини, відношення до смерті та процесу лікування. Основний етичний принцип «не нашкодь» набуває відносного характеру у розумінні

двоїстості всіх біомедичних технологій, конкретних лікувально-діагностичних та реабілітаційних методів і засобів, перетворюючись у принцип вибору переваги користі над завданням шкоди. Такий моральний вибір в умовах конкретної практичної діяльності часто стає проблематичним [185, с. 46].

Ю. Колесник визначає чотири універсальних етичних принципи: милосердя, автономію, справедливість і повноту медичної допомоги [150].

Принцип милосердя: «Я принесу добро пацієнту або, в крайньому випадку, не завдам йому шкоди». Милосердя передбачає чуйне й уважне ставлення до пацієнта, вибір методів лікування пропорційно складності стану. Головне, щоб будь-яка дія сімейного лікаря була спрямована на користь пацієнта.

Принцип автономії вимагає поваги до особистості кожного пацієнта та його рішень. Кожна людина може розглядатися як ціль, але не як засіб її досягнення. З принципом автономії пов'язані такі аспекти надання медичної допомоги, як конфіденційність, повага до культури, релігії, політичних та інших переконань пацієнта.

Принцип справедливості вимагає однакового ставлення медичних працівників і надання рівноцінної допомоги всім пацієнтам. Керуючись даним принципом, лікарі повинні бути на боці пацієнта.

Принцип повноти надання медичної допомоги передбачає професійне надання медичної допомоги і професійне ставлення до пацієнта, використання всього наявного медичного арсеналу для проведення якісної діагностики та лікування, реалізація профілактичних заходів і надання допомоги [150, с.152].

Етичний кодекс лікаря був підписаний на Всеукраїнському з'їзді лікарських товариств (2009 р.), в якому систематизовано моральні засади професійної діяльності лікаря: з урахуванням положень Міжнародного кодексу медичної етики [199], Загальної декларації про геном людини і права людини й Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на

застосування досягнень біології та медицини. Основна мета кодексу – впорядкувати взаємини між лікарями, пацієнтами, медичними організаціями, а також визначити етичні норми під час проведення наукових досліджень.

В «Етичному кодексі українського лікаря» (автори: О. Насінник, Л. Пиріг, С. Вековшиніна, В. Кулініченко) зауважується, що нині традиційними залишаються вимоги високого рівня професійної підготовки лікаря, наявність у нього високих моральних цінностей (гуманності, милосердя, самопожертви тощо), дотримання ним принципу «не нашкодь», лікарської таємниці, колегіальності, правил лікарського етикету, толерантного спілкування з пацієнтами та колегами [230, с. 8].

Морально-етична складова є надзвичайно важливою у процесі формування професійної культури. Майже усі дослідники, які вивчають проблеми становлення майбутніх лікарів наголошують саме на важливості цієї складової. Зокрема, є низка дисертаційних досліджень, присвячених формуванню професійно-етичної культури майбутніх фахівців (А. Агаркова [2], Т. Корольова [158], О. Пономаренко [254] та ін.); вихованню гуманності у студентів в процесі фахової підготовки (О. Андрійчук [10], В. Казаков [135], В. Кузнецова [168], О. Лямова [185], Д. Мацько [190], І. Тимошук [294] та ін.); формуванню толерантності (П. Бабенко [16], В. Бакальчук [18], Т. Білоус [39], В. Деляченко [88], Л. Лозинська [182] та ін.); формуванню емпатійності майбутніх фахівців (Л. Журавльова [111], І. Кузнецова [169], О. Юдіна [320] та ін.). Проблеми медичної етики розглядають у своїх роботах Е. Ельштейн [120], Ю. Колесник [150], О. Насінник [230] та ін.

О. Андрійчук для реалізації формування гуманістичних переконань студентів медичного коледжу виокремлює такі компоненти: формування духовного світу фахівців медицини в умовах розбудови державності України; врахування основних засад становлення та професійного розвитку майбутніх медиків, їх світогляду, гуманістичних переконань; постійне збагачення професійних знань, вироблення свідомого ставлення до навчання,

самоосвіти; розвитку позитивних емоцій та громадянської гідності; реалізація завдань гуманістичного спрямування [10, с. 43-44]. У своєму дослідженні О. Андрійчук виокремлює основні етапи засвоєння професійно-гуманістичних знань майбутніми медиками: 1) ознайомлення студентів з первинними гуманістичними медичними знаннями; 2) поглиблене вивчення професійно-гуманістичних медичних знань; 3) застосування одержаних знань у практичній фаховій (медичній) діяльності [267, с. 430].

Для обґрунтування компонентів та критеріїв професійної культури сімейного лікаря були використані положення про виховання у майбутніх лікарів гуманного ставлення до людини (О. Лямова). Під гуманним ставленням до людини дослідниця розуміє інтегративне особистісне утворення, складовими якого є: когнітивний компонент (ставлення до людини як до найвищої цінності на Землі); емоційний компонент (небайдужість до переживань, проблем, здоров'я людей) і поведінковий компонент (надання необхідної допомоги людині). Ми погоджуємося з думкою дослідниці про те, що медичний навчальний заклад має всі умови для ефективного виховання у майбутніх сімейних лікарів гуманного ставлення до людини [185, с.105].

Слушно зауважує О. Щербакова, що «саме гуманізм як цілісна система цінностей, спрямованих на всебічний розвиток і удосконалення людства, становить той абсолютний критерій, котрий дає змогу визначити, що у національній історії належить до культурних надбань» [319, с. 55]. Важливою особистісною якістю майбутнього сімейного лікаря ми вважаємо також емпатію – здатність людини уявляти себе на місці інших, щоб зрозуміти їх почуття [319, с. 89]; здатність співчувати та співпереживати іншим людям.

Формуванню високого рівня емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів, на думку І. Кузнецової, сприятиме створення позитивного емоційного мікроклімату на заняттях і організація спілкування викладача зі студентами та студентів між собою [169, с. 80]. Дослідниця

визначає основні морально-етичні якості, котрі необхідно розвивати під час формування емпатійної культури майбутніх сімейних лікарів [169, с. 51-52].

Психологічним особливостям формування емпатійності майбутніх лікарів присвячене дисертаційне дослідження О. Юдіної, в якому вона стверджує, що формувати емпатію у майбутніх медиків необхідно за допомогою активних методів навчання та засобами психологічних дисциплін, котрі підвищують у студентів-медиків показники сензитивності, конформності, екстраверсії, комунікації та активності, знижують рівні агресивності, страху, залежності, інтроверсії [320, с. 11-13].

На основі аналізу наукових досліджень виокремлено й систематизовано основні моральні якості, необхідні лікарю для прояву професійної культури: гуманність – доброта, людяність, сердечність, душевність, справедливість; милосердя (альтруїзм) – турботливість, прагнення допомогти, готовність прийти на допомогу, безкорисливість, великодушність; толерантність – терпимість, поступливість; вихованість – порядність, щирість, делікатність, тактовність, ввічливість, благородство, відповідальність, почуття обов'язку, совість, доброчесність.

Експериментальні дослідження, проведені у вищих медичних навчальних закладах, дозволили нам виокремити такі рівні сформованості професійної культури у майбутніх сімейних лікарів: низький, середній, високий (табл.1.2).

Таблиця 1.2

**Характеристика рівнів сформованості професійної культури у
майбутніх сімейних лікарів**

Рівні	Характеристика сформованості професійної культури у майбутніх сімейних лікарів
Низький	Цей рівень характеризується несформованістю компонентів професійної культури. Професійні знання, вміння та навички студентів є недостатніми для ефективного

	<p>виконання функцій сімейного лікаря, відсутні професійно важливі якості та прагнення до самовдосконалення. Ціннісні орієнтації не пов'язані з професійною діяльністю. Відповідний рівень теоретичної підготовки поєднується з нерозвиненими творчими здібностями студентів, їхньою неготовністю приймати самостійні рішення.</p>
Середній	<p>Студенти із цим рівнем вирізняються достатньо сформованими основними компонентами професійної культури, необхідними для виконання функцій майбутньої професійної діяльності. Майбутні сімейні лікарі усвідомлюють власні моральні цінності, ознайомлені з нормами професійної етики, мають професійно важливі якості, прагнуть до професійного самовдосконалення, засвоїли базові професійні знання та вміння, однак здатні використовувати їх лише в типових ситуаціях професійної діяльності.</p>
Високий	<p>Цей рівень характеризується сформованістю всіх компонентів професійної культури. Студенти володіють міцними й різнобічними знаннями та вміннями, здатні результативно та гнучко застосувати їх у професійній діяльності, активно та творчо підходять до виконання своїх обов'язків, готові самостійно приймати рішення в нестандартних ситуаціях. Вирізняються сформованими професійними якостями, стійкими професійно-моральними ціннісними орієнтаціями, прагненням до постійного професійного самовдосконалення. Проявляють гнучкість у професійній комунікації, вмінні враховувати особливості колег та пацієнтів, налагоджувати конструктивні взаємини та формувати сприятливий емоційний мікроклімат у колективі. Володіють комп'ютерними технологіями.</p>

1.4. Стан сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів

У Вінницькому національному медичному університеті імені М. І. Пирогова було проведено констатувальний етап дослідно-експериментального дослідження з метою діагностики початкового рівня сформованості критеріїв професійної культури студентів-медиків. У констатувальному експерименті взяли участь студенти 1-го курсу медичного факультету № 1 і медичного факультету № 2. Всього в експерименті було задіяно 480 студентів.

Констатувальний етап нашого експерименту включав у себе:

- розробку плану проведення експерименту;
- визначення ефективності традиційного підходу до навчання, виявлення труднощів, що виникають у навчальному процесі;
- визначення початкового рівня всіх виявлених критеріїв (ціннісно-мотиваційного, операційно-діяльнісного, морально-етичного) сформованості професійної культури у майбутніх сімейних лікарів;
- розробку технологій формування професійної культури у студентів-медиків на основі контекстного підходу до вивчення клінічних і загальнонаукових дисциплін.

Основна задача констатувального етапу дослідження – визначення у студентів-медиків початкового рівня сформованості професійної культури. Для експерименту ми обрали дві групи студентів медичного факультету: експериментальна (ЕГ) та контрольна (КГ) із відносно однаковими низькими показниками.

Констатувальний етап експерименту проходив у 2013 – 2014 н.р., його метою було визначення перспектив і проблем, котрі виникають під час використання розробленої моделі. Для досягнення цієї мети були сформульовані та вирішені такі завдання: визначити ефективність традиційного підходу до навчання, розкрити труднощі в навчальному

процесі. Для того щоб вирішити вказані завдання, було використано комплексний метод, котрий включав у себе: опитувальник для визначення мотивів обрання професії (Р. Овчарова); тест Т. Елерса на визначення мотивації до успіху; тест Р. Амтхауера для визначення структури інтелекту; анкети на виявлення початкового рівня володіння культурологічними знаннями; тести на визначення діалогічних особливостей; завдання на володіння клінічним мисленням; методика діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойко; завдання на визначення рівня розвитку професійної майстерності; тестування студентів під час бесід на теми: «Хороший – поганий лікар»; «Професійно-значущі якості лікаря»; завдання на вирішення клінічних проблемних ситуацій із метою визначення початкового рівня володіння індивідуально-творчими способами виконання професійної діяльності; метод статистичної обробки даних. Зауважимо, що замір усіх критеріїв сформованості професійної культури у студентів проводився наприкінці навчального року (тобто по закінченню 1-го року навчання).

Взаємозв'язок критеріїв, показників і діагностичних методик професійного мислення студентів представлено в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Взаємозв'язок критеріїв, показників і діагностичних методик розвитку професійної культури у майбутніх сімейних лікарів

Критерії	Показники	Діагностичні методики і методи діагностики
Ціннісно-мотиваційний	1. Професійна мотивація. 2. Професійні цінності. 3. Здатність до самовдосконалення.	Опитувальник для визначення мотивів обрання професії (Р. Овчарова). Тест Т. Елерса «Мотивація до успіху». Методика «Ціннісних орієнтацій» М. Рокіча. Бесіди, спостереження, опитування.
Операційно-діяльнісний	1. Знання, вміння, навички. 2. Комунікативні вміння. 3. Інтелектуально-	Тест структури інтелекту Р. Амтхауера. Тести на визначення діалогічних особливостей. Розв'язування проблемних ситуаційних клінічних задач, анкетування,

	культурний розвиток.	спостереження. Опитування, тести, контрольні роботи, розв'язування задач, інтерв'ю.
Морально-етичний	1. Лікарська етика. 2. Здатність до емпатії. 3. Гуманне ставлення до людини.	Методика діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойко. Методика оцінки морально-етичних якостей. Методика діагностики рівня морально-етичної відповідальності І. Тимощука. Бесіди, анкетування, спостереження, опитування.

Під час дослідження ми брали до уваги основні кваліфікаційні характеристики студентів спеціальності «Лікар загальної практики – сімейний лікар», котрі визначено в Наказі Міністерства охорони здоров'я України від 05.08.2013 № 686, зокрема *завдання та обов'язки*.

1. Надає населенню первинну медичну допомогу; координує надання допомоги з іншими фахівцями первинної, вторинної і третинної медичної допомоги; організовує доступ до послуг у сфері охорони здоров'я, обирає ефективні та раціональні медичні маршрути пацієнта.

2. Організовує медичну допомогу пацієнту з урахуванням усіх обставин, що впливають на стан здоров'я та/або перебіг захворювання, у тому числі, контексту сім'ї та громади; формує ефективні стосунки з пацієнтом на основі партнерства та поваги до особистості; забезпечує безперервність медичної допомоги з урахуванням потреб пацієнта; сприяє розширенню власних можливостей пацієнта.

3. Оцінює епідеміологічні характеристики захворюваності населення та приймає відповідні рішення.

4. Аналізує та враховує інформацію щодо обстеження пацієнта; розробляє план медичного обслуговування та узгоджує його з пацієнтом.

5. Надає допомогу на ранніх недиференційованих стадіях захворювань, використовує фактор часу як інструмент дослідження пацієнта.

6. Організовує та надає невідкладну медичну допомогу на догоспітальному етапі.

7. Надає медичну допомогу пацієнту з декількома захворюваннями, у тому числі, коли поєднані гострі й хронічні захворювання, визначає тактику лікування кожного з цих захворювань; узгоджує рекомендації лікарів-фахівців різних профілів та добирає індивідуальний комплекс лікувально-профілактичних заходів; враховує взаємодії лікарських засобів та пріоритетність проблем зі здоров'ям; забезпечує дотримання принципів раціональної фармакотерапії.

8. Визначає тимчасову непрацездатність та забезпечує своєчасне направлення пацієнта на експертизу тимчасової та стійкої непрацездатності. Веде роботу щодо поширення медичних знань серед населення, зокрема, щодо запобігання захворюванням та їх ускладненням.

9. Організовує проведення профілактичних щеплень. Пропагує здоровий спосіб життя.

10. Координує процеси профілактики, лікування, догляду, паліативної та реабілітаційної допомоги.

11. Бере активну участь в організації медико-соціальної і психологічної допомоги самотнім, людям похилого віку, інвалідам та пацієнтам з хронічними захворюваннями.

12. Використовує біо-психо-соціальну модель діяльності з урахуванням культурних та екзистенціальних характеристик пацієнта.

13. Захищає інтереси пацієнта у сфері охорони здоров'я.

14. Дотримується принципів медичної деонтології та етики.

15. Постійно вдосконалює свій професійний рівень [212, с. 2].

Опишемо результати діагностики за кожним компонентом професійної культури окремо. Умовно всіх студентів (480 чоловік) ми розділили на групи: контрольні (ЕГ – 238 студентів) та експериментальні (ЕГ – 242 студенти).

Основними об'єктивними факторами формування й розвитку професійної культури майбутніх медиків є: економічне положення лікаря, престиж лікарської професії у суспільстві, якість і зміст підготовки та перепідготовки, процес соціальної мобільності в професійній групі.

Ціннісно-мотиваційний критерій оцінювався за показниками: професійна мотивація, професійні цінності, здатність до самовдосконалення.

Опитувальник «Мотиви вибору професії» становить перелік конкретних мотивів, що необхідно ранжувати відповідно до своїх уподобань. Результати виводяться у вигляді рангових позицій запропонованих факторів, відповідно з визначеними в результаті комп'ютерної обробки уподобаннями студентів. Текст опитувальника представлено у *Додатку В*.

Аналіз проведених нами досліджень показав, що більшість студентів, зробивши свій професійний вибір, не можуть бути впевненими в його правильності. Така ситуація є проявом кризи вибору професії. Невідповідність декламованих студентами мотивів, що лежать в основі вже сформованого вибору професії лікаря, можна виявити з відповіді на запитання «Чому ви обрали свій фах?».

Так, лише 38% майбутніх сімейних лікарів відповіли, що їх вибір мотивований інтересом до даної професії, зумовлений її перспективністю чи затребуваністю. З цього числа лише 5% студентів керувалися своїми здібностями до обраного виду діяльності. Решта 62% пішли вчитися «випадково»: «так сталося», «разом із другом (подругою)», «щоб не йти в армію», «змусили батьки» (Рис.1.2).

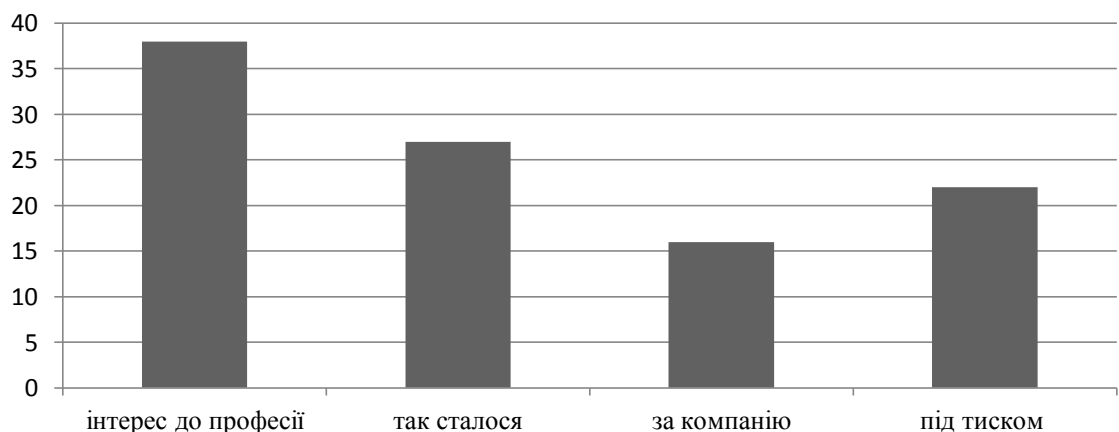


Рис. 1.2. Мотиви вибору професії лікаря

Зовнішня мотивованість професійної діяльності збільшує розходження між Я-реальним і Я-ідеальним, що може породжувати невпевненість у

власних силах і небажанні особистості реалізувати себе через зменшення престижу її професії. Внутрішня позиція суб'єкта до світу своєї професії й до себе самого як суб'єкта цієї професії прослідковується в його професійних планах і намірах. Тому, значущими є відповіді на питання анкети «*Чи плануєте ви працювати за своїм фахом?*». Незадоволені своїм професійним вибором і орієнтовані на зміну професії студенти відрізняються нереалістичністю та несамостійністю в плануванні майбутнього життя, сплутаністю цілей і цінностей. Їхні уявлення про майбутнє розпливчасті та неконкретні. Оскільки прагнення людини до самовдосконалення зумовлене життєвими цілями та цінностями особистості, що наповнює різним змістом окремі вікові етапи життєвого шляху, ми студентам ставили питання «*Як ви уявляєте своє майбутнє?*».

Отримані дані дозволили виявити студентів, які характеризуються деякою інфантильністю, зосередженістю на переживаннях актуальних подій, неконкретністю та нереалістичністю часової перспективи, оскільки занадто оптимістично сприймають своє майбутнє. При цьому вони не задоволені зробленим професійним вибором і відрізняються схильністю відкладати роздуми про подальші плани. Вивчення мотивації вибору професії показало, що 25% першокурсників в якості майбутнього мотиву вибору професії позначили особистісний прояв ціннісного ставлення до майбутньої професійної діяльності. Найчастіше студенти називали такі мотиви: інтерес до професії (18%), прагнення до самореалізації (20%), вирішення власних особистісних проблем (7%). Відсутність чітких уявлень у студентів про власне професійне майбутнє багато в чому пояснюється тим, що із 70% студентів, які ствердно відповіли на запитання «*Чи мають вони уявлення про зміст своєї майбутньої професії?*» 36% змогли лише в загальних рисах назвати свої майбутні професійні функції, описати зміст своєї професії, а 30% студентів зізналися, що уявлення про майбутню професію не мають зовсім (Рис.1.3).

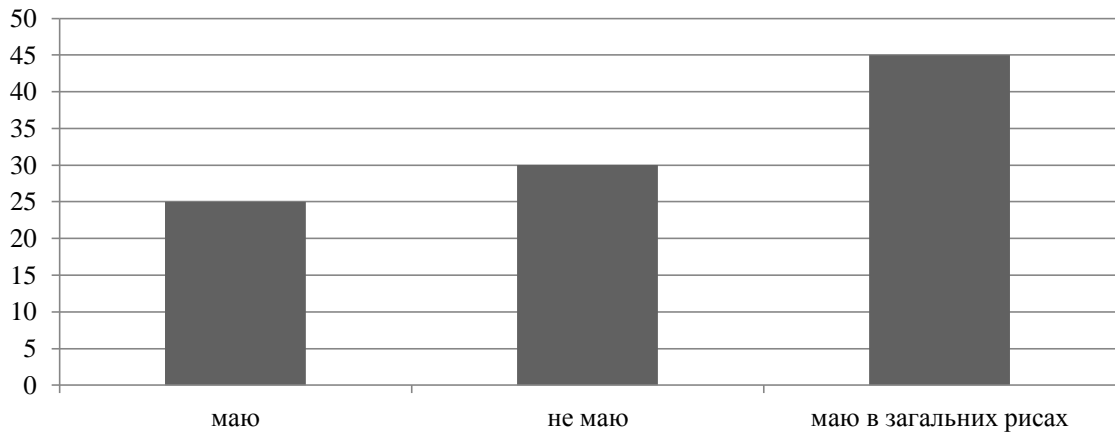


Рис. 1.3. Уявлення про майбутню професію

Для того, щоб визначити наявність або відсутність досвіду соціального спілкування, а також початковий рівень сформованості соціально-ціннісних орієнтацій у студентів-медиків першого курсу, їм була запропонована анкета, розроблена на основі методики «Ціннісних орієнтацій» М. Рокіча (Додаток Д), котра є однією з найбільш відомих методик, котрі використовуються для вивчення ціннісних орієнтацій. Вона використовується і для порівняння міжкультурних досліджень. В основу методики М. Рокіча та всіх її модифікацій покладено метод ранжування. Стандартна методика М. Рокіча припускає, що респондентами будуть ранжуватися два списки цінностей – термінальні (цінності-цілі) та інструментальні (цінності-засоби), розміщуючи їх у порядку значущості.

У списку термінальних цінностей були вказані такі: активне діяльне життя, життєва мудрість, здоров'я, цікава робота, краса природи та мистецтва, любов, матеріально забезпечене життя, наявність хороших і вірних друзів, суспільне визнання, пізнання, продуктивне життя, розвиток, розваги, свобода, щасливе сімейне життя, щастя інших, творчість, впевненість у собі. Список інструментальних цінностей включав у себе такі: акуратність і охайність, терпимість, вихованість, життєрадісність, високі запити, незалежність, старанність, освіченість, непримиримість до недоліків у собі та у інших, раціоналізм, самоконтроль, відповідальність, тверда воля,

чесність, сміливість у відстоюванні своєї думки (своїх поглядів), чуйність, широта поглядів, ефективність у справах.

Щоб методика М. Рокіча була адекватною для визначення мотиваційно-ціннісного критерію, вона була розширена. Студентам було запропоновано дати відповіді на такі питання: *«Чому ви обрали професію лікаря?»*, *«Що, на вашу думку, означає вираз «хороший лікар»?»* *«Напишіть кілька якостей ідеального лікаря»*, *«Напишіть декілька цінностей, котрі є важливими для справжнього лікаря»*. Студенти повинні були також визначити роль лікаря в сучасному суспільстві, відзначивши його найбільш важливі види діяльності. Відомо, що для соціуму найбільш важливі такі види діяльності майбутнього сімейного лікаря: діагностична, профілактична, реабілітаційна, психолого-педагогічна, лікувальна, організаційно-управлінська, науково-дослідницька.

Аналіз анкети показав, що для майбутніх сімейних лікарів у системі інструментальних цінностей більш високий ранг займають освіченість, самоконтроль, відповідальність. Проаналізувавши відповіді на питання, ми прийшли до висновку, що більшість студентів обрали професію лікаря тому, що бажають стати поважними людьми, мати високий соціальний статус і матеріальну забезпеченість.

Серед термінальних цінностей, тобто цінностей-цілей, домінуючими є цінності особистого характеру, такі як, здоров'я, любов, щасливе сімейне життя. Звичайно, справжній лікар – це фахівець із гуманістичним світоглядом, у якого домінуючими є не матеріальні цінності, а цінності альтруїстичного характеру. Майбутній лікар повинен мати сформовану систему цінностей. Бажання допомогти людям, любов і повага до пацієнтів, почуття відповідальності, самовідданість повинні переважати над особистими інтересами лікаря. Тобто сформована система цінностей – необхідна умова для висококваліфікованого фахівця-медика.

Таким чином, проаналізувавши та оцінивши відповіді студентів на основі методики М. Рокіча, ми виявили загальну систему цінностей, що має такий вигляд: 5% студентів із КГ і 6% студентів із ЕГ домінуючими

вважають гуманістичні цінності альтруїстичного характеру. Стосовно результатів анкети з визначення досвіду соціального спілкування, то варто відзначити, що більшість студентів обрали лише два види діяльності спеціаліста-медика, важливі для соціуму: діагностичну та лікувальну. Лише 3% студентів із КГ та 4% із ЕГ визначили як найбільш важливі всі види діяльності майбутнього сімейного лікаря.

Згодом ми запропонували студентам пройти тест Т. Елерса «*Мотивація до успіху*». Тест і ключ до тесту наведено в *Додатку Б*.

Тенденція прагнення до успіху є мультиплікативною функцією трьох змінних: мотиву прагнення до успіху, суб'єктивної достовірності досягнення успіху, його привабливості в певній ситуації. Мотив прагнення до успіху – це стійка диспозиція особистості переживати гордість і задоволеність під час досягнення успіху [276, с. 346].

Проаналізувавши результати, можна зробити висновок, що мотивовані на успіх студенти розуміють його як здібності (талант) і результат праці. Невдача списується ними на недостатність докладених зусиль, а у мотивованих на невдачу – на недостатність здібностей. Це виглядає так, ніби мотивовані на успіх студенти оцінюють взагалі свої здібності вище, ніж мотивовані на невдачу. Невміння студента зіставити намічені цілі зі своїми можливостями призводить до невдачі в навчальній діяльності та зниження мотивації.

Результати сформованості початкового рівня ціннісно-мотиваційного критерію наведемо у таблиці 1.4.

Таблиця 1.4.

Результати діагностики рівнів сформованості професійної культури за мотиваційно-ціннісним критерієм у студентів КГ та ЕГ

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
	Професійна мотивація	9	4	90	38	139	58

КГ (238)	Професійні цінності	7	3	55	23	176	74
	Здатність до самовдосконалення	9	4	43	18	186	78
	Загальний показник	9	4	62	26	167	70
ЕГ (242)	Професійна мотивація	12	5	82	34	148	61
	Професійні цінності	5	2	58	24	179	74
	Здатність до самовдосконалення	5	2	39	16	198	82
	Загальний показник	7	3	60	25	175	72

Обчислимо середнє значення рівнів сформованості ціннісно-мотиваційного критерію за трьома показниками, відповідно, у КГ та у ЕГ, для цього високий рівень позначимо трьома балами (3), середній двома (2), а низький одним (1):

$$\bar{x}_{КГ} = \frac{9 \cdot 3 + 62 \cdot 2 + 167 \cdot 1}{238} = 1,34; \quad \bar{x}_{ЕГ} = \frac{7 \cdot 3 + 60 \cdot 2 + 175 \cdot 1}{242} = 1,3.$$

Пересвідчуємося, що у студентів як КГ так і ЕГ середній бал майже однаковий і знаходиться на рівні нижче від середнього. Такий результат є підтвердженням необхідності побудови системи підготовки майбутніх лікарів, котра включала би історію професії, її структуру та зміст. Адекватна система ціннісних поглядів професіонала, розвинена професійна самосвідомість, можливі лише за умови глибокої ретроспекції у галузь професійної культури.

Операційно-діяльнісний критерій оцінювався за показниками: знання, вміння, навички; комунікативні вміння; інтелектуально-культурний розвиток.

Для виявлення початкового рівня володіння професійними знаннями, вміннями й навичками, ми використовували спеціальні тести, клінічні ситуаційні задачі, контрольні роботи. Оцінювання проводилося за чотирибальною системою. Вміння аналізувати ситуацію і питання, що стоять перед сімейним лікарем, здатність мобілізувати себе в проблемній ситуації та оперативно приймати рішення визначають успішність професійної діяльності медичного працівника. Тому для студентів-медиків важливим є володіння аналітичним мисленням.

Для виявлення рівня володіння аналітичним мисленням студентам КГ та ЕГ на заняттях із іноземної мови були запропоновані завдання, пов'язані з їхньою майбутньою професійною діяльністю, а саме: проаналізувати рекомендації фахівців-медиків і визначити, до якої сфери вони належать; з'єднати питання лікаря з відповідями хворого. Оцінювання результатів виконання завдань показало, що 5% студентів КГ і така ж кількість студентів із ЕГ отримали високі бали. Зауважимо, що під час виконання завдань на визначення рівня володіння аналітичним мисленням, студенти вагалися, коли співвідносили питання лікаря з відповідями хворого. З цього слідує, що аналітичне мислення студентів-медиків розвинене недостатньо.

Для визначення початкового рівня професійних умінь і навичок у студентів-медиків, їм були запропоновані спеціально розроблені для проведення даного дослідження комплекти задач, які включають професійно значущі комунікативні завдання, а також тести на визначення IQ. Ці завдання студенти виконували через детальне розкриття відповідних тем у процесі спілкування з викладачем. Завдання були орієнтовані на те, щоб визначити рівень розвитку всіх складових професійного вміння. Після знайомства із запропонованим текстом із певної медичної теми, студентам необхідно було виконати спеціально підібрані завдання, наприклад:

- перерахуйте основні симптоми захворювання;
- класифікуйте дані за такими групами: 1) загальні скарги; 2) характер болю; 3) локалізація болю; 4) іррадіація болю; 5) час виникнення болю; 6) тривалість болю; 7) інтенсивність болю; 8) причина виникнення болю; 9) додаткові скарги;
- порівняйте симптоми, етіологію, патогенез даного захворювання з іншими захворюваннями цієї групи;
- зробіть висновок про причини захворювання на основі отриманої інформації.

Результати тестування показали, що на констатувальному етапі лише 6% студентів КГ і 5% ЕГ отримали позитивний бал («4», «5»). Досить

високий відсоток студентів отримали низький бал – 45% та 38% у КГ та у ЕГ, відповідно. Професійні знання, вміння та навички сформовані у студентів переважно на середньому рівні.

Як показало анкетування майбутніх лікарів, позицію лідера зі складових професійної культури займає спілкування. Психологічні дослідження також підтверджують, що у професійній діяльності 50 %-70 % успіху залежить від психокомунікативної культури лікаря та вміння продуктивно спілкуватися, що є професійною складовою роботи лікаря.

Важливою складовою будь-якої діяльності, яка зреалізовується у безпосередньому спілкуванні з людьми, є спілкування. Тому студентам була запропонована анкета з питаннями на самооцінку особистої комунікативної культури, реальних комунікативних практик, а також факторів, котрі впливають на формування комунікативної культури. Крім того, нами були включені питання щодо характеристики комунікативної культури лікаря, її місця і ролі у професійній культурі сучасного сімейного лікаря. Аналіз відповідей показав, що у студентів медичного університету завищена самооцінка власної комунікативної культури. 79% респондентів вважають, що у них високий рівень здібностей до встановлення контактів, але при цьому показники комунікативної культури в цілому у студентів є низькими, про це свідчить частота вживаної ненормативної лексики серед студентів (62%) і сленгових виразів (68%).

За власною оцінкою студентів, найбільший вплив на розвиток культури спілкування має сім'я (80%), книги (56%), а також викладачі (64%). Незважаючи на те, що нині молодь активно спілкується засобом інтернет-повідомлень (електронна пошта, чати тощо), цей канал не має значного впливу на формування комунікативної культури студентів. Однак при завищеній самооцінці власної комунікативної культури, студенти визнають, що дисципліни, котрі підвищують комунікативну культуру, необхідні в навчальному процесі. Показовим є результат відповідей на питання про використання у спілкуванні лікаря та пацієнта незрозумілих пацієнту

медичних термінів: думки розділилися: 46 % респондентів вважають виправданим використання незрозумілої пацієнту медичної лексики, в той же час 41 % студентів – негативно ставляться до подібного слововживання. В цьому випадку показано момент розбіжності поглядів студентів: з одного боку сприйняття ситуації на рівні пацієнта (звідси труднощі у розумінні), з іншого – відбувається входження у професійне мовне поле, і, як наслідок, усвідомлення того, що неможливо обійтися без понятійного апарату професії.

Комунікативні компетенції фахівця – це вміння продукувати й сприймати письмові та усні тексти різних жанрів у різних ситуаціях спілкування. До особливостей комунікативної поведінки належить також чітке визначення стратегічної мети мовного спілкування й вибір найбільш ефективних тактичних прийомів (наприклад, дотримання мовного етикету, вміння користуватися невербальними засобами спілкування та ін.).

На першому етапі комунікації лікареві важливо правильно побудувати своє спілкування з пацієнтом, а саме максимально точно й швидко зібрати всю необхідну інформацію для встановлення діагнозу. На другому етапі необхідно зуміти якісно донести до пацієнта всю необхідну інформацію про призначене лікування та процедури. Можна констатувати, що в таких умовах роль рівня сформованості комунікативної компетентності лікаря зростає. В традиційній системі вищої освіти мають місце елементи мовної підготовки, однак вони не використовуються цілеспрямовано. Більше того, з освітнього процесу все більше виключається «жива мова», котра замінюється письмовим текстом. Не розроблено методичний аспект професійно-мовної підготовки майбутніх лікарів. Для визначення *професійної спрямованості особистості майбутніх медиків* ми використовували орієнтаційну анкету *Б. Басса*, котра вперше була опублікована в 1967 р. [293, с. 87 – 90]. Анкета містить 27 тверджень або питань, кожне з яких має три варіанти відповідей, котрі відповідають трьом видам спрямованості особистості (*Додаток Л*). Респондент повинен вибрати одну відповідь, яка найбільшою мірою виражає

його думку або відповідає реальності, і ще одну, яка, навпаки, найбільш далека від його думки або ж найменш відповідає реальності. Відповідь «найбільш» отримує 2 бали, «найменш» – 0, залишився невибраний – 1 бал. Бали, набрані за всіма 27 пунктами, сумуються для кожного виду спрямованості окремо.

За допомогою методики виявляються такі різновиди спрямованості:

1. Спрямованість на себе («Я») – орієнтація на винагороду і задоволення від роботи і співробітників, агресивність у досягненні статусу, владність, схильність до суперництва, дратівливість, тривожність.

2. Спрямованість на спілкування (С) – прагнення підтримувати стосунки з людьми, орієнтація на спільну діяльність, але часто на шкоду виконанню конкретних завдань або наданню щирої допомоги людям, орієнтація на соціальне схвалення, потреба в прихильності.

3. Спрямованість на професійну діяльність (Д) – зацікавленість у вирішенні ділових проблем, виконання роботи якнайкраще, орієнтація на ділову співпрацю, що корисна для досягнення спільної мети. Аналіз тестування показав, що більшості студентам як КГ (45 %) так і ЕГ (47 %) властива спрямованість на себе; спрямованість на спілкування визначили 26 % студентів КГ та 31 % студентів ЕГ, а спрямованість на професійну діяльність – 29 % студентів КГ і 22 % студентів ЕГ (Рис.1.4.).

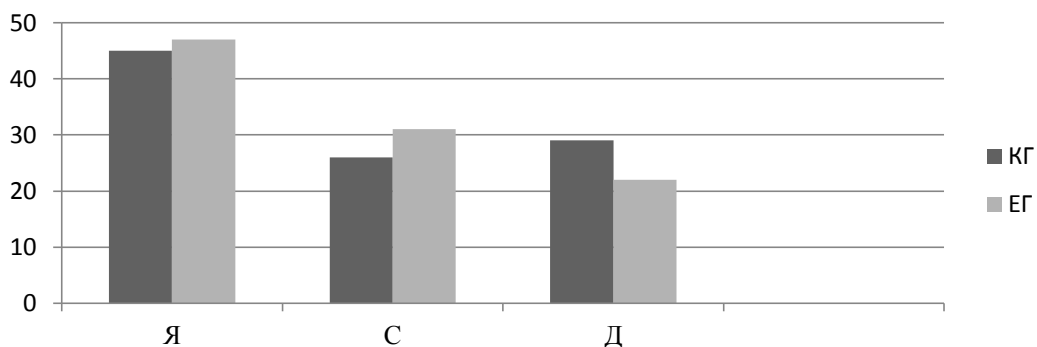


Рис. 1.4. Професійно-особистісна спрямованість студентів-медиків

Для діагностування рівня загальних інтелектуальних здібностей ми використовували інтелектуальний тест Р. Амтхауера (*Додаток Н*). Методика складається з 9 розділів по 16-29 завдань у кожному, виконуючи які важливо

добре засвоїти зміст представлених зразків рішень, вчасно переходити до наступних завдань. Тест дозволяє інтерпретувати результати на трьох рівнях. Загальний рівень інтелекту визначається на рівні підсумкової оцінки, отриманої в результаті сумування балів за кожним субтестом, що переводиться у стандартний показник. Завдяки субтестовій структурі тест дозволяє диференційовано оцінити рівень розвитку різних сторін інтелекту. Окремі субтести об'єднані у цілі комплекси: вербальні; математичні; конструктивні; теоретичних і практичних здібностей.

Результати діагностики сформованості професійної культури у студентів-медиків за операційно-діяльнісним критерієм подано в таблиці 1.5.

Таблиця 1.5.

Результати діагностики рівнів сформованості професійної культури за операційно-діяльнісним критерієм у студентів КГ та ЕГ

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (238)	Знання, вміння, навички	14	6	117	49	107	45
	Культура спілкування	7	3	69	29	162	68
	Інтелектуально-культурний розвиток	24	10	124	52	90	38
	Загальний показник	14	6	102	43	122	51
ЕГ (242)	Знання, вміння, навички	12	5	114	47	116	48
	Культура спілкування	10	4	58	24	174	72
	Інтелектуально-культурний розвиток	21	9	118	49	103	42
	Загальний показник	14	6	97	40	130	54

Обчислимо середнє значення рівнів операційно-діяльнісного критерію:

$$\bar{x}_{КГ} = \frac{14 \cdot 3 + 102 \cdot 2 + 122 \cdot 1}{238} = 1,55; \quad \bar{x}_{ЕГ} = \frac{14 \cdot 3 + 97 \cdot 2 + 130 \cdot 1}{242} = 1,51.$$

Бачимо, що у студентів і КГ і ЕГ середні бали майже однакові.

За результатами виконання студентами тестів ми визначали у них: запас відносно простих відомостей і знань; розвиток словесно-логічного мислення; аналітично-синтетичні здібності; вміння порівнювати предмети та явища між собою; здатність до узагальнення; рівень сформованості системи наукових понять в цілому та про рівень розвитку, котрого він уже досяг; розвиток таких мисленнєвих операцій, як аналіз, синтез, абстракція, узагальнення; здібності до встановлення логічних умовиводів; здібність до оперування просторовими образами; рівень розвитку мислення.

Діагностику рівнів сформованості професійної культури за *морально-етичним* критерієм ми проводили користуючись такими показниками: лікарська етика, здатність до емпатії, гуманне ставлення до людини.

Розвиваючи діагностичний інструментарій процесу формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів, ми створили модифікований варіант методики оцінки морально-етичних якостей фахівця медичного профілю, за допомогою котрих визначили такі групи медико-культурних якостей: здатність вести діалог лікаря з пацієнтом; здатність висувати вимоги лікаря до пацієнта; здатність використовувати різні медико-педагогічні методи в практичній діяльності.

Виявилось, що лише 24 % майбутніх сімейних лікарів беруть відповідальність за свою професійну майстерність і майбутню професійну діяльність. Теоретичні знання про зміст і цілі лікарської діяльності студенти недостатньо співвідносять із задачами свого професійного становлення: 40 % студентів усвідомлюють, орієнтуються і визначають цінності майбутньої професійної діяльності, але не розглядають потенціал своєї особистості як основу свого професійного становлення, саморозвитку у професійній діяльності.

Під час дослідження ми також встановили *«які якості найбільш важливі для професійної культури сімейного лікаря»*. Серед них пріоритетні позиції зайняли: вміння спілкуватися (18 %); клінічні, діагностичні знання та висока ерудиція (38 %); професійна компетентність (44 %).

Також ми провели анкетування студентів із вивчення професійних і морально-етичних цінностей як основних показників професійної культури лікаря. Результати дослідження виражаються у відповідях студентів. Так, 75 % студентів вважають, що важливою складовою професійної культури лікаря є професіоналізм. Серед рис характеру, котрими повинен володіти лікар, респонденти виокремили: людяність (23 %), відповідальність (18 %), гуманність (33 %), доброзичливість (28 %) (Рис.1.5).

Значна кількість студентів (45 %) відзначили, що важливим показником професійної культури є також порядок. Охайний зовнішній вигляд як важливу якість лікаря респонденти не виокремили ймовірно тому, що вони не допускають таких випадків і звичний охайний вигляд – це одна з норм у їхній професійній діяльності.

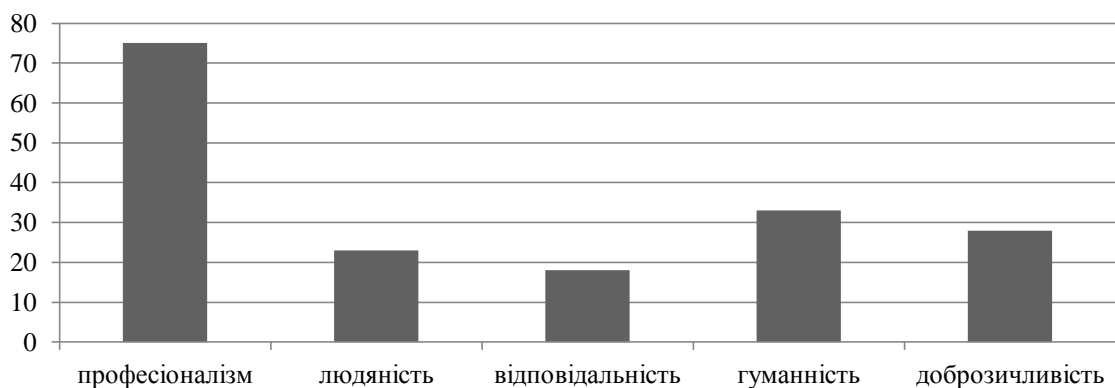


Рис.1.5. Основні морально-етичні якості, якими повинен володіти сімейний лікар

Для 46 % студентів усвідомлення цінностей професійної діяльності пов'язане з особистим життєвим досвідом зустрічі з лікарями, що визначила мотив вибору лікарської професії; 23 % студентів навели як аргумент вибору професії досвід власної зустрічі з Лікарем «із великої літери».

З метою виявлення початкового рівня сформованості професійно-ціннісних орієнтацій у студентів-медиків із ними проводилися бесіди на теми «Хороший – поганий лікар», «Професійно-значущі якості лікаря». Проведені бесіди дозволили визначити проблеми щодо сформованості професійно-

ціннісних орієнтацій у студентів, оскільки під час бесіди майбутні лікарі змогли перерахувати лише невелику кількість якостей.

Емоційний стан майбутніх сімейних лікарів ми визначали, використовуючи методику діагностики емпатійних здібностей (В. Бойко), що передбачає аналіз емпатійних здібностей досліджуваних за 6-значною шкалою: раціональний канал емпатії; емоційний канал; інтуїтивний канал; установки, що сприяють (перешкоджають) емпатії; здібність до емпатії; ідентифікація в емпатії. Запропонована методика полягає в тому, що студентам-медикам необхідно було відповісти («так» чи «ні») на 36 запропонованих в опитувальнику запитань. Кожна шкала оцінювалася балами від 0 до 6-ти, що вказувало на значущість конкретного параметру в структурі емпатії. На основі аналізу отриманих балів за кожною шкалою, підраховувалася сумарна оцінка рівня емпатії. Така методика показала, що більшість студентів ЕГ має занижений (55 %) і низький (18 %) рівень емпатії; середній рівень був наявним у 22 % і високий – у 5 %. У студентів КГ ці показники були такими: низький – 19 %, занижений – 54 %, середній – 24 %, високий – 3 % (рис.1.6).

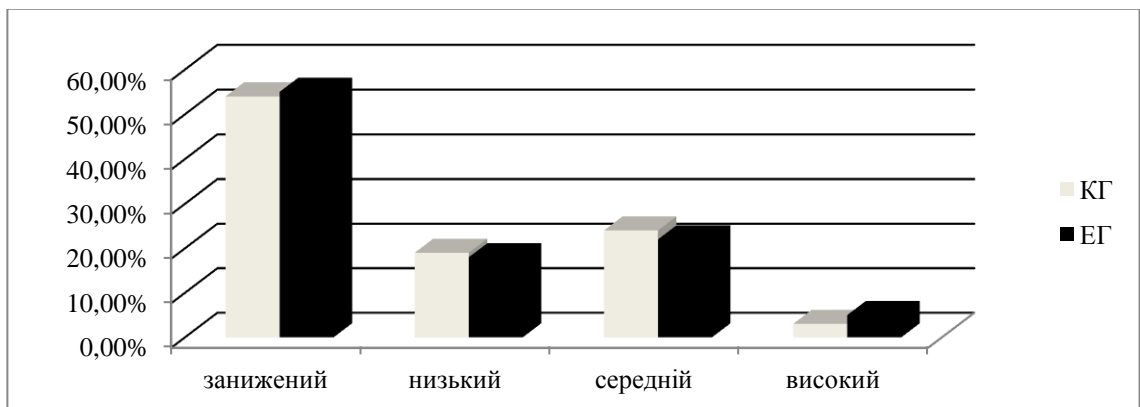


Рис. 1.6. Рівні розвитку емпатії у студентів ЕГ та КГ на констатувальному етапі дослідження

Як бачимо із діаграми, емпатійні здібності майбутніх сімейних лікарів як ЕГ так і КГ перебувають на заниженому рівні, що свідчить про відсутність у них інтересу до людей; про байдуже ставлення до їхніх проблем, хвороб і переживань; про слабе емоційне сприймання. Маючи занижений рівень

емпатії, сімейний лікар не зможе зрозуміти емоційний стан свого клієнта, відгукнутися на його переживання, співчувати йому.

Наступним кроком у нашому дослідженні було виявлення початкового рівня морально-етичної відповідальності. Морально-етичну відповідальність сімейного лікаря ми розуміємо як його особистісну властивість, котра характеризується вмінням оцінювати свою поведінку, свою професійну діяльність із точки зору користі для пацієнтів, для суспільства. Це готовність і здатність сімейного лікаря відповідати за доручену справу, схвалені рішення, вчинки.

Для діагностики рівнів сформованості морально-етичної відповідальності у студентів-медиків ми використовували опитувальник І. Тимошука, який містить 6-значну шкалу (*Додаток М*).

Завданням цієї методики є аналіз компонентів морально-етичної відповідальності у майбутніх сімейних лікарів ЕГ та КГ, таких як рефлексія на морально-етичні ситуації, інтуїція в морально-етичній сфері, екзистенційний аспект відповідальності, альтруїстичні емоції, морально-етичні цінності. Для перевірки достовірності результатів використовувалася шкала брехні, за котрою оцінюється компонент соціальної бажаності. Високий рівень сформованості морально-етичної відповідальності пов'язаний із соціальною відповідальністю, високим рівнем саморозуміння. Для того щоб виявити рівень сформованості морально-етичної відповідальності, необхідно просумувати результати, отримані за шкалами опитувальника. Низький рівень сформованості морально-етичної відповідальності – від 0 до 5-ти балів; середній – від 5 до 15-ти балів; високий – від 15 до 25-ти балів. Якщо кількість балів за шкалою брехні від 3 до 5-ти – результати недостовірні.

Аналіз та інтерпретація отриманих даних виявив такі рівні сформованості морально-етичної відповідальності у майбутніх сімейних лікарів (Табл.1.6., Рис.1.7.):

Таблиця 1.6.

Результати сформованості морально-етичної відповідальності у студентів ЕГ і КГ на констатувальному етапі дослідження (у %)

	Високий	Середній	Низький
КГ	10	33	57
ЕГ	8	32	60

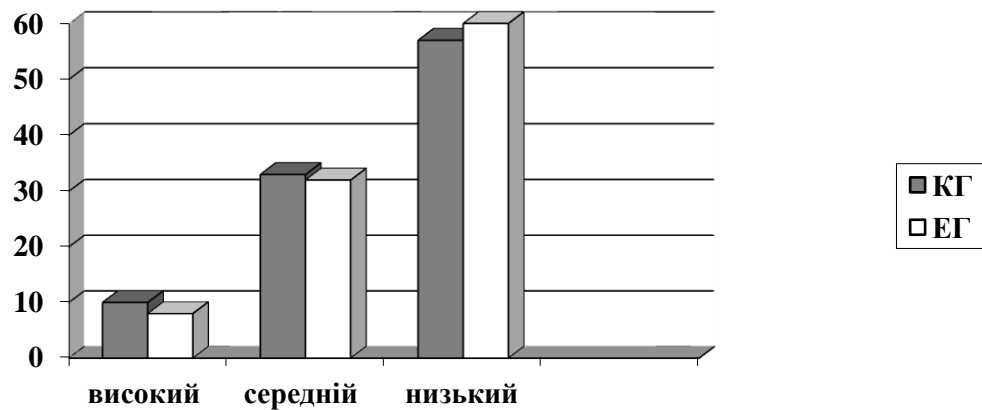


Рис. 1.7. Порівняльний аналіз рівнів морально-етичної відповідальності у студентів КГ та ЕГ

Таким чином, отримаємо такі рівні сформованості особистісного компоненту професійної культури, які наведено у таблиці 1.7.

Таблиця 1.7.

Результати діагностики рівнів сформованості професійної культури за особистісно-творчим критерієм у студентів КГ та ЕГ

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (238)	Лікарська етика.	12	5	109	46	117	49
	Здатність до емпатії.	17	7	116	49	105	44
	Гуманне ставлення до людини.	28	12	119	50	91	38
	Загальний показник	19	8	115	48	104	44
	Лікарська етика.	14	6	112	46	116	40

ЕГ (242)	Здатність до емпатії.	18	7	109	45	115	48
	Гуманне ставлення до людини.	21	9	111	46	110	45
	Загальний показник	17	7	111	46	114	47

Обчислимо середнє значення рівнів сформованості професійної культури за морально-етичним критерієм, відповідно, у КГ та у ЕГ:

$$\bar{x}_{КГ} = \frac{19 \cdot 3 + 115 \cdot 2 + 104 \cdot 1}{238} = 1,64; \quad \bar{x}_{ЕГ} = \frac{17 \cdot 3 + 111 \cdot 2 + 114 \cdot 1}{242} = 1,6.$$

Бачимо, що у студентів як КГ так і ЕГ середнє значення знаходиться на одному рівні.

Результати діагностики рівнів сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів за трьома визначеними нами критеріями представлено в таблиці 1.8.

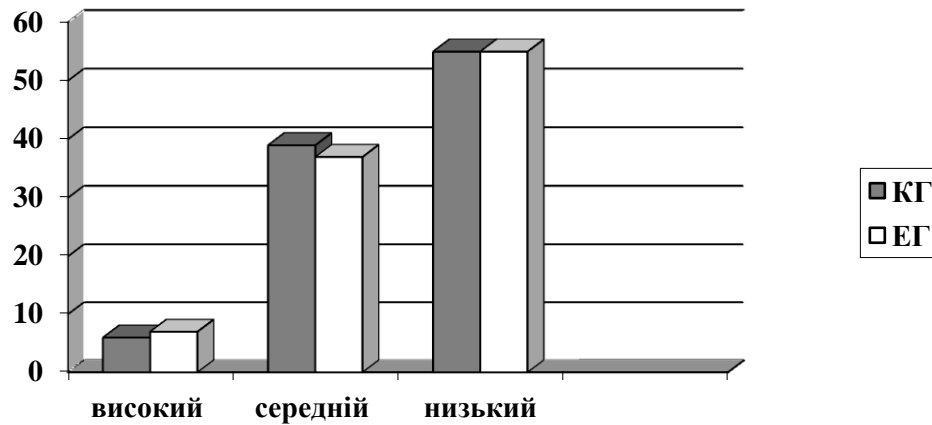
Результати свідчать про те, що у студентів КГ і ЕГ переважає низький рівень сформованості професійної культури.

Таблиця 1.8.

Діагностика рівнів сформованості професійної культури у студентів-медиків на констатувальному етапі дослідження (у %)

Критерії	Рівні					
	Високий		Середній		Низький	
	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ	ЕГ
Ціннісно-мотиваційний	4	7	26	25	70	72
Операційно-діяльнісний	6	6	43	40	51	54
Морально-етичний	8	7	48	46	44	47
Загальний показник	6	7	39	37	55	56

Порівняльний аналіз сформованості професійної культури у студентів КГ і ЕГ представлено за допомогою гістограми (Рис.1.8.).



**Рис.1.8. Рівні сформованості професійної культури у студентів-медиків
ЕГ і КГ на констатувальному етапі дослідження**

Проведена на констатувальному етапі дослідження діагностика сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів свідчить про недостатню ефективність навчання у вищих медичних закладах освіти.

Підводячи підсумки проведеного комплексу методів дослідження на констатувальному етапі експерименту і враховуючи отримані результати, ми встановили доцільність дослідження: традиційний підхід у навчанні майбутніх сімейних лікарів є недостатньо ефективним для формування у них професійної культури. Результати констатувального експерименту свідчать, що респонденти недостатньо чітко усвідомлюють значущість знань про професійну культуру, не розглядають їх як передумову для професійного становлення; вміння, що характеризують сформованість їхньої загальної та професійної культури, переважно сформовані на середньому рівні, що не є достатнім для успішного входження в професію.

Таким чином, ми виявили необхідність обґрунтування та експериментальної перевірки ефективності педагогічних умов, котрі сприятимуть формуванню професійної культури майбутнього сімейного лікаря в процесі його професійної підготовки.

Висновки до першого розділу

Сутність культури у вітчизняній історії педагогіки пов'язувалася з проблемою людини, її природою та призначенням, сенсом життя та щастя, національним і загальнолюдським у світогляді людини, ідеалами справедливості й рівності (М. Грушевський, М. Костомаров Г. Сковорода, І. Франко, Т. Шевченко).

Філософська сутність культури в працях зарубіжних науковців (М. Вебер, Х. Гадамер, М. Шелер) розглядається з точки зору теорії герменевтики як ціннісне, історичне та універсальне утворення, що пов'язане зі створенням загальнолюдської культури; як особливий феномен духовного життя людини та спосіб самодетермінації особистості, як форма діалогу культур в історії людства (В. Біблер, М. Бахтіна).

У загальному вигляді поняття «*професійна культура*» розглядається як категорія, що характеризує соціально-професійні якості фахівця з урахуванням специфіки його професійної діяльності. Структурними компонентами професійної культури є етична, естетична, методологічна, професійно-психологічна (В. Анохіна, В. Кочергіна, Н. Крилова).

Аналіз наукових робіт дозволив сформулювати власне означення: *професійна культура майбутнього сімейного лікаря становить форму медичної культури людства, що існує в межах професійної спільноти медичних працівників і синтезує в собі медичні знання, професійно-теоретичні світогляди, медичні технології й соціальні практики, традиції та специфічну мовну систему, вироблені людством із метою збереження здоров'я і життя людини, боротьби з різними її захворюваннями.*

Було доведено, що контекстне навчання створює умови для формування професійної культури студента на основі інтеграції знань усіх наукових дисциплін та вирішення модельованих професійних і проблемних ситуацій (А. Вербицький). Сутність поняття «контекстна підготовка» (Н. Дем'яненко) полягає в інтеграції контекстного та компетентнісного підходів. Специфіка поняття «контекстна підготовка» полягає в її

системному характері, котрий поєднує навчання професійній лікарській діяльності й виховання майбутніх лікарів, забезпечуючи трансформацію навчальної діяльності в навчально-професійну або квазіпрофесійну діяльність.

Комплексний аналіз наукових джерел дозволив виокремити структурні компоненти професійної культури сімейних лікарів і відповідні їм критерії: аксіологічний (ціннісно-мотиваційний критерій), когнітивний (операційно-діяльнісний критерій), особистісний (морально-етичний критерій).

На основі аналізу психолого-педагогічної літератури схарактеризовано три рівні сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів за визначеними критеріями та показниками – високий, середній, низький.

У експерименті брали участь: 480 студентів, з них 238 осіб – контрольні групи і 242 особи – експериментальні групи.

Рівні сформованості професійного мислення майбутніх сімейних лікарів визначалися за такими діагностичними методиками: опитувальник щодо мотивів обрання професії (Р. Овчарова); тест Т. Елерса на визначення мотивації до успіху; тест щодо структури інтелекту (Р. Амтхауер); методика Б. Басса на визначення професійної спрямованості; тест креативності (Є. Тунік); тестування студентів під час бесід на теми: «Сучасний сімейний лікар – який він?»; «Професійно-значущі якості лікаря» тощо.

За результатами констатувального етапу дослідження виявилось, що переважна більшість студентів контрольних та експериментальних груп перебувають на низькому (55% та 56% відповідно) рівні сформованості професійної культури. Значним є відсоток респондентів, які мають середній рівень (39% з контрольної та 37% з експериментальної групи). Водночас незначна кількість опитаних (6% з контрольної та 7% з експериментальної групи) засвідчила високий рівень сформованості професійної культури.

Результати цього розділу висвітлено у публікаціях автора [214, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 228].

РОЗДІЛ 2. ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ТА МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ УНІВЕРСИТЕТІВ

2.1. Модель формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки

У результаті теоретичного аналізу та результатів констатувального етапу педагогічного експерименту можна зробити висновок, що існуюча система вищої професійної освіти, переважно, орієнтована на формування й підготовку фахівця, який володіє професійними знаннями, вміннями та навичками. Але для ефективної професійної діяльності цього недостатньо, оскільки вона визначається також іншими факторами, наприклад, професійною мотивацією, професійним світоглядом, професійною етикою, професійною комунікативністю. Все це визначає професійну культуру майбутнього фахівця, формування якої має також стати одним із найважливіших орієнтирів розвитку вищого навчального закладу. У науково-методичній літературі недостатньо уваги приділяється цій проблемі, а саме, недостатньо розкриті зміст та сутність культури особистості, професійної культури фахівця, не надається належної уваги розгляду таких явищ, як професійна комунікабельність, творчість, мотивація, майстерність.

Ефективна медико-професійна підготовка майбутнього фахівця – сімейного лікаря XXI століття – вимагає детального аналізу сучасної системи вищої медичної освіти, виявлення та визначення її проблем, а також протиріч у контексті системно-ціннісного підходу [319, с.18].

Принципова відмінність концепції сучасної парадигми освіти у вищій медичній школі полягає в тому, що вища професійна освіта розглядається як діяльність, мета якої – розвиток інтелектуально-моральної особистості з метою збереження життя людини та покращення якості медичної допомоги пацієнтам.

У науковій літературі сучасну парадигму медичної освіти визначають такими характеристиками: соціально-особистісна, особистісно-орієнтована, медико-гуманна освіта вищої медичної школи. Головною метою формування професійно-особистісної культури у майбутніх сімейних лікарів є розвиток у них соціально-значущих якостей як вищої цінності освіти – квінтесенції культури [184, с. 143].

Розробляючи модель формування професійної культури студентів медичних університетів, ми виходили із такого визначення: під поняттям професійної культури в системі вищої медичної освіти ми розуміємо єдність культурної діяльності та соціоіндивідуального буття в медичних закладах, а також співпрацю лікаря й пацієнта, котра базується на здатності фахівця медичного профілю об'єктивувати культурні цінності, що виявляються у породженні нових медико-культурних форм, змісту, цінностей, та втілення уже наявних культурних ідей через їх виявлення, осмислення та оцінку.

Аналіз наукових джерел доводить, що освіта є не лише творінням культури, але й її творцем. Об'єктом творчості, милосердя, співчуття й довіри можуть виступати образи й цілі, символи й поняття, вчинки й стосунки, цінності й переконання фахівця-медика. У процесі творчого пошуку він робить для себе відкриття у галузі людинолюбства з етичними та гуманістичними цінностями як показниками комунікативної культури. Феномен культури сімейного лікаря окреслено двома моментами: з одного боку, медики самі формують її, з іншого – вони зреалізуються в тій культурі, котра створена іншими фахівцями медичного профілю [193, с. 323].

Таким чином, нині є потреба у розробці моделі контекстної підготовки у процесі професійного становлення та розвитку професійної культури майбутніх сімейних лікарів – сукупності відповідних умов, засобів, методів і технологій навчання. Модель передбачає організацію квазіпрофесійної діяльності, міждисциплінарну взаємодію, надання можливостей для саморозвитку і самореалізації особистості студента, створення додаткових

організаційно-педагогічних умов, спрямованих на посилення мотивації студентів до навчання.

Формування професійної культури студента-майбутнього сімейного лікаря – це процес її становлення, накопичення позитивних змін в її змісті, що розглядається нами як цілісний, педагогічно обґрунтований, цілеспрямований, котрий необхідно формувати. Ми вважаємо, що процес формування професійної культури буде цілеспрямованим, якщо створити структурно-функціональну модель, у якій відображена не лише характеристика професійної культури, але й розкриті умови, засоби, методи розвитку та становлення необхідних складових якостей.

Модель формування професійної культури студентів-медиків можна розділити на блоки: *цільовий* – розкриває головну мету навчально-виховного процесу: формування й розвиток професійної культури у майбутніх сімейних лікарів; *теоретично-методологічний* – включає основні методологічні підходи, принципи та дидактичні теорії щодо формування професійної культури у майбутніх сімейних лікарів; *змістовий* – виокремлює основні компоненти змісту професійної освіти: теоретичні знання про сутність професійної культури, практичні вміння й навички професійної поведінки; *організаційно-діяльнісний* – охоплює форми, методи та технології навчально-виховного процесу, спрямовані на досягнення мети педагогічного експерименту; *результативний* – включає розробку рівнів сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів, відбір діагностичного інструментарію для їх вимірювання й організацію системи контролю; відображає результати експериментальної діяльності з формування професійної культури майбутніх лікарів.

У розробленій моделі освітній процес розглядається як структура, котра включає компоненти процесу формування професійного мислення майбутніх сімейних лікарів. Головним освітнім результатом реалізації теоретичної моделі повинен стати більш високий рівень сформованості професійної культури у студентів медичного університету.

Проаналізуємо більш детально кожен блок спроектованої моделі.

Перший блок моделі – *цільовий*, він визначає мету та основні завдання формування професійного мислення майбутніх сімейних лікарів. У цьому контексті мета розглядається як ідеальний образ і результат навчально-виховної діяльності, на досягнення якого спрямовані дії суб'єктів педагогічного процесу [210, с. 38]. Визначаючи основною метою формування у студентів-медиків професійної культури, ми виходили з того, що оволодіваючи професійними знаннями, новими видами професійної діяльності, маючи на меті професійне та гуманне ставлення до пацієнтів, майбутній сімейний лікар повинен прагнути до професійного та особистісного саморозвитку, розуміючи, що професійна культура – основна професійно-значуща якість сімейного лікаря.

Виходячи із такого розуміння мети, були сформульовані задачі: створення передумов для систематизації знань, котрі сприяють формуванню професійної культури; здійснення моніторингу процесу формування професійної культури студента-медика в освітньому просторі університету; виховання позитивної мотивації до формування професійної культури.

У *теоретико-методологічному* блоці передбачено, що методологія дослідження базується на системі наукових підходів, реалізація котрих забезпечується визначенням, теоретичним обґрунтуванням та експериментальною перевіркою ефективності педагогічних умов формування професійного мислення майбутнього сімейного лікаря у процесі контекстної підготовки. Ефективна організація професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів в цілому і формування у них професійної культури зокрема вимагає реалізації цілої низки підходів, розроблених у сучасних науково-педагогічних дослідженнях, насамперед: аксіологічному, культурологічному, особистісному, діяльнісному.

Основні аспекти аксіологічного підходу розглядали у своїх працях Н. Баракат [24], І. Ісаєв [129], М. Попов [255], В. Сластьонін [281], І.Тимощук [294], А. Щербакова [319] та ін. В їхніх працях зауважується, що

аксіологічний підхід дозволяє дослідити ціннісно-нормативний вимір соціокультурного простору медичної культури, аналізуючи її на основі базових цінностей: цільових, термінальних, інструментальних, традиційних, загальнолюдських і сучасних. Згідно з аксіологічним підходом, процес зародження культурно-освітніх знань детермінується системою ціннісних відношень майбутнього лікаря до професійної діяльності [24, с.166].

Аксіологічний підхід спрямовує увагу у нашому дослідженні на вивчення цінностей як основ навчання і виховання, суб'єктивізацію об'єктивних цінностей людського суспільства. Ми виходили з того, що у педагогічній аксіології «цінності» розглядаються як «специфічні утворення в структурі індивідуальної чи суспільної свідомості, котрі є зразками та орієнтирами діяльності особистості й суспільства» [281, с. 92].

Студент – майбутній сімейний лікар – пізнає професію через призму цінностей, котрі протягом усього навчання спрямовують, організовують, регулюють його професійну та соціальну поведінку та діяльність. Орієнтуючись на цінності, самовизначаючись у ставленні до світу, предметів, явищ, студент вирішує для себе, що для нього важливе, а що ні – так формується його ціннісне ставлення до світу та професії у ньому. Цінності виявляються в особистих проявах людини – ціннісних орієнтаціях, установках, інтересах, прагненнях, бажаннях, намірах [255, с. 68].

Як виявилось у процесі дослідження, основна складність використання аксіологічного підходу у навчанні та вихованні полягає у визначенні системи цінностей, які повинні бути засвоєні студентом, тому що вони детермінуються індивідуальністю людини. Деякі автори пропонують орієнтуватися на глобальні цінності: природа, культура, сім'я, робота, свобода. Інші – на духовність, творчість, співпрацю, відповідальність, толерантність, гуманізм тощо [294, с. 57]. Дослідниця А. Щербакова визначає такі основні цінності лікарів: емпатія, толерантність, гуманізм, комунікабельність, національна самосвідомість, світоглядна зрілість, високий рівень загальної культури [319, с. 96].

Вирізняючи аксіологічний підхід серед головних, ми вважаємо, що в процесі формування у майбутніх лікарів професійної культури, він реалізується за такими напрямками. По-перше, ставлення до особистості студента-медика як вищої цінності. Аксіологічний підхід орієнтує навчально-виховну діяльність на професійно-культурний розвиток особистості майбутнього лікаря як ціль, суб'єкт, результат і головний критерій її ефективності. Кожен учасник освітнього процесу виступає як активний ціннісно-мотиваційний суб'єкт діяльності. Це дозволяє реалізувати професійні аксіологічні орієнтації в системі освіти; формувати знання про особистісні, загальнолюдські та професійні цінності; вибудовувати суб'єкт-суб'єктні відносини та створювати сприятливий психологічний клімат.

По-друге, формування власної стійкої системи культурно-професійних цінностей студента-медика. Така система цінностей детермінує мотивацію культурної поведінки та ставлення студента до оточуючих його людей, визначає його життєвий і професійний шлях. Особистість людини (пацієнта), його здоров'я повинні сприйматися майбутнім лікарем як найвища цінність, котра потребує збереження та розвитку. До етичних цінностей відносять милосердя, турботу, співчуття, спасіння життя, людяність. Саме такі цінності є провідними й визначальними для професійної медичної моралі. Майбутніх лікарів також необхідно орієнтувати на такі гуманістичні цінності, як: людина, життя, здоров'я, гуманізм, моральність, добро, милосердя, співчуття, толерантність, обов'язок, совість тощо.

Під час дослідження було виявлено, що однією зі складових системи професійних цінностей майбутніх лікарів є медико-педагогічна тактовність лікаря як уміння обрати правильний стиль спілкування з хворим, визначати для себе й реалізувати на практиці достатній рівень співпереживання.

По-третє, створення умов для переведення культурно-професійних цінностей у суб'єктивні, індивідуальні ціннісні орієнтації. Основною ціннісною орієнтацією, котра визначає професійну культуру майбутнього лікаря, є орієнтація на іншу людину, котра сприяє появі таких якостей

особистості, як дисципліна, ввічливість, чесність, совісність, великодушність, самовідданість, гуманне ставлення до людини.

Таким чином, аксіологічний підхід у формуванні професійної культури майбутніх сімейних лікарів орієнтований на пошук, ствердження, пропаганду загальнолюдських культурно-професійних цінностей, їх засвоєння та інтеріоризацію. Це дозволяє формувати всі компоненти професійної культури: ціннісну свідомість, ціннісну мотивацію, ціннісну поведінку майбутнього лікаря. Результат виховання на аксіологічному рівні виявляється в усвідомленні культурно-професійних цінностей, мотивах соціальної поведінки та ціннісного ставлення студентів до оточуючих.

Важливим для нашого дослідження виявився *культурологічний підхід*, завдяки якому було спрямовано змістовий компонент навчально-виховної діяльності на розвиток інтелектуально-моральних якостей лікаря, на самовизначення в цілях, змісті, засобах і результатах зовнішнього формування та внутрішнього розвитку культурно-освітньої діяльності.

Основні положення культурологічного підходу у процесі професійної підготовки майбутніх фахівців розкрито в працях І. Бега [30], В. Деляченка [88], О. Жилияєвої [108], І. Зязюна [118], І. Ісаєва [129], Н. Крилової [165], С. Максименка [188], Г. Тарасенко [289] та ін. Сутність цього підходу – в культурному розвитку людини як особистості, як суб'єкта культури. Це означає перехід «від людини освіченої до людини культурної».

Вибір культурологічного підходу в нашому дослідженні зумовлений тим, що вища медична освіта виконує всі основні функції культури (інформативну, регулятивну, комунікативну, інтегративну, адаптивну). Освіта та виховання – це культурні форми, у яких зберігається та передається наступним поколінням соціальна та професійна інформація [30, с.122].

Інформативна функція полягає в передачі досвіду професійних взаємовідносин, збереженні й розвитку системи культурно-професійних цінностей, проектуванні нових зразків культури медиків. Регулятивна функція медичної освіти виявляється в організації життєдіяльності студентів,

сприянні в установленні толерантних і гуманних взаємин. Інтегративна функція полягає в об'єднанні різних культур, що збагачують одна одну кращими моральними зразками. Комунікативна компетентність майбутнього сімейного лікаря, його вміння спілкуватися є визначними факторами у становленні професійної культури [301, с. 12].

Адаптивна (соціалізуюча) функція навчально-виховного процесу відображена у здатності студента пристосуватися до навколишнього середовища засобом культури. Формування у майбутніх медиків професійної культури передбачає залучення студентів до загальнолюдської культури; створює умови для їхньої інтеграції в систему суспільних відносин, творчої самореалізації та саморозвитку. Все це створює передумови для процесу культурної ідентифікації, соціалізації, де майбутній лікар набуває життєвого соціального досвіду, властивостей культурної ідентичності. В усвідомленні приналежності до національної культури знаходяться корені духовності, моральності, громадянськості особистості майбутнього лікаря [108, с. 243].

У процесі дослідження виявилось, що культурологічний підхід змінив уявлення про основні цінності вищої медичної освіти як виключно знання, розширив культурні основи виховання. Формуючи професійну культуру у майбутніх сімейних лікарів, використання культурологічного підходу спрямовує змістовий компонент навчально-виховної діяльності на розвиток інтелектуально-моральних здібностей лікаря, на зовнішнє формування та внутрішній розвиток особистості студента в контексті культури.

Особистісний підхід дозволив дослідити відображення ставлення до майбутнього фахівця медичного профілю як до самосвідомого суб'єкту оволодіння професією в культурному та професійному аспектах. Різні аспекти особистісно орієнтованого підходу у навчанні і вихованні розглядають сучасні науковці (В. Бедерханов, І. Бех, А. Вербицький, В. Давидов, О. Бондаревська, К. Ягнов та ін.). У сучасному педагогічному енциклопедичному словнику особистісний підхід це – «послідовне ставлення педагога до вихованця як до особистості, як до самосвідомого,

відповідального суб'єкта власного розвитку й виховної взаємодії» [73, с. 243]. І. Бех у своїх працях стверджує, що особистісний підхід покликаний гуманізувати навчально-виховний процес, наповнити його високими морально-духовними переживаннями, затвердити принципи справедливості й поваги, максимально розкрити потенційні можливості студента, стимулювати його до особистісного розвитку [31, с. 87].

Особистісний підхід ми розуміли як такий, що розглядає студента, його суб'єктивні якості найважливішими у навчально-виховному процесі та головною соціальною й освітньою цінністю. Навчально-виховний процес орієнтований на самого студента, на його навчання, а не на викладання. Педагог сприймає студента таким, яким він є; не намагається переробити його; впливає на його розвиток, опираючись на сукупність знань про людину взагалі і про конкретну людину зокрема. Не лише викладач, але й сам студент повинен сприймати себе особистістю і бачити її в оточуючих людях. Застосовуючи особистісний підхід ми припускали, що процес виховання будується на основі особистісних якостей, які є важливими для виховання спрямованості особистості, її ціннісних орієнтацій, життєвих планів, установок, домінуючих мотивів поведінки. В колективному вихованні особистісний підхід сприяв створенню гуманістичних відносин.

Важливим для обґрунтування методологічних засад дослідження визнано діяльнісний підхід [62, 78, 80, 91, 105, 178, 198, 298]. Загальновідомо, що поза діяльністю в педагогіці неможливо вирішити жодного завдання навчання, виховання та розвитку. В межах діяльнісного підходу особистість студента розглядалася як суб'єкт діяльності. Саме цей підхід дозволив поєднати теоретичні професійні знання та практичні вміння.

Ми адаптували до завдань дослідження з урахуванням теорії контекстного навчання такі принципи контекстної медичної підготовки майбутніх сімейних лікарів: цілеспрямованості, гуманізації, інтеграції, цілісності, неперервності, наступності, креативності. *Принцип гуманізації* професійної освіти розглядався як надання можливостей для професійного

розвитку й самоствердження кожної особистості і як засіб її соціального захисту та стійкості. *Принцип інтеграції* дозволив забезпечити взаємозв'язок елементів у вивченні різнопрофільних дисциплін за рахунок впровадження активних інноваційних методів, засобів навчання і виховання, педагогічних технологій. *Принцип цілісності* передбачав всебічну психолого-педагогічну та предметну підготовку майбутнього фахівця. *Принцип неперервності* дозволив цілеспрямовано формувати установки на самоосвіту й самовдосконалення у професійній діяльності. *Принцип наступності* сприяв професіоналізації дисциплін загальноосвітнього й медико-біологічного циклів. *Принцип креативності* орієнтував на створення нових оригінальних ідей, вирішення професійних проблемних задач, конструктивних рішень.

Змістовий блок спроектованої моделі передбачав конструювання змісту навчальних дисциплін і позааудиторної діяльності таким чином, котрий дозволяв би ефективно формувати професійну культуру. Під змістом навчання розуміємо педагогічно адаптовану систему знань, умінь і навичок, досвіду творчої діяльності та емоційно-ціннісного ставлення до світу, котрими студент оволодіває у процесі навчання в університеті [114, с. 214]. До змісту освіти, спрямованого на формування професійної культури у майбутніх сімейних лікарів, ми включаємо чотири взаємопов'язаних елементи: сукупність науково-теоретичних знань про основні поняття, категорії, концепції, теорії; способи професійно-культурної діяльності; вміння та навички лікарської діяльності; досвід творчої діяльності студентів.

До переліку базових дисциплін, котрі закладають основу для формування професійної культури студентів-медиків ми відносимо історію України, філософію, психологію, іноземну мову, латинську мову та ін. Аналіз робочих програм дозволив проаналізувати зміст дисциплін (*Додатки О, Додаток П, Додаток Р*).

Змістовий блок сприяв формуванню компетентності сімейного лікаря як основи його професійної культури. Визначна роль у формуванні культури майбутнього лікаря відводилася цілісному педагогічному процесу як

зовнішній умові, що сприяла розвитку професійної культури у студента-медика. Основою змістового блоку визнано елементи контекстної медичної освіти – ситуації, котрі відображають професійну діяльність лікаря і відкривають можливості розгортання змісту медичної підготовки в її динаміці шляхом модельованої професійної діяльності.

Організаційно-діяльнісний блок моделі включає форми, методи та технології педагогічного процесу, спрямованого на формування професійної культури у майбутніх сімейних лікарів. Під методами навчання розуміємо способи сумісної впорядкованої навчальної діяльності викладачів і студентів, за допомогою яких останні засвоюють зміст певної навчальної дисципліни [188, с. 98].

Під час формування професійної культури ефективними виявилися технології проблемного навчання, проектного навчання, технологія створення мультимедійних презентацій, квазіпрофесійна діяльність тощо. Вважаємо за доцільне використовувати індивідуальні, парні, групові й колективні форми навчальної роботи студентів, а також різні форми організації навчального процесу.

Результативний блок – представлено у вигляді критеріїв, показників і рівнів сформованості професійної культури у майбутніх сімейних лікарів. На цьому етапі відбувається трансформація рефлексивної навчальної діяльності студента-медика в навчально рефлексивну сумісну діяльність викладачів і студентів, під час якої оцінюються рівні сформованості мотиваційно-ціннісної, теоретичної та практичної готовності майбутніх сімейних лікарів до професійної діяльності.

Модель процесу формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у межах контекстної медичної підготовки як схематичне відтворення його структури, взаємозв'язків і відношень між елементами досліджуваного об'єкта представлена на рисунку 2.1.

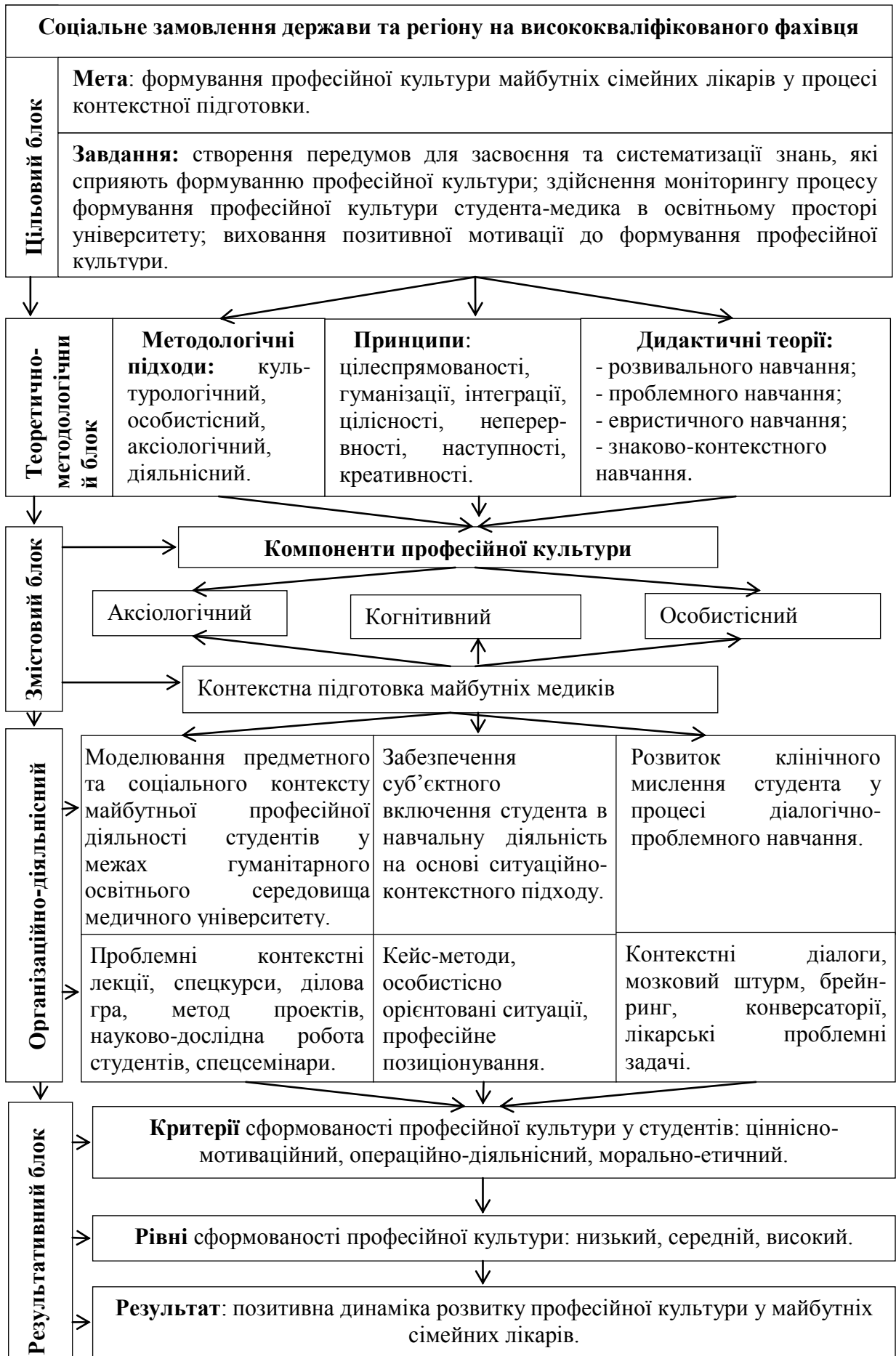


Рис. 2.1. Модель формування професійної культури у майбутніх сімейних лікарів

Таким чином, створена нами структурно-функціональна модель є способом реалізації формування професійної культури майбутнього сімейного лікаря, що включає в себе систему форм, методів і засобів навчання й виховання, котра забезпечує ефективне досягнення поставлених цілей дослідження.

2.2. Моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету

Формування професійних та особистісних якостей медика – одна з найважливіших умов професійного становлення як вищої цінності їхньої освіти, в якій втілюються глибинні основи світосприйняття, світогляду та поведінки лікаря [99, с. 16]. Відповідно, формуючи професійну культуру студентів-медиків, основною функцією викладача є ефективна організація освітнього процесу, що базується на стимулюванні майбутніх фахівців до самовдосконалення й самовиховання в межах медичної етики й деонтології лікарської діяльності.

Для успішної реалізації процесу формування у студентів медиків професійної культури необхідно враховувати особливості, що притаманні медичній освіті. Її першою відмінною рисою є тривалість. Вища медична освіта – процес неперервного навчання, котрий займає в середньому 6-8 років. Підготовка майбутніх сімейних лікарів характеризується тривалістю навчання, насиченістю навчального матеріалу з різних галузей знань, що вимагає обґрунтованого підходу до всіх етапів навчально-виховного процесу. Іншою відмінною рисою медичної освіти є її специфічність, оскільки в центрі уваги – пацієнт. Професійна діяльність спрямована на людину, яка відчуває психічні та фізичні страждання, спричинені хворобою. «Відповідно, медична підготовка майбутніх лікарів опирається не лише на знання анатомо-фізіологічних особливостей людського організму, але й передбачає певну

міру психологічного впливу на людину, котра базується не на заборонах і приписах, а переважно на знаннях особливостей людського спілкування» [16, с.71]. Ще однією особливістю є технологізація і, як наслідок, професіоналізація медичної освіти, котрі зумовлені швидким технічним прогресом. За уніфікації медичних дій не можуть бути враховані всі індивідуальні особливості хворого, послаблюється ставлення до пацієнта як до особистості, тому виникає потреба у формуванні професійної культури майбутнього лікаря.

Освітнє середовище вищого медичного навчального закладу являє собою багатоконпонентний і багаторівневий соціальний феномен. Одним із підходів до дослідження сутнісних характеристик цього феномену є вивчення взаємозв'язків освітнього середовища вищого навчального закладу з освітнім, науковим, медичним, соціокультурним середовищем регіону та світу.

Накопичені за останні десятиліття знання про фактори розвитку людини дозволили нам уточнити зміст категорій «освітнє середовище як педагогічний феномен» та «освіта», провести їхнє порівняння за низкою параметрів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Порівняння категорій «освіта» та «освітнє середовище» як педагогічний феномен

Параметри	Освіта	Освітнє середовище як педагогічний феномен
Означення	Цілеспрямований процес навчання та виховання в інтересах особистості, суспільства та держави, метою якого є всебічний розвиток людини, виховання високих	Сукупність умов, що впливають на цілеспрямовану взаємодію суб'єктів освіти і забезпечують ефективне функціонування форм,

	моральних якостей, формування громадян на основі інтелектуального, творчого, культурного потенціалу.	методів та засобів освітнього процесу з метою досягнення цілей його суб'єктів.
Діяльність	Систематично організований освітній процес, технології передачі знань і досвіду.	Середовище як джерело життєво-професійних ситуацій, визначена організація життєдіяльності.
Результат	Сукупність знань, умінь і навичок, досвіду творчої діяльності, отриманих в результаті навчання.	Початок (запуск) процесу професійно-особистісного розвитку та саморозвитку студента.
Самосвідомість студента	Відчуття залежності, несамостійності; вузький спектр вибору засвоюваного досвіду – професійного та особистісного.	Можливості для реалізації, прагнення до самостійності, незалежності.
Співвідношення зовнішніх вимог	Зовнішні вимоги, регламентації супроводжують увесь процес навчання, можливості прояву свободи обмежені.	Свобода взаємодії, різноманіття можливостей для саморозвитку та самореалізації; зовнішні вимоги, регламентації мінімальні.

Ми брали до уваги положення про те, що освітнє середовище кожного вищого професійного закладу освіти має свою специфіку, до якої у медичному вищому навчальному закладі, на думку О. Артюхіна, належать такі компоненти: особлива мова, понятійно-термінологічний апарат професійного спілкування; біоетика та деонтологія, супутні на всіх етапах процесу навчання, що виробляють ставлення до хворої людини як до

особистості; локалізація навчальної діяльності як у навчальних корпусах, так і в лікувальних закладах, наслідком чого стає іманентне проникнення середовища медичного закладу в середовище вищого навчального закладу; наукові школи, що надають змістожиттєві орієнтації студентам і створюють творчий вектор середовища вищого навчального закладу як фактор їхньої самореалізації у професійно-особистісному розвитку [12, с. 54].

Головним призначенням навчально-виховної діяльності медичного університету, як свідчать результати дослідження, є сприяння вдосконаленню культури студентів на основі збагачення соціокультурного досвіду людства. Основні її принципи, вказані в Законі України «Про освіту», зумовлюють досягнення гуманістичного характеру процесу навчання, пріоритету загальнолюдських цінностей, життя та здоров'я особистості, вільного її розвитку. Головною умовою становлення гуманістичного характеру освіти є особисте сприйняття фахівцями загальнолюдських цінностей [95, с. 5].

Оскільки професійна культура майбутнього сімейного лікаря формується в процесі вивчення як спеціальних, так і соціально-гуманітарних наук, вона складається у результат цілісної підготовки студентів.

Обґрунтування першої педагогічної умови здійснювалося на основі узагальнення психолого-педагогічних джерел. Проблеми гуманітарної освіти розглядали такі науковці, як: О. Андрійчук [10], В. Андрущенко [11], Г. Балл [21,22], І. Бех [30], С. Гончаренко [73], Л. Журавльова [111], І. Зязюн [117], Т. Корольова [158], В. Козаков [135], В. Кузнецова [168], Д. Мацько [190], Н. Ничкало [234], Л. Романюк [268], В. Скуратівський [280], О. Уваркіна [301], Г. Філіпчук [302] та ін.

Ми враховували існуючу в науці думку про поняття «гуманітарне освітнє середовище» як умову, здатну забезпечити формування основ культурно-освітнього та соціально-педагогічного мислення [73, с. 77]. Гуманітарне освітнє середовище є культурно-освітнім простором із пріоритетом гуманістично-моральних цінностей і визначається такими якісними характеристиками, як цілісність, автономність і відкритість.

Освітнє середовище характеризуємо як сукупність соціальних, культурних, а також спеціально організованих в навчальному закладі психолого-педагогічних умов, в результаті взаємодії яких відбувається становлення особистості [280, с. 417]. Бралася до уваги думка науковців (В. Майдер) щодо гуманітаризації освіти, розвитку гуманістичного світосприйняття як основи моральної відповідальності людини перед іншими людьми і як фактору зміни мислення самого педагога [187, с. 36].

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова здійснює різноманітні зв'язки з лікувальними, науковими закладами регіону та країни, а отже, освітнє середовище вищого навчального закладу певною мірою виявляється інтегрованим із відповідними середовищами (рис. 2.2).

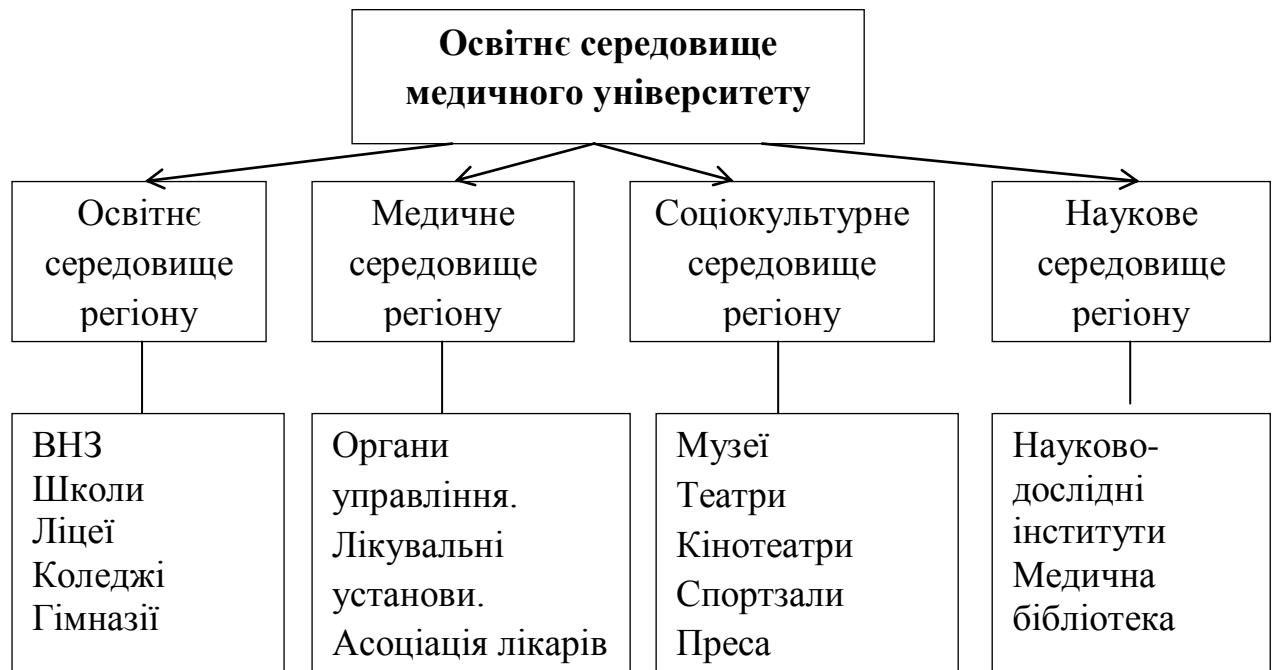


Рис. 2.2. Інтеграція освітнього середовища медичного університету

Характерною особливістю медичного університету є включення його як в освітнє, наукове, соціокультурне середовище регіону, так і у професійне медичне середовище. Відповідно до Закону України «Про вищу освіту», вищі медичні заклади освіти повинні мати власні університетські клініки, які об'єднують навчання, науку, лікувальний процес, сприяють покращенню професійної підготовки лікаря. Однак, не всі вищі медичні заклади країни

мають власні клінічні бази. В такому випадку заняття студентів проходять у поліклініках і лікарнях міського чи обласного підпорядкування.

Аналітичні дані та власний досвід дозволили нам сформулювати шляхи інтеграції освітнього середовища медичного університету в культурноосвітнє середовище регіону:

1) інтеграція інформаційного середовища: розширення інформаційно-знаннєвого й загальнокультурного компонентів на основі нових інформаційних технологій і використання середовищного підходу;

2) забезпечення інтеграції по вертикалі засобом участі педагогів вищого навчального закладу у довузівській і післядипломній підготовці;

3) наукова інтеграція, котра полягає в науковій роботі педагогів вищих навчальних закладів спільно з науковцями науково-дослідних інститутів, академії наук, творчими міжвузівськими колективами (отримання сумісного гранта). Участь викладачів і студентів у міжвузівських наукових конференціях, міжнародних телеконференціях;

4) співпраця провідних педагогів вищого навчального закладу з головними лікарями й завідувачами відділень медичних закладів, головними фахівцями міського й обласного департаменту охорони здоров'я, що закріплює провідну роль медичного університету в процес інтеграції в професійне середовище;

5) участь у громадському житті регіону сприяє інтеграції в соціокультурне середовище регіону.

У Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова взаємодія освітніх середовищ відбувається таким чином: потенційні абітурієнти – старшокласники шкіл, ліцеїв, гімназій – мають можливість займатися в школі юного медика на базі кафедр Університету, на підготовчих курсах. Адаптація до університету проходить легше, якщо людина попередньо познайомиться зі своєю майбутньою діяльністю, а таке знайомство відбувається під час довузівської підготовки. Занурюючись в освітнє середовище університету, студенти не лише задовольняють свої

пізнавальні потреби, освоюючи ази майбутньої професії, але й починають розуміти, які особистісні якості властиві лікарю, оцінювати свої здібності та творчий потенціал, прагнути їх розвивати.

У Всесвітній декларації про вищу освіту для XXI ст., прийнятій на Всесвітній конференції ЮНЕСКО (Париж, 5 – 9 жовтня 1998 р.), сказано, що вищі навчальні заклади варто розглядати як складову системи освіти, котра починається з дошкільного виховання й початкової освіти та триває протягом усього життя, самі вищі навчальні заклади мають проводити у своїх стінах відповідну роботу, щоб бути компонентом цієї системи й сприяти її розвитку. Тому для вищого навчального медичного університету характерними є профорієнтаційна робота зі школярами, наявність підготовчих курсів, факультету підвищення кваліфікації лікарів і робота з післядипломної підготовки в ординатурі, аспірантурі, докторантурі.

Аналіз існуючої практики показує, що під час підготовки майбутніх сімейних лікарів, їхнього активного включення в професійну діяльність, домінуючим залишається предметний контекст майбутньої професійної діяльності (знання, вміння, навички). При цьому досить часто виключається соціальний контекст, що відкриває шляхи й можливості входження молодого спеціаліста в колектив, формує вміння соціальної взаємодії та спілкування, спільного прийняття рішень, відповідальності за справу, за себе, за інших. Спостереження та результати попередніх досліджень переконують, що саме соціальний бік адаптації є найбільш складним для випускника, «оскільки у вищому навчальному закладі в кращому випадку навчають предметним діям, а не соціальним вчинкам» [62, с. 56].

На формувальному етапі експерименту використовувалися форми й методи навчання, котрі відтворюють не лише предметний, але й соціальний зміст майбутньої професійної діяльності: метод аналізу конкретних виробничих ситуацій і ситуаційних задач, ділові ігри, проблемні ситуації, науково-дослідна робота студентів, виробнича практика, курсове та дипломне проектування та ін. Навчальний процес у вищому навчальному

закладі є одним із проявів соціальної практики, він відображає всі ті закономірності, які існують у суспільстві. Відповідно, контексти життя та професійної діяльності повинні стати для студента особистісним змістом, визначити міру включеності його у пізнавальний процес.

Ми виходили з того, що основна мета професійної підготовки майбутнього сімейного лікаря полягає у формуванні цілісної моделі майбутньої професійної діяльності. Досягненню цієї мети сприяв контекстний підхід у підготовці майбутніх фахівців. Відповідно до основних положень технології контекстного навчання викладач моделював в навчальному процесі предметний і соціальний зміст професійної діяльності. Для цього слід було дотримуватися таких вимог: забезпечувати змістово-контекстне навчання професійної діяльності фахівця у формах навчальної діяльності студента; поєднувати різні форми й методи навчання з урахуванням дидактичних принципів і психологічних вимог до організації навчальної діяльності; використовувати модульність побудови системи та її адаптивність до конкретних умов навчання та контингенту студентів; обов'язково реалізовувати різні типи зв'язків між формами навчання; забезпечувати складність змісту навчання і, відповідно, форм контекстного навчання від початку до кінця цілісного навчального процесу.

Реалізація цих вимог надала можливість проектувати цілісний навчальний процес, в якому враховано такі фактори, як специфіка навчальних дисциплін, особливості й можливості кожного учасника навчального процесу, а також тривалість і матеріально-технічні умови навчання. Крім того, використання такої технології сприяло здійсненню науково обґрунтованого пошуку форм і методів контекстного навчання, (вимоги освітньо-кваліфікаційної характеристики, поданої вище).

У процесі контекстного навчання зміст підготовки фахівця включав дві складові: предметний зміст, який забезпечує професійну компетентність фахівця, і соціальний – здатність працювати в колективі, бути громадянином. Предметний зміст називається базовим, а соціальний – фоновим. До базових

складових відносяться всі предмети, що дозволяють отримати необхідні професійні знання й уміння. До фонового змісту відносять етику, екологію, історію культури – все, що формує світоглядні й соціальні якості [61, с. 56].

Зреалізовуючи технологію контекстного навчання у процесі формувального етапу експерименту, ми опиралися на таке положення: метою традиційного навчання є засвоєння знакової навчальної інформації, і чим більше її засвоєно, тим вищим вважається рівень освіченості людини. Але будь-яка інформація, в тому числі і навчальна, має подвійну природу: по-перше, вона може бути засобом пізнання світу, а по-друге, вона є частиною, фрагментом самої культури. А студент засвоює не саму культуру, наприклад професійну, а лише засіб її освоєння [59, с. 87].

Проблема полягає в тому, що випускнику в практичній діяльності досить складно засвоїти саме той соціальний контекст, в якому він буде працювати, ті виробничі відносини в колективі, що вчать не предметним діям, а соціальним вчинкам.

Тому в своєму дослідженні першою педагогічною умовою формування професійної культури у майбутніх сімейних лікарів ми визначили: *моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету.*

Моделювання предметного та соціального змісту майбутньої професійної діяльності є основною характеристикою навчання контекстного типу, що реалізується за допомогою системи нових і традиційних форм і методів навчання. У параграфі 1.2. ми охарактеризували особливості контекстної підготовки в медичних університетах.

Методика реалізації цієї педагогічної умови передбачає три базові форми діяльності студентів і деяку множину перехідних від однієї базової форми до іншої:

- навчальна діяльність академічного типу, власне навчальна діяльність, (лекції контекстного типу, проблемні лекції, семінари з використанням контекстів, семінари-дискусії, спецкурси, спецсемінари);

- квазіпрофесійна діяльність (ігрові форми контекстного навчання) – формує візуально у вигляді моделей мовою науки умови, зміст і динаміку професійної діяльності, відносини залучених у ній людей, які мають на меті пошук вирішення змодельованої професійної ситуації чи прийняття рішення за подальшим способом дій;

- навчально-професійна діяльність (проектна діяльність, творчо-пошукові завдання, практика, НДРС) – студент виконує реальні дослідницькі і практичні функції.

Як перехідні від однієї базової моделі до іншої виступають усі інші форми (проміжні): лабораторні та практичні заняття, імітаційне моделювання, аналіз конкретних виробничих ситуацій, розігрування ролей, спецкурси, спецсемінари та ін.

Дамо коротку характеристику кожній із форм навчальної діяльності.

В нашому експерименті ми дотримувалися вимог контекстного навчання і певну частину навчального процесу займали лекції, що використовувалися у навчальному процесі медичного університету. Це основна форма передачі великого обсягу систематизованої інформації як орієнтованої основи для самостійної роботи студентів. Саме на лекціях закладалися першочергові наукові знання про медичну професійну культуру. Студенти отримували об'ємний теоретичний матеріал морально-професійного характеру, попередньо структурований викладачем. Це допомагало студентам орієнтуватися в сучасному інформаційному просторі та різноманітті складних етичних понять.

Під час роботи над формуванням професійного мислення студентів був використаний матеріал з історії медицини щодо діяльності кращих лекторів: С. Боткіна, А. Вишневського, В. Войно-Ясеницького, В. Воячека,

І. Давидовського, М. Єланського, М. Мудрова, В. Оппеля, М. Пирогова, В. Покровського, М. Скліфосовського та інших.

Контекстні лекції використовувалися нами в таких випадках: під час характеристики нових напрямів у науці, котрі не встигли увійти в підручники; у випадках, коли необхідна корекція матеріалу, описаного в підручниках; для презентації різних наукових підходів.

У процесі дослідження використовувалася *контекстна лекція*, спрямована на трансформацію професійної самосвідомості та професійної позиції, деонтологічне виховання особистості, формування усвідомленого ставлення до професійної підготовки. Були визначені переваги такої лекції: творче безпосереднє спілкування лектора з аудиторією, співтворчість, емоційна взаємодія, економний спосіб залучення студентської аудиторії до нових досягнень науки, спосіб мотивації до самостійної роботи. Наприклад, «Групи крові. Переливання крові», «Травми опорно-рухового апарату і м'яких тканин», «Перша допомога», «Будова тіла людини», «Інфекційні захворювання», «Серцево-судинна система», «Травна система. Гастрит», «Імунна та ендокринна система», «Нервова система», «Хвороби нирок», «Вагітність», «За захворювання вуха», «Respiratory system», «Cardio-vascular system», «Digestive system», «Endocrine system», «Immune system».

Враховувалися такі критерії продуктивності контекстної лекції у вищій медичній освіті: науковість, інформативність, доказовість, аргументованість змісту, наявність яскравих, переконливих прикладів, фактів; переважне використання проблемної форми подання матеріалу; чітка структура та логіка його розкриття; методична грамотність – постановка мети та актуалізація проблеми, виокремлення головного та другорядного, самостійність висновків, використання зворотного зв'язку, роз'яснення, запис нових термінів, використання засобів наочності та інформаційно-комунікаційних технологій; емоційна взаємодія з аудиторією, створення умов для активізації мислення, використання парадоксальних прийомів, ефекту новизни, цікавості, елементів дискусії, постановка запитань

дослідницького характеру й залучення студентів в «лабораторію» клінічного мислення; наявність у змісті гуманітарних цілей і цінностей. Ми виходили з того, що пріоритет гуманістичних цінностей розвитку особистості, увага до тих психолого-педагогічних умов, котрі необхідні для саморозвитку, для актуалізації кращих властивостей особистості, спонукають викладацький склад медичних навчальних закладів до пошуку нових лекційних форм. До таких новацій ми відносимо лекції контекстного типу: проблемну лекцію, лекцію удвох, лекцію-візуалізацію, лекцію із завчасно запланованими помилками, лекцію-конференцію, лекцію-консиліум.

Ефективною щодо формування професійної культури сімейного лікаря виявилася *контекстна проблемна лекція*, котра в цілому пов'язана з творчим навчанням і вмінням викладача створити проблемну ситуацію. Для контекстної проблемної лекції характерними є створення дискусійної ситуації, її актуалізація, подання нового матеріалу у вигляді проблемної задачі, пошук засобів для її вирішення, слідування крок за кроком до поставленої мети як до своєрідного відкриття. Наприклад, «Охорона здоров'я в країнах, мова яких вивчається», «Страхова медицина в Україні та за кордоном», «Раціональне харчування», «Лікарські рослини», «Антибіотики», «Перша допомога», «Медичне обстеження», «Медична етика», «Вітаміни», «Альтернативна медицина», «At the therapeutic department», «Human body», «Vitamins», «Polyclinic», «Higher medical education in Great Britain».

Зауважимо, що процес пізнання у студентів під час такої лекції наближався до пошукової, дослідницької діяльності. Лектор передбачав також умови для переходу в подальшому від навчально-пізнавальної до навчально-професійної діяльності на практичному занятті. За ступенем залучення студентів у вирішення тієї чи іншої задачі підвищувався рівень контекстної проблемної лекції: студенти відстежували та аналізували, в чому полягають протиріччя, активно долучалися до пошуку способів вирішення проблем. А це свідчить про стійкий зворотний зв'язок, відсутність якого є основним недоліком інформаційної лекції. Тому можна говорити про

відповідність контекстної проблемної лекції вимогам діалогового (інтерактивного) навчання. Методика була використана та адаптована з літературного джерела [276, с. 367].

В медичному університеті на доклінічному етапі навчання, коли ефективно реалізується принцип наочності, ми використовували *контекстну лекцію-візуалізацію*, котра становить систематизовану, методично оброблену усну інформацію, перетворену у візуальну форму, що слугує основою для формування розумових дій і понять, для кращого осмислення студентами етапності їхньої обробки. Власне така лекція зводиться до коментування підготовлених візуальних (або аудіовізуальних) фрагментів. Завданням викладача є створення умов для систематизації студентами наявних матеріалів, засвоєння ними інформації, розуміння причинно-наслідкових зв'язків, вирішення проблемних ситуацій, вибору різних способів візуалізації (натуральні об'єкти, рисунки, схеми та ін.) Наприклад, «*Роль латинської та давньогрецької мов у становленні сучасних термінологічних систем*», «*З історії латинської мови*», «*Гуманістична традиція живої латини*», «*Золотий вік латинської мови: Цицерон, Цезар, Вергілій, Горацій, Овідій*», «*Латинські крилаті вислови*», «*Латинізми в лексиці європейських мов*», «*Слава латинського походження в українській мові*», «*Medicine in ancient Egypt*», «*The names of instruments, devices, derived from Latin and Greek languages*», «*Latin names of diseases in East Africa*».

Однією з форм роботи, що використовувалися, була *контекстна лекція удвох*, яка використовувалася нами як спроба інтеграції наукового матеріалу різних дисциплін під час розгляду більш складних проблем. Наприклад, у Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова накопичений позитивний досвід читання таких лекцій викладачами кафедр іноземної мови та фахових дисциплін. Контекстна лекція удвох моделює реальну ситуацію обговорення теоретичних і практичних питань двома фахівцями у формі діалогу. Наприклад, «*Походження медичних символів*», «*Міфологія і сучасність*», «*Гомеопатія – науково-обґрунтоване мистецтво*

зіллення», «Незвичайні випадки зіллення», «Зв'язок людини з навколишнім середовищем», «Латинські афоризми. Сентенції», «Латинська мова та медицина», «Використання рослин в лікарських зборах», «Значення латинської та грецької мов для розуміння анатомії», «Латина – мова науки та філософії», «Latin in medical field», «Brief review of the history of anatomical terminology», «Indian ayurvedic herbs and their Latin names».

Помічено, якщо темою лекції є дискусійний матеріал, наприклад виявляються точки зору фахівців різних наукових шкіл, то необхідно дотримуватися вимог, притаманних такому різновиду дискусії (погляди учасників дискусії відтворюють професійну культуру); можливе залучення до такого діалогу студентів із уточненням їхнього відношення до обговорюваного матеріалу.

Досвід переконливо доводить, що ефективними щодо формування професійного мислення майбутніх сімейних лікарів виявилися контекстні лекції удвох, за умови, що лектори володіють інтелектуальною та особистісною сумісністю, демонструють розвинені комунікативні вміння, здатність до мобільності під час обговорення та до вміння швидко генерувати нові ідеї та обґрунтовувати їх значимість. Така форма проведення заняття актуалізує наявні у студентів навички діалогічного спілкування, сприяє глибокому та всебічному розумінню проблеми, їх зв'язку із практикою.

З цікавістю була сприйнята студентами *контекстна лекція із завчасно запланованими помилками*, вона довела можливість реалізації різних функцій, важливих для формування професійного мислення студентів: мотиваційної, діагностичної та контрольної у їхньому поєднанні. В медичному навчальному закладі матеріалом для подібної лекції можуть стати лікарські помилки (діагностичні, етичні та ін.). Підготовка такої лекції передбачала включення певної кількості помилок. Студентам пропонувалося знайти їх та обґрунтувати правильну відповідь. Ця форма проведення заняття мотивовано спонукала студентів до уважного слухання, а лектору дозволяла оцінити ступінь розуміння ними навчального матеріалу.

Найбільша кількість студентів долучилася до участі у *контекстній лекції-консиліумі (конференції)*. Алгоритм такої лекції передбачав такі етапи: постановка студентами питань на основі заздалегідь прочитаного тексту підручника; включення в текст лекції відповідей на поставлені студентами питання; аналіз відповідей. Такі лекції проводилися на початку певного циклу занять для виявлення потреб, інтересів, можливостей, установок студентів; в кінці – для систематизації та підведення підсумків, уточнення подальших перспектив роботи; в середині – для мотивації, створення атмосфери співпраці та уваги до проблем студентів. Наприклад, «*Медицина XXI століття*», «*Життя в Чорнобильській зоні*», «*Профілактика тютюнопаління*», «*Розвиток дитини*», «*Інноваційні технології в медицині*», «*Нетрадиційна медицина: за і проти*», «*Головний мозок*», «*Endocrine system*», «*Health service in the USA*», «*Cardio-vascular system*», «*Digestive system*».

Важливу роль у формуванні професійного мислення майбутніх лікарів, як показало дослідження, відігравали *семінарські заняття контекстного типу*. Головними відмінностями семінарів від інших видів навчальної діяльності у вищому медичному навчальному закладі є дискусійна форма їх проведення і велика самостійність студентів, можливість прояву особистих якостей. За способом і характером організації використовувалися семінари, котрі проводилися у формі «*круглого столу*» або «*мозкового штурму*».

Був розроблений та впроваджений *факультатив*, на якому увага приділялася питанням лікарської етики, характерної для кожного періоду розвитку медицини. *Перше заняття було присвячене особливостям медицини Стародавнього світу*. Студентам було запропоновано роздатковий матеріал, котрий містив основні положення лікарської етики різних країн (Індії, Греції, Київської Русі). Опрацювавши дану інформацію, студенти відповідали на такі запитання: *Які загальні положення лікарської етики в різних країнах? Які положення етичних канонів відображають гуманне ставлення до пацієнтів? Якими рисами характеру повинен володіти*

справжній лікар? Чи вважаєте ви, що в основі всіх етичних канонів лежить принцип гуманізму? Чому? Як ви вважаєте, яких правил і принципів лікарської етики, вказаних у стародавніх канонах, повинен дотримуватися сучасний лікар?

Продовжуючи розмову про моральність медичного працівника, було поставлене запитання: *які відомі «крилаті вислови» про лікарів ви знаєте?* Далі пропонувався список висловлювань відомих лікарів, письменників, філософів, політичних діячів минулого та сьогодення про те, яким повинен бути справжній лікар. Аналіз «крилатих висловів» сприяв усвідомленню значущості моральності лікаря, його особистісних якостей для майбутньої професійної діяльності.

Викладач цілеспрямовано підводив студентів до того, що такі моральні якості, як гуманність, милосердя, толерантність і т. ін. є не абстрактними категоріями лікарської етики і деонтології, а знаходять реальне втілення у взаєминах лікаря з хворим, є невід'ємною частиною його роботи та показником високого професіоналізму медичного працівника.

Під час бесіди про моральну сутність лікарської професії було відзначено, що у різні часи випускники медичних шкіл та університетів, коли розпочинали професійну діяльність, давали клятву, котру повинні були зберігати протягом усього життя. Студентам було запропоновано вивчити відомі клятви: проповідь, наведену в *«Чарака самхіті»*, *«Клятву Гіппократа»*, *«Клятву лікаря України»*, вибрати з них найбільш оптимальні фрази і співвіднести їх з запропонованими нижче канонами лікарської етики: лікарський такт, лікарський обов'язок, лікарська таємниця, гуманне ставлення до людини.

На другому занятті з теми *«Медицина середніх віків і епохи Відродження»* розглядалися питання надання медичної допомоги, характерні для того часу. Зокрема, на картках були запропоновані деякі факти, що відображають особливості організації перших лікарень у середньовіковій Європі й Київській Русі. Майбутнім лікарям було запропоновано визначити:

загальні риси, котрі характеризують перші лікарні Середньовіччя; основну мету їхньої організації; мотиви людей, які працювали у них; подібності та відмінності середньовікових і сучасних медичних закладів. Підводячи підсумки, було відзначено, що в основі створення перших лікарень було не лише надання лікарської допомоги хворому, а й бажання прихистити, допомогти, підтримати у складній ситуації, тобто ідея християнської благодійності.

На третьому занятті, присвяченому періоду Нового часу, акцентувалася увага студентів на деонтологічній складовій медичної професії, були наведені приклади героїчних вчинків лікарів XIX, XX століть, здійснених задля хворої людини. Студентам пропонувалося відповісти на запитання: *Чи вважаєте ви, що кожен випадок є істинним лікарським вчинком? Як ви вважаєте, в ім'я чого лікарі та сестри милосердя принесли себе в жертву? Чи є такі вчинки проявом гуманізму? Чому? Чи готові ви пожертвувати чимось заради своїх пацієнтів?*

Завершенням факультативу було заняття, організоване у формі науково-практичної конференції, на котрому узагальнено етапи розвитку медицини, виявлено її гуманістичну сутність в окремих аспектах: *«Великий Гіппократ та його спадщина», «Гіппократів збірник»; «Авіценна та його робота «Канон лікарської науки»; «Народна, монастирська, професійна медицина Київської Русі»; «Земська медицина»; «Медицина у роки Другої світової війни»; «Права пацієнтів, відповідальність медичних працівників».* Результати факультативу з історії медицини сприяли усвідомленню моральної сутності лікарської професії, як одного з аспектів професійної культури. Майбутні студенти вчилися аналізувати та порівнювати історичний матеріал професійно-культурного характеру, грамотно вести наукову дискусію.

Контекст майбутньої професійної діяльності сімейних лікарів створювали *ситуаційно-рольові або ділові ігри*. Це засвідчило, що з точки зору контекстного навчання інформація давалася з урахуванням

особливостей майбутньої професійної діяльності. Таким чином, одним із основних принципів контекстного навчання є принцип послідовного моделювання в навчальній діяльності студентів цілісного змісту, форм і умов професійної діяльності фахівців.

У процесі реалізації першої педагогічної умови використовувалися *ситуаційно-рольові або ділові ігри*, суть яких полягала в імпровізованому створенні ситуацій, моделюючих деяку типову діяльність, вирішення проблем, що виникали у процесі цієї діяльності. Ми враховували думку А. Вербицького про те, що ділова гра як метод контекстного навчання вносить у навчально-виховний процес нову якість відповідно до таких своїх особливостей: системного змісту навчального матеріалу, відтвореного в імітаційній моделі професійної діяльності; відтворення структури і функціональних ланок майбутньої професійної діяльності в ігровій навчальній моделі; наближення обстановки навчального процесу до реальних умов породження в знаннях і їх практичному використанні [59, с.78].

Використовувалися також ділові ігри із запропонованим сценарієм та рольові ігри вільної імпровізації на задану тему. В першому випадку пропонувалися зразки діяльності відповідно до етапів, допускалися можливі варіанти стану об'єкту імітації (в клінічних ситуаціях – пацієнта або його родичів) залежно від характеру дій гравців (правильних чи помилкових). Для кожного з таких варіантів наявні відповідні форми поведінки (стану) залежно від прийнятих послідовних рішень і т. ін.

Наведемо приклади ділових ігор, котрі ми використовували під час нашого формувального експерименту: *гра «Лікар – пацієнт»*; *вікторина «Що? Де? Коли?»*. Алгоритм такої гри включав: обговорення студентами інформації, прийняття спільного рішення, яке ведучий оголошує як розв'язку-інформацію про зміни у стані хворого. На кожному етапі такої гри в послідовному чи довільному порядку роль лікаря доручається різним студентам, програється ситуація в мікрогрупах із подальшим обговоренням.

Гра «Консиліум» використовувалася з метою вироблення професійних умінь ведення компетентного діалогу щодо визначення діагнозу й алгоритму лікування хворого із розподілом ролей між студентами; у кожній ролі послідовно виступали декілька студентів. Наприклад, *«Попередній діагноз»*, *«Алергічна реакція»*, *«Харчові отруєння»*. *Комплексні ігри* на теми *«Відділення лікарні»*, *«Поліклініка»*, *«Стаціонар»*, *«Санітарно-епідеміологічна станція»* і т. ін. Подібні ігри використовувалися протягом усього навчального процесу. Їх особливістю була близькість до управлінських ігор з урахуванням медичної специфіки.

Зацікавленість та активність студентів виявлялися під час участі у рольових іграх без жорсткого сценарію, котрі не мали чітких еталонів дій і були адаптовані до умов навчання у вищому навчальному закладі, наприклад, варіант «психодрами» Дж. Морено. Ця методика розрахована не стільки на формування конкретних професійних знань, скільки на набуття комунікативних умінь і навиків, емоційного досвіду. Учасникам гри надавалася можливість без чіткого сценарію зіграти роль, обрану з реального життя (наприклад, розігрування різних психологічних ситуацій спілкування лікаря з хворим).

Нами розроблена і успішно використовувалася ділова гра *«Роль сімейного лікаря у пропагуванні та формуванні здорового способу життя сім'ї»*. На такому занятті відбувався контроль початкового рівня знань студентів, деякі види самообстеження й безпосередньо сама ділова гра, в якій розподілялися ролі членів сім'ї та медичного працівника, а потім пророблялися в групі різні фактори, котрі впливають на здоров'я сім'ї, включаючи спосіб життя, характер роботи, вікові особливості і т. ін. В кінці обов'язково проводилося обговорення підсумків гри.

Зауважимо, що *науково-дослідна робота студентів* (НДРС) передбачає навчання майбутніх медиків навичкам наукових досліджень та формуванню професійного мислення. Така форма роботи є найбільш ефективною для розвитку загальнонаукових здібностей студентів, розширення теоретичного

світогляду та наукової ерудиції, оволодіння методами наукового пізнання. НДРС ми зреалізовували через роботу студентів у студентських наукових гуртках; проблемних групах; участь у дослідженнях; участь у загальноуніверситетських науково-практичних конференціях тощо.

Доведено, що усі ці форми дозволяють організувати контекстне навчання, в якому послідовно моделюється предметний і соціальний зміст професійної діяльності майбутніх лікарів (предметний і соціальний контексти). Таким чином, майбутня професійна діяльність відтворюється у вигляді моделі діяльності фахівця: опис системи її основних професійних функцій, проблем і задач. Моделювання предметного та соціального контекстів майбутньої професійної діяльності у формах пізнавальної діяльності надає навчання особистісного змісту. С. Рубінштейн писав: «Для того, щоб студент по-справжньому включився в роботу, необхідно зробити поставлені в процесі навчальної діяльності задачі не лише зрозумілими, але й внутрішньо прийнятними, щоб вони набули значущості...» [270, с. 81].

Зауважимо, що контекстне навчання студентів-медиків необхідно застосовувати не епізодично, а системно, що буде гарантувати досягнення поставленої мети.

Позитивним прикладом використання методів контекстного навчання слугує досвід Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. До найбільш ефективних форм роботи щодо формування професійного мислення майбутніх сімейних лікарів можна віднести: використання ділових ігор на заняттях із дисциплін гуманітарного циклу; використання нестандартних форм занять (заняття-аукціон, заняття-лотерея та ін.); створення лекторської групи та участь студентів у волонтерському русі Вінниччини; створення навчальних фільмів із дисциплін клінічного циклу; проведення об'єктивних тренувань за участі студентів старших курсів у ролі лікарів і студентів молодших курсів у ролі статистів.

2.3. Забезпечення суб'єктного включення студента в навчальну діяльність на основі ситуаційно-контекстного підходу

Одним із напрямків вдосконалення системи підготовки фахівців у вищій школі визнано становлення суб'єктності студента в освітньому процесі вищого навчального закладу. Варто зауважити, що ця задача є міждисциплінарною й потребує інтеграції зусиль багатьох фахівців: педагогів, психологів, соціологів та ін.

Найбільш систематично та послідовно проблема суб'єкта розробляється в науці на методологічній основі діяльнісного, а точніше, суб'єктно-діяльнісного підходу. Його сутність С. Рубінштейн виражає таким чином: «суб'єкт у своїй діяльності, в актах своєї творчої самодіяльності не лише виявляється та проявляється, але в них визначає та створює себе. Тому тим, що він робить, можна визначати те, що він є; напрямком його діяльності можна визначати й формувати його самого. На цьому лише ґрунтується можливість педагогіки» [270, с.156].

На думку багатьох дослідників, суб'єктність як інтегральна якість особистості розкриває спрямованість розвитку людини на вдосконалення, на його вершину – «акме». Суб'єктність розвивається в практичній діяльності. Основою формування суб'єктності, суб'єктної позиції особистості є її активність, здатність до організації життя. Ідея суб'єктності в професійній освіті орієнтує викладачів на створення для кожного студента індивідуальних умов, які здатні забезпечити цілісність і результативність процесу його особистісно-професійного розвитку. При цьому організаційна структура, технологія конструювання й реалізації навчального процесу набувають гуманістичної спрямованості.

Для обґрунтування цієї педагогічної умови доречною є характеристика психологічних категорій «суб'єкт», «суб'єктність», «становлення суб'єктності» в предметному полі педагогіки професійної освіти. Категорію «суб'єкт» ми використовуємо в її основному значенні – як «носії предметно-практичної активності й пізнання, що змінює інших людей і самого

себе» [148, с.144]. Суб'єкт (студент) – це особистість, здатна до самоорганізації й саморегуляції своїх дій і вчинків у навчальному процесі. У літературі виокремлено два напрямки, в межах яких розвивається суб'єктний підхід. В першому «суб'єктність» і «суб'єктна позиція» розглядаються як мета навчання. В контексті другого напрямку розвитку «суб'єктність» студента, його суб'єктна позиція розглядається як необхідна умова продуктивності освітнього процесу [285, с.187].

Ми виходили з того, що суб'єктність – це системна якість студента, який оволодіває різними новими видами й формами діяльності та соціальних відносин, володіє індивідуальним комплексом особистісно-психологічних функцій, що визначають і відображають результативність здійснюваної діяльності, детермінують його сутнісну, інтегральну характеристику – загальну здібність до усвідомленого, самостійного, цілеспрямованого, саморегульованого перетворення початкових здібностей і властивостей у соціально-значущі та професійно-важливі якості [285, с. 201]. Суб'єктність студента виявляється в його навчально-пізнавальній діяльності, спілкуванні, самопізнанні. Відчуття суб'єктності для студента полягає в усвідомленні значущості власної ролі у досягненні успіху.

Для організації дослідницької роботи важливим є аналіз сутнісних характеристик суб'єкта та суб'єктності, який дозволив в якості основних функцій студента як суб'єкта діяльності виокремити такі: самопізнання, самореалізація, самоствердження, самооцінка, саморегуляція, самодетермінація, самоактуалізація.

У процесі реалізації другої педагогічної умови ми зважали на різні думки науковців щодо суб'єктності студента у навчальному процесі. Оскільки особистісно-професійний розвиток студента у вищому навчальному закладі безпосередньо пов'язаний із процесом навчання і стає можливим за наявності взаємодіючих суб'єктів, слід зауважити, що воно було використано як «розширення можливостей особистості», як управління процесом розвитку особистості, а не як вплив на неї [14, с. 210]. Відповідно, навчання

можна розглядати як механізм цілеспрямованого педагогічного управління процесом суб'єктного перетворення студентів. Було враховано, що загальним принципом педагогічного управління, як стверджує В. Якунін, повинно стати переведення студентів із споглядальної та виконавчої позиції в позицію активного суб'єкта діяльності [324, с. 231].

У практичній роботі враховувалися такі аспекти становлення суб'єктності студента в навчальному процесі вищого навчального закладу: соціально-професійний (ідентифікація з соціокультурним і професійним оточенням, прийняття його цінностей, осмислення соціального та професійного значення навчання як інструменту, що сприяло засвоєнню суспільного досвіду, норм, правил, традицій); індивідуально-ціннісний (розкриття й розгортання самостійності студента в діяльності, його змістово-результативних і процесуально-динамічних характеристик); операційно-діяльнісний (досягнення гармонійного поєднання соціально-професійного та індивідуально-ціннісного, синхронізація педагогічної діяльності викладача й особистісно-професійного розвитку студента через сукупність способів, форм організації їхньої взаємодії) [238, с. 46].

Робота щодо забезпечення суб'єктного включення студента в навчальну діяльність на основі ситуаційно-контекстного підходу здійснювалася в такі етапи: адаптація до умов медичного університету, прийняття нового соціального статусу; ідентифікація з вимогами навчальної, навчально-професійної діяльності; самореалізація в освітньому процесі; самопроекування професійного становлення. На першому етапі домінувало активне пристосування студента до нових умов, вимог університету, усвідомлення своїх функцій, обов'язків і прав. Другий етап був спрямований на засвоєння та виконання студентом-медиком своєї соціальної ролі та сприяв підготовці до майбутньої спеціалізації. Третій етап полягав у цілеспрямованому формуванні особистісних якостей, професійних умінь, зокрема, професійної культури. Сутність четвертого етапу полягала в прояві суб'єктності студента, щодо формування професійно-значущих якостей.

Досліджуючи процес становлення суб'єктності майбутнього лікаря у медичному університеті, слід звернути увагу на те, що розкриття та реалізація студентами своїх потенційних можливостей є фактором його особистісно-професійного розвитку.

Реалізацію даної педагогічної умови ми здійснювали за допомогою таких методів активного навчання: *метод асоціативного навчання, контекстні ситуації (кейс-методи), особистісно-орієнтовані ситуації, професійне позиціонування (власна позиція щодо ситуації)*.

Важливість для нашої роботи асоціативного методу навчання полягала в опорі на випадкові асоціації, що виникали у свідомості студентів як зорові образи відносно явищ, термінів, понять, предметів. Використання методу асоціацій дозволило навчити студентів знаходити зв'язок між абстрактними категоріями моралі та реальним життям, сприяло засвоєнню професійних та гуманістичних термінів і понять у їхньому взаємозв'язку з навколишнім світом, усвідомленню значення основних моральних норм і принципів поведінки у повсякденних взаєминах між людьми.

Наприклад, на заняттях з латинської мови проводився «*аукціон ідей*», де було втілено *метод асоціацій*. Алгоритм роботи: розподіл студентів на команди; демонстрація на екрані ілюстрацій до запитань, які є лотами; рефлексія дії студентів. Таке заняття завжди емоційно насичене, оригінальне подання завдань стимулює ініціативу та мисленнєву активність студентів, використання методу асоціацій сприяє закріпленню пройденого матеріалу, спілкування в групі і з пацієнтом сприяє формуванню професійної мови.

Ефективним щодо забезпечення суб'єктного включення студента в навчальну діяльність на основі ситуаційно-контекстного підходу виявилось використання «*Кейс – стаді*» (від англ. «*case – study*» – «вивчення випадку») – методу активного проблемно-ситуаційного аналізу шляхом розбору конкретних медичних випадків (кейсів). Кейси базуються на реальному фактичному медичному матеріалі. Натрапляючи на конкретну

медичну ситуацію, студент аналізував, з'ясовував суть проблеми, пропонував можливі розв'язки. Аналізуючи кейси, майбутні сімейні лікарі навчалися приймати рішення, керуючись своїми знаннями та вищими моральними принципами; накопичували досвід соціально-корисної поведінки; формували певну громадську позицію; гуманістичні установки.

Ефективність використання кейс-методу вимагала врахування основних ключових факторів кейсу: джерело (пацієнт у відділенні реанімації, проблеми якого повинні вирішити студенти на етапах реанімації та інтенсивної терапії); процес збору даних (студент збирає інформацію про те, що сталося від пацієнта, частіше від родичів); зміст (констатація та обґрунтування прийнятих рішень); перевірка в аудиторії (заключна оцінка, що стосується використання рішень).

Класифікація кейсів, використаних у дослідженні, наведена в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Класифікація кейсів

1.	Ілюстративні навчальні ситуації.	Кейси, мета яких – на певному практичному прикладі навчити студентів алгоритму прийняття правильного рішення в певній ситуації.
2.	Навчальні ситуації – кейси з формулюванням проблеми.	В таких кейсах описується ситуація в конкретний період часу, виявляються та чітко формулюються проблеми, мета такого кейсу – діагностування ситуації та самостійне прийняття рішення щодо вказаної проблеми.
3.	Навчальні ситуації – кейси без формулювання проблеми.	Описується більш складна ніж у попередньому варіанті ситуація, де проблема чітко не виявлена; мета такого кейсу – самостійно виявити проблему, вказати альтернативні шляхи її вирішення з аналізом наявних ресурсів.

4.	Прикладні вправи.	В таких кейсах описується конкретна ситуація, пропонується знайти шляхи виходу з неї; мета такого кейсу – пошук шляхів вирішення проблеми.
----	----------------------	--

Під час підготовки кейсів матеріалом для «case studies» використовували історії хвороби конкретних хворих. До кожної історії хвороби розроблялися завдання чи запитання. Наприклад, *оцініть за наявними даними, на якій стадії патогенезу знаходиться хворий в такий-то день перебування в стаціонарі. Введення в ситуацію передбачає клінічний розбір.* Наприклад, *до страхової компанії надійшла скарга від пацієнта щодо неякісного лікування і вам доручили перевірити адекватність проведеної терапії. Виступивши в ролі експерта, провівши аналіз документації, студент буде більш ретельно й відповідально підходити до оформлення історії хвороби в подальшому. І навіть якщо змінилися протоколи ведення хворих із конкретною нозологією, аналізуючи історію хвороби студенти можуть порівнювати схеми лікування.*

Ефективним різновидом кейс-методу став *сюжетний кейс*, що зреалізовувався як ситуаційна вправа, спрямована на прийняття рішення. Він будувався на реальній події (наприклад, *пацієнт в реанімації*), в центрі якої лікар. Сюжет події викладався послідовно: від минулого до сьогодення, що дозволяло виявити причинно-наслідкові зв'язки. Стиль ситуаційної вправи розповідний, об'ємом кілька сторінок. Кейс містив вихідні дані, виділення та оцінку проблем, вирішення проблем, висновки, підведення підсумків. Обов'язково вказується список літератури, включається історія хвороби, план догляду за хворим, навчання пацієнта та його сім'ї.

Ситуація складалася відповідно до теми і мети заняття, містила проблемний матеріал. Робота студентів велася індивідуально чи методом малих бригад. В межах позааудиторної самостійної роботи студентам пропонувалося вивчення ситуації, розроблення варіантів її рішення. Аналізуючи ситуацію, студенти відповідали на запитання: *«Яка правильна*

тактика лікаря в даній ситуації?», *«Що стало причиною виникнення критичної ситуації?»*, *«Хто є учасником ситуації?»*, *«Якими повинні бути дії лікаря? Чому він має зробити саме так, а не інакше?»*. Під час обговорення різноманітних пропозицій створювалася атмосфера спільної творчої діяльності студентів та викладача.

Суб'єктна позиція студента формувалася також під час вирішення *особистісно-орієнтованих ситуацій*. Загальний підхід до проведення таких завдань був взятий з літератури та адаптований до роботи із майбутніми сімейними лікарями. Доведено, що ці завдання слугують навчальними проблемами, котрі сприяють можливості створення для того, хто навчається, особистісної дії, а саме: побачити себе у спілкуванні з іншими, оцінити свої дії і досвід, розробити життєву програму тощо [152, с. 2]. Дамо коротку характеристику деяких особистісно-орієнтованих ситуацій, які були використані: *ситуація-проблема* (задаємо студентам реальну проблему, яка потребує оперативного вирішення. Цей метод вдалий тим, що за допомогою подібної ситуації можна виробити вміння з пошуку оптимального рішення); *ситуація-оцінка* (студентам пропонується реальна ситуація з готовим рішенням, причому, не завжди правильним, яке слід оцінити «правильно»-«неправильно», прокоментувати та запропонувати своє рішення); *ситуація-ілюстрація* (студентам демонструється фотографія, ілюстрація чи слайд пацієнта з деяким захворюванням. Перед студентами стоїть завдання: поставити попередній діагноз за знайденими симптомами і прокоментувати своє рішення).

Наприклад, на заняттях з латинської мови ми використовували гру *«Хто точніше?»*: *Мета гри: формування навиків і вмінь лексико-граматичного оформлення мовного висловлювання. Хід гри: група поділяється на 2 команди. Викладач пропонує їм уважно подивитися малюнок, на якому зображено грудний хребець, а потім, не дивлячись у книгу, розповісти його будову. Перемагає та команда, котра точно описала*

даний предмет, використавши при цьому різноманітні граматичні конструкції (що з чого складається; що включає в себе і т. ін.).

Професійну спрямованість контекстної діяльності найбільшою мірою забезпечували різноманітні методи, зокрема: метод «аналізу історій хвороб», мета якого нами була визначена у такий спосіб: виробити вміння вдумливо читати, виявляти головне й другорядне, прогнозувати рішення в конкретній ситуації. Дії за алгоритмом, за інструкцією, за стандартом: у студентів виробляється вміння діяти відповідно до нормативних документів. Для цього додається ситуація і нормативний документ (наприклад, інструкція, методика проведення маніпуляції). Студенти або самі пропонують рішення, опираючись на нормативні документи, або аналізують завчасно запропоноване рішення, погодившись із нормативами.

З такою ж метою використовувався метод «динамічних задач», в основі якого ситуація із медичної практики, описана детально з урахуванням непередбачених обставин. Часткове вирішення ситуації вимагало додаткової інформації (наприклад, у пацієнта розвивається якесь ускладнення) і надалі проблема вирішувалася у динаміці розвитку медичної ситуації. Рішення динамічних задач розвиває клінічне мислення, вчить студентів оперативно приймати правильні рішення та наближає їх до майбутньої професійної діяльності.

Дещо особливим ми вважаємо метод «розігрування ролей» або «розігрування ситуації в ролях», оскільки вимагає певних здібностей. Метод використовувався таким чином: у вигляді інсценування створюється ситуація, надається можливість студентам оцінити дії, поведінку кожного учасника гри, проаналізувати помилки в діях медпрацівників під час надання допомоги. Такі ситуаційні задачі студенти вирішують в ігровій формі, коли один бере на себе роль пацієнта, а решта – лікарів. При цьому зміст обраної ситуації обирається типовим для клінічних випадків. Наприклад, під час вивчення розділу «Невідкладні стани», нами використовувався метод ситуаційного навчання. Як правило, студентська група розподілялася на

підгрупи по 3 студента. Кожна підгрупа отримувала ситуаційну задачу, в якій описувався пацієнт з клінікою тяжкого захворювання чи стану. Задача містила таку інформацію: скарги пацієнта, тривалість часу й обставини, за яких з'явилися скарги, динаміка стану пацієнта від моменту виникнення перших скарг до бесіди з лікарем, дані об'єктивного клінічного (неврологічного) обстеження. Перед студентами ставилася мета: обґрунтувати попередній діагноз, вирішити питання щодо госпіталізації, виконати невідкладні заходи, провести диференціальну діагностику з використанням запропонованих студентами додаткових методів дослідження й визначити тактику (послідовність і характер дій) лікаря в конкретному випадку.

Після завершення роботи з теми заняття один із учасників робив доповідь про результати роботи своєї підгрупи. Інші підгрупи виступали в ролі опонентів і слухачів доповідача, а потім оцінювали доповідь. Роль викладача полягала у спрямуванні бесіди чи дискусії, наприклад, за допомогою проблемних питань, в контролі часу роботи. Викладач узагальнював, пояснював, нагадував теоретичні аспекти чи давав посилання на відповідну літературу. Обговорення теми закінчувалося підведенням підсумків викладачем.

Практичному використанню отриманих знань сприяло виконання *творчих завдань*. Саме слово «творчість» визначається у тлумачному словнику як створення нових за задумом культурних або матеріальних цінностей, а відповідно, творчі роботи мають припускати створення нової інформації власними силами, власним інтелектуальним напруженням, а не лише засвоєнням готових знань.

Наведемо приклади таких робіт. Так, наприклад, в межах позааудиторної роботи студенти вивчали актуальні теми медицини, які не ввійшли в лекційний і практичний курс. Готували *усні доповіді з використанням мультимедійних технологій* на такі теми: «*Роберт Кох – видатний учений «золотого віку» мікробіології*», «*Епідеміологічна ситуація*

щодо захворювання бактеріальною дизентерією у Вінницькій області», «Особливості патогенезу та діагностики ревматизму та гломерулонефриту», «Практичне використання реакцій преципітації та зв'язування комплементу в клінічній мікробіології», «Кооперація клітин при різних формах імунної відповіді», «Використання пробіотиків у гастроентерологічній практиці. Історія створення, принцип використання».

Виконання перекладу наукової статті з англійської мови дозволяло студенту не лише поповнити знання з предмету, але й відчутти свою включеність у світову наукову спільноту. Студенту надавався вибір: використати запропоновану викладачем статтю чи ту, що зацікавила його самого з певної проблеми.

Уміння сконструювати, аналізувати, порівнювати навчальний матеріал вироблялися у студентів, коли виконувалися такі завдання: порівняти викладання теми, що вивчається, у різних вітчизняних і зарубіжних авторів та обґрунтувати свої пропозиції про найбільш доцільну форму подання матеріалу. Науковий коментар науково-популярних газетних і журнальних публікацій, вміння виявити помилку, аргументувати свою позицію сприяло самоактуалізації, самовизначенню особистості студента, розвитку критичності, самоповазі.

2.4. Розвиток клінічного мислення студента у процесі діалогічної взаємодії та проблемного навчання

Аналіз структури та змісту професійної культури в дослідженні співвідноситься з традиційними цінностями, розглядається як процес відтворення культурних зразків. Загальнолюдські цінності та ідеали, закріплені в культурних універсалах, забезпечують удосконалення суспільства. Професійна культура виявляється у нормах, правилах, традиціях, котрі відображені у мові, тому досліджувати їх потрібно через мову. Саме мова є сполучною ланкою між загальною культурою та

професійною культурою фахівця, починаючи з комунікативних засобів спілкування, закінчуючи логікою вибудовування спілкування.

Ще С. Боткін зауважував: «Ще раз переконавшись у тому, що студента не можна познайомити протягом усього викладання з усіма різноманітними проявами життя хворого організму, клініцист-викладач ставить собі першою задачею передати студентам той метод, керуючись яким молодий практик був би у змозі в подальшому самостійно приймати свої теоретичні лікарські відомості до хворих пацієнтів у майбутній практичній діяльності» [1, с. 76].

Головною характеристикою випускника медичного навчального закладу є його компетентність у поєднанні з умінням клінічно мислити. Формування навиків клінічного мислення є основною метою освітнього процесу в вищому медичному навчальному закладі. Лише здатність до прийняття самостійного рішення в конкретній клінічній ситуації, тобто вміння використовувати теоретичні знання в професійній діяльності, є основним критерієм готовності випускника до практичної роботи.

Для обґрунтування цієї педагогічної умови ми додержувалися положень М. Філоненка, який під клінічним мисленням розуміє специфічну розумову діяльність практичного лікаря, що забезпечує найбільш ефективне використання наукових теорій та власного досвіду для вирішення діагностичних і терапевтичних задач стосовно конкретного хворого [303, с. 57].

Ми виходили з того, що клінічне мислення має дві складові – специфічну, котра відображає саме медичні знання та вміння, і неспецифічну, логічну, що несе в собі всі закономірності продуктивного мислення. Розвиток клінічного мислення студентів медичного університету є вимогою сьогодення, логічним кроком розвитку педагогічної практики. Характерними особливостями є самостійна пізнавальна діяльність студентів і творче мислення як ключовий елемент результату навчання.

Ми переконалися, що набуття навиків клінічного мислення студентами-медиками повинно починатися максимально рано, з етапу його

першого знайомства з хворими, на циклах догляду за хворим і пропедевтики та продовжуватися на всіх клінічних кафедрах, незалежно від профілю майбутньої спеціальності. За такого розуміння мети навчального процесу зникає поділ професійних дисциплін на профільні та непрофільні, важливі та неважливі.

Організуючи практичну роботу, ми брали до уваги специфічні особливості клінічного мислення: рефлексію (здатність звертатися до основ діагностичних, лікувальних і профілактичних дій); змістові процеси аналізу та синтезу (здатність до виокремлення початкової генетичної основи патологічного процесу та відтворення цілісної клінічної картини конкретного захворювання); змістове планування (здатність до вибору оптимальних методів діагностики, лікування й профілактики захворювання; здатність до передбачення, прогнозування протікання та результату лікування, можливих варіантів розвитку певної хвороби тощо).

Ми впевнилися, що одним зі способів формування клінічного мислення є методика діалогічного проблемного навчання, основною ідеєю якого є розвиток творчих здібностей студентів засобами проблемних завдань (ситуаційні задачі, клінічні задачі, завдання пошуково-дослідницького характеру та ін.).

Саме тому в нашому дослідженні ми обрали третьою педагогічною умовою таку: *розвиток клінічного мислення студента у процесі діалогічно-проблемного навчання*. Основні форми реалізації цієї педагогічної умови: контекстуальні діалоги, брейн-ринг, метод проектів, аналіз лікарських задач, аналіз медичних (навчальних) проблем.

Обґрунтовуючи цю педагогічну умову, ми опиралися на аналіз наукових праць (Б. Ананьєв, М. Бахтін, І. Бех, М. Бубер, Л. Виготський, Ф. Дане, А. Маслоу, В. Мясіщев, Г. Олпорт, К. Роджерс, С. Рубінштейн, та ін.) щодо проблематики спілкування, яка посідає одне з провідних місць у структурі знань про людину. С. Братченко, Л. Бурман, Л. Кайдалова та ін.

доводять, що лише діалогічний підхід в освіті здатний забезпечити повноцінний розвиток особистості, її самоактуалізацію.

Ми погоджуємося, що важливою характеристикою гуманістично-орієнтованого педагогічного спілкування є *діалогічна взаємодія*. Однак така взаємодія не завжди реалізується через об'єктивні (економічні, політичні, соціокультурні тощо) та суб'єктивні причини (небажання перебудовувати звичні способи спілкування, моральна й практична неготовність до іншого типу відносин і т. ін.), тому необхідним є створення спеціальних умов, котрі би стимулювали людину до діалогу [51, с. 4].

Ми враховували, що діалогічна взаємодія – складне інтегративне системне утворення, котре включає в себе такі компоненти як: засвоєння студентами інформації, що орієнтує на діалог; засвоєння ціннісно-значущих умінь і присвоєння їх як системи позитивної установки на діалог; сходження до внутрішньої особистісної культури людини [284, с. 18].

Доведено, що особливого значення діалогічний стиль взаємодії набуває у медичному навчальному закладі, оскільки студенти-медики у своїй майбутній професійній діяльності, як правило, проєктують на пацієнтів той стиль спілкування, в просторі якого відбувається їхнє власне професійне становлення. Підготовка майбутнього лікаря в медичному університеті має ряд особливостей, однією з них є об'єктивна необхідність орієнтації підготовки майбутнього сімейного лікаря на міжособистісну взаємодію в професійній практиці з особливою категорією людей, тобто з хворими.

Встановлено, що найменшою мірою діалог можливий на етапі використання однозначно трактованого матеріалу, пояснення означень, на етапі контролю конкретних знань і вмінь. Тому, щоб забезпечити розуміння студентами навчального матеріалу, викладач повинен розкрити не лише значення того чи іншого елемента змісту освіти, але і його зміст у контексті з іншими елементами соціального досвіду: знаннями, вміннями, навичками, досвідом творчої діяльності та емоційно-ціннісних відносин. А контекстуальні змісти існують лише у сфері суб'єктивних відносин, тобто в

діалозі. Навчання, таким чином, є одним із видів комунікації, а викладач і студент виступають комунікаторами діалогічного за своєю природою відношення «викладач-студент» [179, с. 67]. Завдяки цілеспрямованому навчальному діалогу відбувається рух до власних відкриттів, розуміння сутності досліджуваного явища, відбувається коригування індивідуального сприйняття, що є кращим способом активізації пізнавальної діяльності та навчання із захопленням. Труднощів у навчанні успішно можна уникнути, використовуючи в навчальному процесі діалогічні методи. Такими, на наш погляд, є інтерактивні методи навчання, котрі відображають суть майбутньої професії та допомагають набутти професійно-важливих якостей.

Було підтверджено думку науковців, що діалог забезпечує активність студента, його самостійність і творчість, а також зумовлює гуманістичний тип стосунків між ним і викладачем. Міжособистісні відносини, котрі складаються на основі спільної діяльності та діалогу, є рушійними силами саморозвитку та самовдосконалення особистості студента [192, с. 48].

Для оптимізації діалогічної взаємодії в нашому дослідженні використовувалася спеціальна технологія конверсаторіїв, в основі якої форма спілкування між суб'єктами навчального процесу. Розробляючи технології конверсаторіїв, ми опиралися на систему викладання М. Пирогова. *Конверсаторій* – (від лат. «*conversatio*» – спосіб життя або дії; обходження, спілкування) одна з форм організації та реалізації діалогічної взаємодії в освітньому просторі, зокрема, на заняттях у медичному університеті. В процесі конверсаторіїв студенти вчаться спілкуватися один із одним, вдосконалюючи при цьому свою розмовну практику. Цікавою для студентів була історична довідка про те, що вперше на практиці в медичному університеті конверсаторії застосував М. Пирогов, коли почав читати лекції з топографічної анатомії та хірургії у Дерптському університеті. В межах історичного аналізу педагогічного досвіду М. Пирогова ми долучаємося до відродження ідей класичної вітчизняної педагогіки шляхом використання конверсаторіїв під час проведення занять, наприклад, з іноземної мови у

медичному університеті. На наш погляд, це набуває особливого значення у зв'язку з глобалізацією та інтернаціоналізацією вищої медичної освіти в контексті Болонського процесу [284, с. 13].

У процесі організації практичної роботи ми опиралися на основні характеристики цього методу. В основі конверсаторіїв лежить «сократівський спосіб навчання у вигляді бесід». Конверсаторії – це різновид співбесіди, дискусії, змістом яких є медицина, а процес пов'язаний із висуненням гіпотез, відстоюванням власної точки зору. Так, М. Пирогов стверджував, що специфічне, формуюче та виховне педагогічне спілкування викладача та студентів слугує підвищенню рівня підготовки студентів і допомагає надати заняттям у вищій школі статусу творчої діяльності. Позитивним було те, що конверсаторії передбачають взаємодію за моделлю двосторонньої комунікації та дозволяють суб'єктам взаємодії знаходитися на рівних паритетних позиціях. На конверсаторіях студенти мають можливість спілкуватися не лише з викладачем, але й один із одним. Роль педагога при цьому організуюча, спрямована, коригуюча. Необхідність використання конверсаторіїв узгоджується також із даними експериментальної психології, за якими засвоюється 10 % навчального матеріалу, прийнятого на слух, 50 % побаченого матеріалу і 90 % з того, що студенти зробили самі.

У процесі дослідження ми прийшли до висновку, що конверсаторії доцільніше проводити на заключному етапі, після вивчення певної теми чи курсу. В нашому дослідженні ми проводили конверсаторії на заняттях із іноземної мови. *Алгоритм роботи такий: викладач розподілив студентів на мікрогрупи по 3-4 чоловіка (випадковим чином). Кожна група отримала завдання до відповідного тексту. На виконання завдань відводилося 30-40 хвилин. Завдання передбачало професійно-адекватний переклад із англійської мови та мало творчий характер. Підведення підсумків письмової роботи здійснювалося групою експертів (по одному студенту з кожної мікрогрупи) за допомогою «ключа». Складність завдання визначалася за рівнем мовної підготовки групи: складання скороченого плану-переказу із*

відповідного циклу; відповіді на питання протилежної команди (брейн-ринг); мікро-конференція (питання можна адресувати будь-якому члену групи).

Слід зауважити, що крім основних знань із предмету, робота на конвєрсаторіях вимагала від студентів елементарних знань основ культури ведення діалогу. Для збереження діалогічних відносин студенти повинні були обов'язково дотримуватися низки правил взаємодії в мікрогрупі: довірчий стиль спілкування; взаємодія за принципом «тут і зараз»; персоніфікація висловлювань; щирість учасників діалогу; рефлексія.

На заняттях з іноземної мови окремі аспекти професійної культури, а саме взаємини лікаря та пацієнта, обговорювалися під час вивчення таких тем: *«Я – студент-медик», «Моя майбутня професія», «Вища медична освіта в Україні та за кордоном» і т. ін.* Вивчаючи тему *«Великі учені-медики України та світу», студенти аналізували біографію та діяльність видатних українських лікарів (М. Пирогов, Д. Заболотний та ін.) та зарубіжних (Гіппократ, Р. Кох, Ф. Найтингейл, А. Флемінг та ін.).* З метою формування у майбутніх сімейних лікарів мотивів навчання та самовдосконалення більшість практичних занять були організовані у формі захисту проектів. Студенти готували творчі проекти за темами: *«I am a medical student», «Our Academy», «My Future Profession», «A Famous Doctor (scientist)»* і представляли їх на занятті у формі мультимедійних презентацій, відеофільмів і т. ін. Творчий тип проекту вибирався з метою самовиявлення майбутніх лікарів, розвитку їхнього клінічного та творчого мислення, дослідницьких навиків. Викладач виступав у ролі організатора пізнавальної дослідницької діяльності студентів, її координатора, консультанта та помічника. На практичних заняттях з англійської мови здійснювалося цілеспрямоване формування діалогічних умінь і навиків майбутніх лікарів. Студенти розвивали вміння діалогічної мови, вчилися встановлювати контакт зі співрозмовником, коректно ставити запитання і т. ін. Навчаючи діалоговому спілкуванню, студентам пропонувалися мовні ситуації і відповідні їм діалоги-зразки, на основі яких майбутні лікарі складали власні

та презентували їх в аудиторії. Робота в парах і мікрогрупах сприяла формуванню у майбутніх лікарів навиків міжособистісного спілкування, співпраці, надання допомоги та підтримки одногрупникам.

Ефективному розвитку діалогічних умінь сприяла організація «дискусійних каруселей». Зокрема, на практичному занятті з теми «*My Future Profession*» студентам було запропоновано висловити власну думку щодо майбутньої професії. Акцентування переваг лікарської діяльності, її моральної складової допомогло студентам у котрий раз усвідомити власний професійний вибір, важливість і значущість професійної культури лікаря.

Формування у студентів ціннісного ставлення до майбутньої професії також сприяла організація «Інтелектуальних аукціонів» англійською мовою, під час яких акцентувалася увага на таких цінностях, як, здоров'я, гуманізм, милосердя, життя, співчуття, обов'язок і т. ін. З метою розширення етично-деонтологічного тезауруса майбутніх лікарів на практичних заняттях широко використовувалася групова форма навчання «*гортай словник*». Вилучаючи зі словника лексичне значення слів «*moral*», «*morality*», «*humane*», «*human*», «*humanism*», «*patient*», «*patience*» і т. ін., викладач пропонує студентам обговорити як слово, так і життєве явище, відображене в слові. Фінальне заняття з теми було організоване у формі науково-практичної групової конференції. Майбутнім лікарям було запропоновано підготувати доповідь про одного вітчизняного чи зарубіжного вченого, який зробив суттєвий внесок у розвиток медицини та етики.

Практична реалізація проблемного навчання здійснювалася шляхом створення викладачами проблемних ситуацій: запитань, задач та управління діяльністю студентів під час вирішення навчальних проблем. Включені були також інформаційно-комунікаційні технології, наприклад, використання створених програм, розповсюджених на дисках чи знайдених цікавих фактах, явищах у літературі, інтернеті тощо.

Розроблені нами проблемні заняття проводилися відповідно до логіки послідовно модельованих проблемних ситуацій шляхом постановки

проблемних запитань або проблемних задач, відеозадач або складених логічних ланцюгів, що вимагають активної пізнавальної діяльності студентів для їх правильної оцінки та вирішення.

Доведено, що проблемне навчання є особливо необхідним під час вивчення важливих тем навчальної дисципліни, що потребують розуміння, а не лише запам'ятовування, аналізу професійно значущого матеріалу (невідкладні стани, протиепідеміологічні, профілактичні заходи). У цих умовах позитивним є не лише правильне, але й швидке вирішення задачі. Повільне вирішення рівносильне невірному вирішенню, оскільки це може призвести до виникнення тяжких наслідків або навіть і втрати пацієнта. Зазвичай проблеми вирішуються в групах. Оскільки методика проблемного навчання є груповою, то це ще більше посилює її ефективність, отже, за матеріалами наукових досліджень, групові форми є найбільш результативними.

Проблемні задачі та проблемні ситуації ми також використовували і для контролю початкового та кінцевого рівня знань для підвищення якості професійної підготовки на практичних заняттях, оскільки проблемні ситуаційні задачі, розвиваючи клінічне мислення, максимально наближають майбутніх лікарів до вирішення задач, які виникнуть перед ним у його майбутній професійній діяльності.

Наведемо приклад задачі, що використовується під час контролю рівня знань студентів із теми «Дифтерія». Ми студентам пропонуємо уривок із твору М. Булгакова «Стальне горло»: *«В руках у неї був згорток, і він шипів, свистів. Коли мати розгорнула його, я побачив дівчинку трьох років. Я подивився на неї і забув про все через красу дівчинки. Очі сині, кінця краю не видно, щоки лялькові. Тільки страшна каламуть гніздилася на дні її очей, і я зрозумів, що це страх - їй нічим було дихати. Дівчинка була млява, пульс частий. Ямки втягувалися в горлі дівчинки при кожному подиху, жили надулися, а обличчя було легкого лілового кольору. Я одразу зрозумів у чому справа. Горло забито плівками і скоро закриється наглухо.*

- Скільки днів хвора дівчинка? – запитав я.
- П'ятий день – сказала мати.

Я наказав фельдшеру взяти дівчинку, котра стала битися і напевно хотіла кричати, але вже не могла. Мені вдалося зазирнути в горло дівчинки, в горлі було щось клеботливе, бліде, біле, рване. Дівчинка, раптом зітхнула, плюнула мені в обличчя, глухо закашлявши.

От що, сказав я – пізно. Дівчинка помирає і ніщо їй не допоможе, крім одного – операції».

Запитання: Назвіть автора та твір, уривок якого вам запропоновано. Який діагноз поставив лікар? Назвіть інформацію, котра дозволяє запідозрити це захворювання у дівчинки. Вкажіть, із яким захворюванням необхідно диференціювати цей стан дитини. Виявіть проблеми матері та дитини. Складіть план лікарських втручань на основну проблему. Продемонструйте основний метод діагностики й лікування цього захворювання. Підготуйте набір інструментів для трахеотомії.

Лікарські задачі, які впроваджувалися під час роботи, ми розробляли, опираючись на визначення задачі як мети, даної людині в певних умовах (А. Леонт'єв, С. Рубінштейн). Найбільш розповсюдженими видами професійних лікарських задач є диференціально-діагностичні, лікувальні, профілактичні, аналіз діагностичних і лікувальних помилок. Постановка задачі об'єднує в собі визначення мети та умов. У ролі мети можуть бути: діагностика, призначення лікувальних і профілактичних заходів, обґрунтування необхідності проведення лабораторних та інших досліджень, виявлення лікарської помилки та ін. Умови задачі містили симптоми, результати об'єктивного дослідження, фактор часу, показники складності захворювання, індивідуально-психологічні особливості хворого, анатомо-фізіологічні характеристики окремих органів та організму в цілому і т. ін.

З метою формування у студентів-медиків клінічного мислення на заняттях ми використовували *ситуаційні клінічні задачі*. Ситуаційна клінічна задача розглядалася нами як конкретна коротко сформульована клінічна

ситуація. У процесі вирішення такої задачі студенти аналізують і обговорюють мікроситуації. Розбір ситуаційних задач ми використовували для вирішення дидактичних завдань: закріплення нових знань, отриманих під час заняття; вдосконалення вже наявних професійних умінь.

Позитивне значення ситуаційних задач як активного методу навчання полягало в активізації навчально-пізнавальної діяльності студента, що спонукало до мисленнєвої та практичної діяльності під час оволодіння матеріалом. В цій ситуації активним є не лише викладач, але й студенти, що є невід'ємною складовою практичного заняття. Вирішення ситуаційних задач сприяло також розвитку навиків самоорганізації діяльності, формуванню вміння пояснювати явища дійсності, розвитку здібності орієнтуватися у матеріалі предмета, підвищенню рівня функціональної грамотності, формуванню ключових компетентностей, підготовці до професійного вибору.

Специфіка ситуаційної задачі в тому, що вона має яскраво виражений практичний характер, але для її вирішення необхідним є конкретне практичне знання. Досить часто потребуються знання з кількох суміжних дисциплін, наприклад, *«Нормальна анатомія людини»*, *«Патологічна анатомія людини»*, *«Нормальна фізіологія людини»* та ін. Обов'язковим елементом задачі є проблемне питання, котре має бути сформульоване таким чином, щоб студентам захотілося знайти на нього відповідь.

Під час вирішення ситуаційних задач формується творча особистість студента. Постійний пошук нових рішень, їхнє обґрунтування, узагальнення й систематизація отриманих знань, перенесення їх у нестандартні ситуації роблять знання більш гнучкими, мобільними, виробляються вміння, навички й потреба у самоосвіті.

Таким чином, формування клінічного мислення під час вирішення ситуаційних задач у студентів-медиків є складним, багатофакторним процесом. Усвідомленим у процесі навчання студентів повинно стати не лише набуття знань, але й розвиток логічного компонента клінічного

мислення лікаря, а також розвиток окремих мисленнєвих дій і процесів, засобом яких здійснюється продуктивне мислення.

Використання ситуаційних задач на заняттях розширює можливості студентів, дозволяє розвивати клінічне мислення під час засвоєння медичної спеціальності, допомагає актуалізувати предметні знання студентів із професійної культури, підготувати майбутніх лікарів до зустрічі з різними категоріями пацієнтів, навчає їх знаходити індивідуальний підхід до кожної людини, яка потребує допомоги.

В доповнення до вказаних методів, реалізуючи третю педагогічну умову, ми використовували дослідницький і проектний методи навчання, а також мультимедійні комп'ютерні технології. Одним зі шляхів підвищення пізнавального інтересу є залучення студентів до *проектної діяльності*. Метод проектів – суть розвивального, особистісно-орієнтованого навчання, формує у студентів здатність самостійно мислити, здобувати й застосовувати знання, ретельно обмірковувати рішення, що приймаються, чітко планувати свої дії.

Нині метод проектів гармонійно доповнює традиційну систему навчання. Проектна діяльність дозволяє реалізовувати особистісно-орієнтований підхід у навчанні, а також самомотивацію студентів. Основним принципом проектної роботи є спільна робота викладача та студента. Успіх реалізації навчального проекту залежить від правильно організованої роботи й зусиль учасників на всіх етапах; від ступеня володіння студентами необхідними для проектної діяльності інтелектуальними, творчими, комунікативними, соціальними й загальнонауковими вміннями та навичками.

Проектна діяльність здійснювалася на навчальних заняттях і в позааудиторний час. Педагогічна практика засвідчує, що проект «не вписується» в одне заняття, на його підготовку та реалізацію потрібно багато часу. Найбільш цікаві й змістовні проекти виконуються у позааудиторний час.

Наведемо приклад проекту *«Фітотерапія при захворюваннях внутрішніх органів»*. Проект знайомить студентів із лікарськими рослинами,

що ростуть на території України, показує їхнє застосування в лікуванні та профілактиці захворювань внутрішніх органів, а також у косметології.

Мета проекту – залучення студентів до творчої, пізнавальної та самостійної діяльності. *Задачі проекту*: розширення знань в галузі фітотерапії; розвиток логічного та клінічного мислення; формування вміння працювати в колективі; формування вміння працювати з інформацією; передавати та презентувати отримані результати. Алгоритм реалізації проекту включав кілька етапів. На першому етапі (підготовчий) визначалася тема, формулювалася проблема, визначалися цілі, задачі та строки виконання проекту, обиралися методи роботи. На другому етапі (планування) обмірковувався хід виконання практичної роботи. Викладач знайомив студентів із питаннями проекту, визначалися джерела інформації. На третьому етапі здійснювався пошук, збір та обмін інформацією. Викладач спостерігав за перебігом навчально-пошукової діяльності: консультував, координував роботу студентів, стимулював їхню діяльність, виправляв помилки в зібраному матеріалі. На четвертому етапі відбувалася обробка інформації та збирання її в портфоліо студентів; проводилася фотосесія проектної діяльності. П'ятий етап – презентація – відбувався у вигляді захисту рефератів з вивчення лікарських рослин; приготування ліків, відварів із лікарських рослин, виготовлення й використання косметичних масок. Зібраний матеріал групувався в портфоліо. Незважаючи на те, що робота над проектом проходила відносно недовго, студентами було зібрано багато цінного матеріалу.

Слід відзначити, що в процесі творчої роботи студенти отримують повне та глибоке задоволення від виконаного, розвивають творчу активність і вміння виступати перед глядацькою аудиторією. Під час виконання проектів студенти приходять до висновку, що від успіху кожного залежить успіх усіх учасників проекту. Змінюється також і звична роль викладача: від носія готових знань він перетворюється на організатора пізнавальної діяльності; з авторитарного джерела інформації стає співучасником цього творчого

процесу, наставником, консультантом, організатором самостійної роботи студентів. Матеріал, зібраний студентами, можна використовувати під час вивчення інших дисциплін, а також у побуті та у практичній діяльності майбутніх сімейних лікарів.

Ефективному формуванню клінічного мислення у майбутніх сімейних лікарів на даному етапі сприяла інтеграція традиційних і творчих форм навчання студентів: інформ-дайджест, портфоліо та ін.

З цікавістю був сприйнятий *інформаційний дайджест* (від англ. «digest» – коротке викладення) – форма організації навчальної діяльності, під час якої студенти готують міні-повідомлення з певної теми, а потім презентують його на занятті. Така форма передбачала залучення студентів до аналізу реальних випадків професійної діяльності лікарів, представлених в літературі, пресі, інтернеті, радіо- та телепередачах.

Серед ефективних форм, використаних у нашому дослідженні, слід відзначити *портфоліо* (з італ. «portfolio» – альбом із фотографіями), яке розумілося як спосіб фіксування й накопичення досягнень студента в певний період навчання. Портфоліо оформлялося у вигляді папки з добіркою різних творчих і проектних робіт студента, оформлених у вигляді текстів, електронних версій, фотографій, відеозаписів, а також описання основних форм його навчальної та творчої активності. Складання індивідуального портфоліо допомагало майбутньому сімейному лікарю в котрий раз узагальнити й систематизувати професійні знання; оцінити власні вміння й навички професійно-культурної поведінки щодо оточуючих; проаналізувати наявний досвід професійно-культурної діяльності лікарів.

На базі Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова успішно працює лекторська група в межах соціальної співпраці з кількома школами міста та медичним коледжем. Майбутні сімейні лікарі беруть активну участь у пропаганді здорового способу життя й ознайомлення школярів із санітарно-гігієнічними нормами. Участь у лекторській групі студентів-медиків відповідає кільком цілям (з точки зору

педагогічного впливу на них): формування установки на здоровий спосіб життя в учасників лекторію; підвищення навчальної та професійної мотивації; розвиток комунікативних якостей і навиків публічного виступу. Студенти готували доповіді на теми: «Гігієна юнака», «Гігієна дівчини», «Зір – безцінний дар».

Студенти-медики, беручи участь у лекторії, суттєво підвищували рівень знань, компетентностей, переживали ситуацію успіху, що позитивно впливало на рівень їхньої навчальної мотивації та сприяло її трансформації у професійну. Під час занять студенти навчалися використовувати прийоми залучення уваги слухачів, ігрові моменти, експрес-опитування та інші способи активізації аудиторії.

Великого значення для формування професійної культури у майбутніх лікарів під час дослідження набуло створення *навчальних фільмів*, що надавали можливість для самореалізації в творчому проекті. Студенти ретельно вивчали теоретичний матеріал і на практиці засвоювали методи обстеження пацієнта, виявляли у реальних хворих певний вид патології, відпрацьовували не лише окремі елементи професійного спілкування, але й цілісний процес ведення хворого. Зокрема, студентами 3-го курсу медичного факультету було створено фільм «*Біль у грудній клітині*».

Під час проведення дослідження використовувалася така навчальна технологія, як «*майстер-клас*», в основі якої лежить діяльнісний підхід, що визначає мету використання – формування клінічного мислення у майбутніх лікарів та їхньої професійної майстерності. На заняттях відбувався аналіз матеріалу, отриманого в процесі майстер-класу. Відзначалися позитивні моменти, виявлялися помилки. Переваги цього методу є очевидними і полягали в усвідомленні й аналізі важливості професійної діяльності лікаря. Майстер-клас сприяв формуванню самоаналізу й самоконтролю, вмінню використовувати свої знання на практиці, а також розвитку професійної культури.

Таким чином, використання та поєднання різних педагогічних прийомів у процесі навчання в медичному університеті сприяло активному професійному становленню майбутніх сімейних лікарів, правильному спрямуванню власного професійного розвитку, мотивувало прагнення стати висококваліфікованим фахівцем із розвиненою професійною культурою. Зокрема, за використання проблемно-діалогового навчання відбувається розвиток: розумових здібностей студентів (поява труднощів змушує їх замислюватися, шукати вихід із проблемної ситуації); самостійності (самостійне бачення проблеми, формулювання проблемного запитання, проблемної ситуації, самостійність вибору плану її вирішення); креативного мислення (самостійне застосування знань, способів дій, пошук нестандартних рішень).

Таким чином доведено, що проблемне навчання: сприяє формуванню готовності до творчої діяльності; розвитку пізнавальної активності, усвідомленості знань; попереджує появу формалізму, бездумності; забезпечує міцне засвоєння знань; робить навчальну діяльність студентів більш привабливою.

Проблемно-діалогічна технологія використовувалася нами з метою підготовки студентів до визначення та вирішення професійних проблем. Відповідно до такої технології на заняттях опрацьовувалися питання: постановка навчальної проблеми та пошук її вирішення. Ця технологія формує регулятивні універсальні навчальні дії, котрі забезпечують уміння вирішувати проблеми. Поряд із цим відбувається формування інших універсальних навчальних дій, а саме: за рахунок використання діалогу – комунікативних; вилучення інформації та формулювання висновків – пізнавальних.

Висновки до другого розділу

На основі аналізу й узагальнення результатів констатувального етапу експерименту обґрунтовано модель і комплекс педагогічних умов формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів.

Реалізація першої педагогічної умови – моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету – передбачала моделювання предметного та соціального змісту майбутньої професійної діяльності, що є основною характеристикою навчання контекстного типу та зреалізовується за допомогою системи нових і традиційних форм і методів навчання.

Методика реалізації цієї педагогічної умови передбачає три базові форми діяльності студентів і деяку множину перехідних від однієї базової форми до іншої (А. Вербицький).

Як перехідні від однієї базової моделі до іншої використовувалися проміжні форми: імітаційне моделювання, аналіз конкретних виробничих ситуацій, розігрування ролей, спецкурси, спецсемінари тощо.

Друга педагогічна умова – забезпечення суб'єктного включення студента в навчальну діяльність на основі ситуаційно-контекстного підходу. Ця педагогічна умова зреалізовувалася за допомогою методів асоціативного навчання, контекстних ситуацій, особистісно орієнтованих ситуацій, професійного позиціонування (власна позиція щодо ситуації).

Вибір третьої педагогічної умови – розвиток клінічного мислення студента у процесі діалогічної взаємодії та проблемного навчання – пов'язаний з тим, що головною характеристикою випускника медичного навчального закладу є його компетентність у поєднанні з умінням клінічно мислити. Основні форми реалізації цієї педагогічної умови: контекстуальні діалоги, «мозковий штурм», брейн-ринг, аналіз професійних задач сімейного лікаря, аналіз медичних (навчальних) проблем.

Діалогічний стиль взаємодії студентів реалізовувався під час контекстуальних діалогів, присвячених обґрунтуванню професійних цінностей. Для оптимізації діалогічної взаємодії використовувалася спеціальна технологія конверсаторіїв (М. Пирогов), основою якої слугувало професійне обговорення суб'єктами навчального процесу медичних тем.

Ефективному розвитку діалогічних умінь сприяла організація «дискусійних каруселей». Під час проведення практичних занять («My Future Profession») акцентувалася увага на особливостях діяльності сімейного лікаря, її моральної складової. Формуванню в студентів ціннісного ставлення до майбутньої професії сприяли англомовні «Інтелектуальні аукціони», де культивувалися моральні цінності (людина, здоров'я, гуманізм, милосердя, життя, обов'язок тощо). З метою розширення етично-деонтологічного тезауруса майбутніх лікарів на практичних заняттях широко використовувалися групові форми навчання «гортай словник», де тлумачилися лексичні значення слів «moral», «morality», «humane», «human», «humanism», «patient», «patience» та ін. Підсумком роботи була науково-практична конференція, котра дозволила студентам виявити власну професійну позицію та прагнення до самореалізації в обраній професії.

Особливість використання проблемного навчання полягала у створенні професійно спрямованих проблемних ситуацій через використання відео-задач, складення логічних ланцюгів, котрі вимагали активної пізнавальної діяльності студентів.

«Мозковий штурм» як метод продукування нових ідей виявився найбільш ефективним для вирішення практичних проблем діяльності сімейного лікаря.

Продуктивними видами професійних лікарських задач були: диференціально-діагностичні, лікувальні, профілактичні, задачі аналізу діагностичних і лікувальних помилок. Різновидом професійних лікарських задач виокремлено ситуаційну клінічну задачу щодо діяльності сімейного лікаря. Проектна діяльність виявилася ефективним шляхом підвищення пізнавального інтересу та професійної культури, сприяла формуванню здатності самостійно мислити. Портфоліо застосовувався як засіб накопичення творчих досягнень студента.

Результати цього розділу висвітлено в публікаціях автора [213, 215, 216, 218, 222, 225, 226, 228].

РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

3.1. Організація та методика проведення експериментального дослідження формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів

Під час організації та проведення експериментальної роботи ми опиралися на принципи, котрі відображають загальні вимоги для здійснення педагогічного експерименту:

- принцип цілісного вивчення педагогічного явища, котрий включав: використання системного підходу; визначення місця досліджуваного явища в педагогічному процесі, розкриття його динаміки; моделювання етапів;
- принцип об'єктивності: перевірка кожної умови кількома методами; фіксація змін у розвитку професійної культури майбутніх сімейних лікарів; порівняння даних дослідження з результатами інших досліджень;
- принцип ефективності: результати формувального етапу експериментальної роботи мають бути вищими за результати, отримані в результаті проведення констатувального етапу експерименту;
- порівняння експериментальних даних.

Особливістю структури експериментальної роботи було чергування експериментальних та теоретичних висновків, їх діалектично розвивальний взаємозв'язок. У ній виокремлено етапи (констатувальний і формувальний), що характеризуються різним якісно змістовим та процесуальним наповненням. Експериментальна методика застосовувалася з 2012 по 2015 роки. Дослідження включало: первинне теоретичне дослідження проблеми, визначення методологічних підходів, виокремлення напрямів дослідження.

Проводився відбір методик і діагностичне дослідження реальної картини розвитку професійної культури у майбутніх сімейних лікарів у

контрольних та експериментальних групах за визначеними нами критеріями: ціннісно-мотиваційним, операційно-діяльним, морально-етичним; пошук варіантів організації педагогічних умов процесу експериментальної роботи, розроблялися навчальні програми з дисциплін «Латинська мова та медична термінологія» та «Іноземна мова» для студентів медичного факультету спеціальності 222 «Медицина».

Емпіричною базою дослідження стали Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Івано-Франківський національний медичний університет, Вінницький медичний коледж імені академіка Д. К. Заболотного. Дослідженнями були охоплені студенти різних спеціальностей медичного факультету (лікувальна справа) і факультетів (стоматологічний, медична психологія, педіатрія) – всього 480 студентів.

За тривалістю все дослідження можна умовно розділити на три етапи, кожен з яких був спрямований на вирішення визначених завдань. Схема організації етапів дослідження показана в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

Схема організації етапів дослідження

Етапи	Тривалість	Завдання етапу дослідження
I Пошуково-теоретичний	2012 - 2013	Визначені теоретичні засади проблеми формування професійного мислення майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки; здійснено аналіз стану проблеми на основі вивчення навчально-методичної документації та досвіду роботи медичних університетів; розроблена програма дослідно-експериментальної роботи, обґрунтовані вихідні позиції, визначена методологія та методи дослідження; розроблена методика діагностики рівнів сформованості професійної культури у студентів-майбутніх сімейних

		лікарів, проведений констатувальний етап експерименту та проаналізовані його результати.
II Дослідно-експериментальний	2013-2015	Обґрунтовано модель та педагогічні умови, спрямовані на формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів; розроблено методику реалізації педагогічних умов у процесі контекстної підготовки студентів медичного університету; проведено формувальний етап та експериментальну перевірку ефективності педагогічних умов.
III Завершальний	2015-2016	Оброблено та систематизовано одержані матеріали та інтерпретовано результати дослідження, їх теоретичне та практичне оформлення з використанням методів математичної статистики.

Проводячи дослідження, ми послуговувалися такими методами: теоретичного аналізу й узагальнення літературних джерел; діагностичними (тестування, анкетування, опитування, педагогічне спостереження, експертні оцінки, письмова інтерпретація ситуацій навчально-виховної та професійно-практичної діяльності); обсерваційними (пряме, непряме та включене спостереження); праксиметричними (вивчення й узагальнення продуктів професійної креативної діяльності студентів-медиків); методами статистичної обробки одержаних результатів.

На *першому етапі* нашого дослідження була вивчена й проаналізована філософська, психолого-педагогічна, медико-соціологічна та спеціальна вітчизняна і зарубіжна література, а також передовий медико-педагогічний досвід, в тому числі дисертаційні дослідження з тем, близьких до проблем нашого дослідження. В результаті ми визначили вихідні дані дослідження, розробили понятійний апарат, сформулювали мету, предмет, об'єкт, гіпотезу

та завдання дослідження, визначили методологію та методи дослідження, розробили модель формування професійної культури у майбутніх сімейних лікарів. Також на цьому етапі дослідження був розроблений діагностичний інструментарій, а саме визначені критерії та показники (п.1.3), за якими визначалися рівні сформованості професійної культури студентів майбутніх сімейних лікарів та відповідні методи дослідження. Проведено діагностику рівнів сформованості компонентів професійної культури у студентів-медиків 1-го року навчання на початковому етапі дослідження (констатувальний експеримент). За результатами тестування та анкетування обрано контрольні та експериментальні групи (КГ, ЕГ), причому за КГ ми обрали ті, в яких рівень був дещо вищим.

Програма експерименту передбачала такі процедури порівняння:

- 1) експериментальних і контрольних груп на початковому етапі дослідження;
- 2) експериментальних і контрольних груп на кінцевому етапі дослідження;
- 3) експериментальних груп на початковому та кінцевому етапах дослідження;
- 4) контрольних груп на початковому та кінцевому етапах дослідження.

Для чистоти експерименту нам необхідно було перевірити однорідність КГ та ЕГ. У таблиці 1.7. подано результати діагностики рівнів сформованості професійної культури у майбутніх сімейних лікарів на початковому етапі дослідження. Із таблиці бачимо, що КГ та ЕГ за результатами мало відрізняються між собою, тобто можна припустити, що ці групи є однорідними. Перевіримо методами математичної статистики це припущення.

Будемо користуватися t-критерієм Стьюдента, спостережуване значення якого обчислюється за формулою:

$$t_{cn} = \frac{|\bar{x}_{КГ} - \bar{x}_{ЕГ}|}{\sqrt{\frac{S_{КГ}^2}{n_{КГ}} + \frac{S_{ЕГ}^2}{n_{ЕГ}}}} \dots\dots\dots(3.1)$$

де $\bar{x}_{КГ}$, $\bar{x}_{ЕГ}$ - середній рівень сформованості професійної культури у КГ та ЕГ, відповідно;

$n_{КГ}$, $n_{ЕГ}$ - кількість студентів КГ та ЕГ, відповідно;

$S_{КГ}^2$, $S_{ЕГ}^2$ - виправлені дисперсії КГ та ЕГ, відповідно.

За відомими формулами з курсу математичної статистики та результатами констатувального експерименту, обчислимо ці величини.

$$\bar{x}_{КГ} = \frac{\sum_{i=1}^3 x_i n'_{КГ}}{n_{КГ}} = \frac{14 \cdot 3 + 93 \cdot 2 + 131 \cdot 1}{238} = 1,51,$$

$$\bar{x}_{ЕГ} = \frac{\sum_{i=1}^3 x_i n'_{ЕГ}}{n_{ЕГ}} = \frac{16 \cdot 3 + 89 \cdot 2 + 135 \cdot 1}{242} = 1,49.$$

Обчислимо дисперсії:

$$D_{КГ} = \frac{\sum_{i=1}^3 x_i^2 n_{КГ_i}}{n_{КГ}} - (\bar{x}_{КГ})^2 = \frac{14 \cdot 9 + 93 \cdot 4 + 131 \cdot 1}{238} - (1,51)^2 = 0,36,$$

$$D_{ЕГ} = \frac{\sum_{i=1}^3 x_i^2 n_{ЕГ_i}}{n_{ЕГ}} - (\bar{x}_{ЕГ})^2 = \frac{16 \cdot 9 + 89 \cdot 4 + 135 \cdot 1}{242} - (1,49)^2 = 0,4.$$

Виправлені дисперсії:

$$S_{КГ}^2 = \frac{n_{КГ}}{n_{КГ} - 1} D_{КГ} = 0,362, \quad S_{ЕГ}^2 = \frac{n_{ЕГ}}{n_{ЕГ} - 1} D_{ЕГ} = 0,401.$$

Тоді спостережуване значення критерію:

$$t_{cn} = \frac{|\bar{x}_{КГ} - \bar{x}_{ЕГ}|}{\sqrt{\frac{S_{КГ}^2}{n_{КГ}} + \frac{S_{ЕГ}^2}{n_{ЕГ}}}} = \frac{|1,51 - 1,49|}{\sqrt{\frac{0,362}{238} + \frac{0,401}{242}}} = \frac{0,02}{0,0564} = 0,355$$

Критичне значення критерію знаходимо для рівня значущості $\alpha = 0,05$ (тобто похибка можлива в 5 випадках зі 100) та $k = 3 + 3 - 2 = 6$ за таблицями значень критерію Стьюдента [109, с. 355]:

$$t_{sp}(0,05; 6) = 2,75.$$

Бачимо, що $t_{cn} < t_{кр}$. З цієї нерівності робимо висновок, що наше припущення вірне, тобто вибірки (КГ та ЕГ) є однорідними та відносяться до однієї генеральної сукупності за рівнем значущості $\alpha = 0,05$, що й треба було довести. Для достовірності отриманих результатів використаємо ще критерій однорідності – «хі-квадрат» χ^2 – «хі-квадрат», спостережуване значення якого обчислюється за формулою:

$$\chi^2_{спост} = n_{КГ} \cdot n_{ЕГ} \sum_{i=1}^L \frac{\left(\frac{n_{КГ_i}}{n_{КГ}} - \frac{n_{ЕГ_i}}{n_{ЕГ}} \right)^2}{\frac{n_{КГ_i} + n_{ЕГ_i}}{n_{КГ} + n_{ЕГ}}} \dots\dots\dots(3.2)$$

Підставивши результати, наведені в таблиці 1.7, отримаємо:

$$\chi^2_{спост} = 238 \cdot 242 \left[\frac{\left(\frac{14}{238} - \frac{17}{242} \right)^2}{31} + \frac{\left(\frac{93}{238} - \frac{90}{242} \right)^2}{183} + \frac{\left(\frac{131}{238} - \frac{135}{242} \right)^2}{266} \right] = 0,33.$$

У нашому випадку $L=3$ (три рівні: високий, середній, низький). Із відповідних таблиць знаходимо критичне значення критерію для $L=3-1$ ступенів свободи та рівня значущості $\alpha = 0,05$:

$$\chi^2_{кр} = (2; 0,05) = 5,99.$$

Таким чином доведено, що спостережуване значення критерію набагато менше критичного значення, тому можна стверджувати, що відмінностей між контрольними та експериментальними групами не існує, тобто групи однорідні.

На *другому етапі* дослідження виявлено та сформульовано педагогічні умови, відображені в гіпотезі: формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки, що буде ефективним за таких педагогічних умов: моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету; забезпечення суб'єктного включення студента в навчальну діяльність на основі

ситуаційно-контекстного підходу; розвиток клінічного мислення студента у процесі діалогічної взаємодії та проблемного навчання.

Реалізацію цих педагогічних умов ми здійснювали за методикою, описаною у другому розділі. При цьому в контрольних групах практикувався традиційний підхід до навчання студентів, а в експериментальних було впроваджено запропонований нами контекстний підхід до процесу навчання майбутніх сімейних лікарів. Незмінними умовами під час експерименту були такі: однаковий час вивчення того самого матеріалу; подання однакового обсягу навчальної інформації для КГ та ЕГ; виконання однакових для обох груп лабораторних та практичних завдань тощо.

Вивчення проблеми професійної культури лікарів у теоретичних і практичних курсах гуманітарних та клінічних дисциплін відбувалося поетапно, відповідно до цілей і задач навчально-виховного процесу. У зміст дисциплін було введено питання, що стосуються професійної культури лікарів.

Лекційні курси контекстного типу сприяли осмисленню професійно-культурного ставлення до людини з історичної, філософської, педагогічної, клінічної точки зору. Включення майбутніх сімейних лікарів ЕГ у різноманітні види діяльності на практичних заняттях, у позааудиторний час і під час проходження практики сприяло формуванню у них умінь і навиків професійної культури.

Спеціально організоване спілкування та взаємодія студентів поза межами навчального процесу дозволило створити сприятливий психологічний клімат у групах, гармонізувати їхні міжособистісні взаємини, позбутися внутрішньо-групових протиріч, сформувати конструктивний стиль поведінки у колективі.

Включення майбутніх лікарів у різні види діяльності сприяло формуванню загальнолюдських цінностей: гуманності, милосердя, готовності до самопожертви, відповідальності та ін. У результаті цілеспрямованого формування професійної культури у студентів виховувалося почуття

обов'язку, яке є регулятором поведінки, створювалася установка на професійно-культурне відношення до людини.

Третій завершальний етап дослідження присвячений узагальненню матеріалів дослідження і впровадження розробок у педагогічну практику. На цьому етапі проведено порівняльний педагогічний експеримент, описано та оброблено його результати за допомогою методів математичної статистики (параграф 3.2.).

3.2. Аналіз результатів експериментальної перевірки ефективності педагогічних умов формування професійної культури студентів у процесі контекстної підготовки

Заключний етап дослідження був присвячений кількісному та якісному аналізу результатів дослідно-експериментальної роботи. З метою визначення її ефективності був проведений констатувально-аналітичний експеримент із визначення кінцевого рівня сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів. При цьому використовувалися методи спостереження, анкетування, тестування, результати контрольних робіт, опитування, бесіди, інтерв'ю, методи математичної та статистичної обробки даних. Це дозволило розглянути педагогічні факти та явища в усій їхній складності, взаємозв'язках і виразити результати педагогічного експерименту в кількісних і якісних показниках.

Підсумкова діагностика проводилася в контрольних та експериментальних групах студентів 4-го курсу Медичного факультету № 1 та Медичного факультету № 2. Критеріями сформованості професійної культури у майбутніх лікарів ми визначили: ціннісно-мотиваційний, особистісно-діяльнісний, морально-етичний. Сформованість цих критеріїв ми визначали за показниками: професійна мотивація, професійні цінності, здатність до самовдосконалення; знання, вміння, навички, культура спілкування, інтелектуально-культурний розвиток; лікарська етика, здатність до емпатії, гуманне ставлення до людини.

КГ (238)	Професійна мотивація	17	7	105	44	116	49
	Професійні цінності	31	13	95	40	112	47
	Здатність до самовдосконалення	28	12	71	30	139	58
	Загальний показник	25	11	90	38	123	51
ЕГ (242)	Професійна мотивація	109	45	104	43	29	12
	Професійні цінності	97	40	102	42	43	18
	Здатність до самовдосконалення	102	42	89	37	51	21
	Загальний показник	102	42	99	41	41	17

Із таблиці бачимо, що у КГ та ЕГ за всіма показниками збільшилась кількість студентів із високим рівнем сформованості мотиваційно-ціннісного критерію, при цьому у КГ це збільшення не дуже значне, а от в ЕГ – суттєве. Якщо на початковому етапі дослідження у студентів ЕГ високий рівень становив лише 3 %, то на кінцевому – 42 %, при цьому значно зменшилась кількість студентів із низьким рівнем: із 72 % на початку до 17 % у кінці. КГ також зазнали змін: кількість студентів, майбутніх сімейних лікарів, із високим рівнем сформованості ціннісно-мотиваційного критерію зросла з 4 % до 11 %, із низьким рівнем – зменшилась із 70 % до 51 %.

Обчислимо середнє значення рівнів сформованості ціннісно-мотиваційного критерію за трьома показниками, відповідно, у КГ та у ЕГ:

$$\bar{x}_{КГ} = \frac{25 \cdot 3 + 90 \cdot 2 + 123 \cdot 1}{238} = 1,59; \quad \bar{x}_{ЕГ} = \frac{102 \cdot 3 + 99 \cdot 2 + 41 \cdot 1}{242} = 2,25.$$

Бачимо, що у студентів ЕГ середній бал становить 2,25, що на 0,66 більше ніж в КГ, при цьому варто зауважити, що на початковому етапі дослідження середній бал в ЕГ становив 1,3, після формувального експерименту він зріс на 0,95, тобто рівень сформованості професійної культури за ціннісно-мотиваційним критерієм в ЕГ зріс на 32%. В КГ також відбулися зміни: середній рівень становив 1,34 до експерименту та 1,59 після експерименту, тобто на 0,25 (8,3%).

Операційно-діяльнісний критерій оцінювався за показниками: знання, вміння, навички; комунікативні вміння; інтелектуально-культурний розвиток.

Професійні знання, вміння та навички ми оцінювали за результатами спеціальних тестів, клінічних ситуаційних задач, контрольних робіт, котрі

були проведені у КГ та ЕГ. Середні бали написання контрольних робіт у КГ та ЕГ з деяких дисциплін наведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Результати написання студентами КГ та ЕГ контрольних робіт

Дисципліна	Якісні показники (%)			
	КГ		ЕГ	
	x_1	$(x - \bar{x})^2$	x_2	$(x - \bar{x})^2$
1. Соціальна медицина та охорона здоров'я	59	81	96	25
2. Урологія	42	64	93	4
3. Неврологія	48	4	86	25
4. Акушерство та гінекологія	53	9	100	81
5. Педіатрія	48	4	72	361
6. Внутрішня медицина	56	36	100	81
7. Біостатистика	42	64	93	4
	$\bar{x}_1 = 50$	$\sum = 262$	$\bar{x}_2 = 91$	$\sum = 581$

Для оцінки результативності експериментальної методики знайдемо спостережуване значення t_{cn} критерію Стьюдента:

$$t_{cn} = \frac{\bar{x}_2 - \bar{x}_1}{\sqrt{\frac{(\sum (x_1 - \bar{x}_1)^2 + \sum (x_2 - \bar{x}_2)^2)(n_1 + n_2)}{(n_1 + n_2 - 2) \cdot n_1 \cdot n_2}}}$$

Для нашого випадку $n_1 = 7$ і $n_2 = 7$, а тому $t_{cn} = \frac{91 - 50}{\sqrt{\frac{(262 + 581) \cdot 14}{12 \cdot 7 \cdot 7}}} = 4,89$.

Критичне значення $t_{кр}$ знаходимо з таблиці значень для розподілу Стьюдента [109, 355] для $n = n_1 + n_2 - 2 = 7 + 7 - 2 = 14$ знаходимо $t_{кр} = 2,14$. Порівнюючи критичне значення критерію зі спостережуваним, бачимо що останнє є більшим, а це означає, що успішність в ЕГ є вищою ніж в КГ.

Професійну спрямованість студентів на кінцевому етапі дослідження ми перевіряли, використовуючи анкету Б. Басса (*Додаток Л*).

Аналіз результатів анкети показав, що на відміну від початкового тестування більшість студентів ЕГ (43 %) визначили спрямованість на спілкування; 46 % – спрямованість на професійну діяльність і лише 11 % – спрямованість на себе. Інтелектуальні здібності після експерименту ми перевіряли за допомогою інтелектуального тесту Р. Амтхауера (*Додаток Н*).

Студентам було запропоновано пройти повторно тест із питаннями на самооцінку особистої комунікативної культури. Результати засвідчили, що значно збільшилась кількість студентів в ЕГ (з 7 % до 47 %), які здатні до креативного та клінічного мислення, також у них підвищився рівень культури спілкування на 60 %. Професійну майстерність майбутніх сімейних лікарів ми оцінювали, пропонуючи студентам для вирішення клінічні ситуаційні задачі з різних тем і галузей медичної науки (*Додаток Е*). Студенти ЕГ показали досить високі результати та продемонстрували на практиці свої професійні знання, вміння та навички.

Результати діагностики сформованості професійної культури у студентів-медиків за операційно-діяльнісним критерієм подано в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Результати діагностики сформованості професійної культури за операційно-діяльнісним критерієм у студентів КГ та ЕГ після формульовального експерименту

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (238)	Знання, вміння, навички	28	12	119	50	91	38
	Комунікативні вміння	17	7	74	31	147	62
	Інтелектуально-культурний розвиток	28	12	126	53	84	35
	Загальний показник	24	10	107	45	107	45
ЕГ	Знання, вміння, навички	128	53	85	35	29	12
	Комунікативні вміння	119	49	73	30	50	21

(242)	Інтелектуально-культурний розвиток	143	59	80	33	19	8
	Загальний показник	130	54	80	33	32	13

Обчислимо середнє значення рівнів операційно-діяльнісного критерію:

$$\bar{x}_{КГ} = \frac{24 \cdot 3 + 107 \cdot 2 + 107 \cdot 1}{238} = 1,65; \quad \bar{x}_{ЕГ} = \frac{130 \cdot 3 + 80 \cdot 2 + 32 \cdot 1}{242} = 2,4.$$

Отже, у студентів і КГ і ЕГ середні бали відрізняються на 0,75.

Діагностику рівнів сформованості професійної культури за *морально-етичним* критерієм ми проводили, користуючись такими показниками: лікарська етика, здатність до емпатії, гуманне ставлення до людини.

Студентам було запропоновано дати розгорнуту відповідь на запитання «Як ви розумієте вислів «гуманне ставлення до людини?» Відповіді майбутніх сімейних лікарів КГ та ЕГ до експерименту і після наведено в *Додатку Ж*.

Якісний аналіз відповідей свідчить, що всі студенти ЕГ мають уявлення про сутність гуманного ставлення до людини. Діапазон відповідей значно розширився, кількість позитивних відповідей помітно збільшилась.

Уявлення студентів КГ про гуманне ставлення до людини лише частково відображає сутність даного феномену. Не всі студенти правильно розуміють сутність даного відношення до людини, процент позитивних відповідей набагато нижчий, ніж в ЕГ.

Відповідаючи на запитання «Якими необхідними якостями повинен володіти лікар?» більшість студентів ЕГ віддає перевагу не професійним, а морально-етичним особистісним якостям. Головними якостями сімейного лікаря, на думку студентів-медиків (84 %), є гуманність, людяність, доброта, толерантність, співчуття, любов до людини і т. ін. Професійним якостям віддають перевагу 16 % студентів.

Так, 57 % студентів КГ, відповідаючи на поставлене запитання, віддають перевагу професійним якостям: професіоналізм, розум, охайність, працьовитість і т. ін. Менше половини студентів (43 %) відзначають морально-етичні якості: гуманність, людяність, доброту, толерантність, співчуття, любов до людини і т. ін.

Таким чином, не всі студенти КГ пріоритетними визначають морально-етичні якості сімейного лікаря, але вважають їх необхідними у своїй майбутній роботі. Це свідчить про недооцінку студентами гуманної складової лікарської професії, що може призводити до проявів байдужості, моральної індиферентності й антигуманним проявам відносно майбутніх пацієнтів.

Майбутнім сімейним лікарям була також запропонована анкета, метою якої стало виявлення їхнього ставлення до хворих людей.

Результати дослідження подано в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

№	Питання	Контрольна група		Експериментальна група	
		До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.
1	Чи повинен лікар пояснити хворому причини захворювання й призначене лікування?	88%	100%	85%	100%
2	Чи повинен лікар взаємодіяти з родичами пацієнта?	32%	65%	43%	97%
3	Чи може приватний лікар відмовитися від екстреної допомоги?	35%	28%	29%	0%
4	Чи готові ви присвятити себе служінню людям?	27%	28%	31%	65%
5	Чи підтримуєте ви евтаназію?	32%	30%	50%	15%

--	--	--	--	--	--

Із таблиці бачимо, що кількість позитивних відповідей студентів ЕГ на кінцевому етапі експерименту в порівнянні з КГ збільшилась. Це свідчить про те, що майбутні сімейні лікарі правильно розуміють принципи морально-етичної взаємодії лікаря з пацієнтом. В КГ позитивні показники збільшилися не набагато.

Гуманне ставлення до людини у майбутніх сімейних лікарів ми перевіряли також за допомогою інтерв'ю. Студентам було запропоновано дати відповідь на запитання, що характеризують їхню звичайну поведінку в реальному житті.

Аналіз відповідей показав такі результати: всі студенти ЕГ допомагають своїм батькам, друзям, родичам у складних ситуаціях. 100% студентів брали участь у благодійних акціях; надали б допомогу незнайомій людині в екстреній ситуації; 80% респондентів допомагали людям на вулиці, 20% були донорами.

Високий процент позитивних відповідей свідчить про те, що у студентів сформувалася звичка бути уважними, турботливими до інших людей, з власної ініціативи надавати допомогу всім, хто цього потребує.

В КГ результати були дещо іншими: 82 % студентів допомагають батькам, родичам і друзям; 65 % – брали участь у благодійних акціях; 52 % – надали б допомогу незнайомій людині в екстреній ситуації; 12 % – допомагали людям на вулиці і 12 % студентів були донорами крові.

Здатність до емпатії ми вимірювали за допомогою діагностики рівня емпатійних здібностей В. Бойко. Запропонована методика показала, що на кінцевому етапі більше 68 % студентів ЕГ мали позитивні рівні емпатії: високий – 21,3 %, середній – 47,5 %. У 31,2 % студентів відзначився занижений і низький рівень емпатійних здібностей.

В КГ у більшості частини студентів (62 %) зафіксовані, переважно, низькі рівні емпатії: занижений – 47% і 15% –низький. Середній рівень відзначався у 28%, високий – у 10% студентів (Рис. 3.1.).

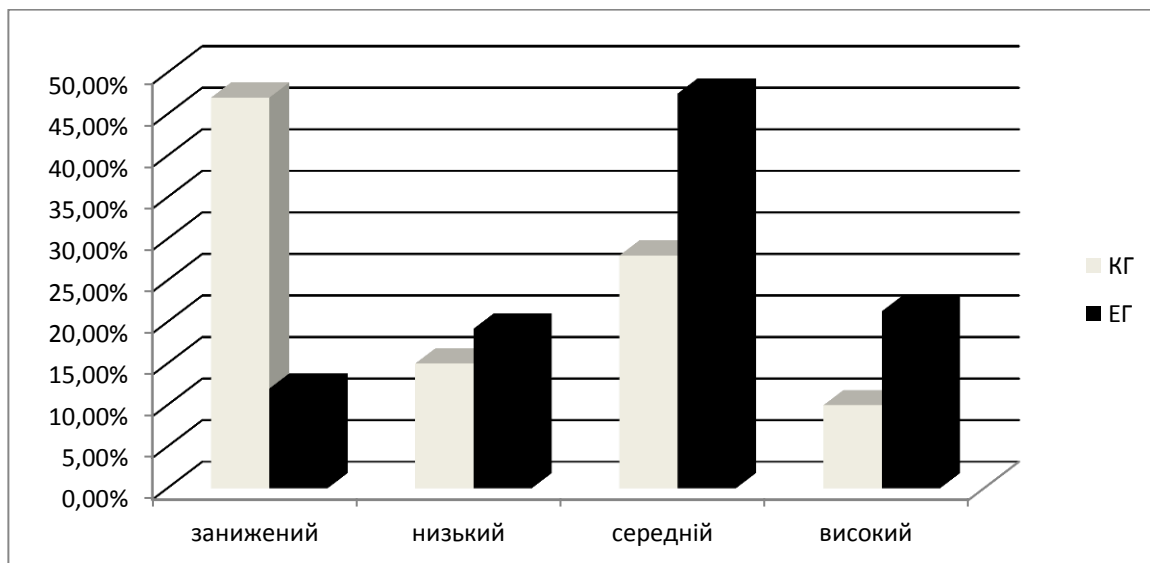


Рис. 3.1. Рівні розвитку емпатії у студентів ЕГ та КГ на кінцевому етапі дослідження

Переважає у студентів ЕГ позитивних рівнів емпатійних здібностей вказує на наявність у майбутніх сімейних лікарів: здатності співчувати, співпереживати іншій людині, поставити себе на її місце; установки на постійне розширення емоційної чуйності й емпатійного сприйняття: готовності до прояву гуманного ставлення до іншої людини.

Якісний аналіз результатів дозволив нам визначити рівень сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів за морально-етичним критерієм у студентів ЕГ і КГ (табл. 3.6.).

Таблиця 3.6.

Результати діагностики сформованості професійної культури за морально-етичним критерієм у студентів КГ та ЕГ

Групи	Показники	Рівні		
		Високий	Середній	Низький

		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (238)	Лікарська етика	35	15	126	53	77	32
	Здатність до емпатії	24	10	114	48	100	42
	Гуманне ставлення до людини	33	14	133	56	72	30
	Загальний показник	31	13	124	52	83	35
ЕГ (242)	Лікарська етика	136	56	90	37	16	7
	Здатність до емпатії	114	47	99	41	29	12
	Гуманне ставлення до людини	167	69	41	17	34	14
	Загальний показник	139	57	77	32	26	11

Аналізуючи результати, представлені в таблицях 1.7. та 3.6., можемо зробити висновок, що в порівнянні з констатувальним етапом дослідження, позитивні рівні морально-етичного критерію (високий і середній) у студентів ЕГ значно підвищилися. Це свідчить про те, що майбутні сімейні лікарі мають достатнє уявлення про морально-етичні норми, цінності, категорії; гуманність та емпатію вважають першочерговими якостями особистості лікаря; розуміють основні принципи лікарської діяльності, медичної етики та деонтології. Поняття про гуманність вирізняються орієнтацією на інтереси людини, уявлення про гуманізм пов'язуються з моральними цінностями. Студенти усвідомлюють гуманне ставлення до людини як ціннісне й переконані в його абсолютній необхідності у майбутній професійній діяльності.

Обчислимо середнє значення рівнів сформованості професійної культури за морально-етичним критерієм, відповідно, у КГ та в ЕГ:

$$\bar{x}_{КГ} = \frac{31 \cdot 3 + 124 \cdot 2 + 83 \cdot 1}{238} = 1,78; \quad \bar{x}_{ЕГ} = \frac{139 \cdot 3 + 77 \cdot 2 + 26 \cdot 1}{242} = 2,47.$$

Бачимо, що середній рівень у студентів ЕГ більший на 0,69.

Результати діагностики рівнів сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів за трьома визначеними нами критеріями представлено в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

Діагностика рівнів сформованості професійної культури у студентів-медиків після формувального експерименту

Критерії	Рівні											
	Високий				Середній				Низький			
	КГ		ЕГ		КГ		ЕГ		КГ		ЕГ	
	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%	n_i	%		
Ціннісно-мотиваційний	25	11	102	42	90	38	99	41	123	51	41	17
Операційно-діяльнісний	24	10	130	54	107	45	80	33	107	45	32	13
Морально-етичний	31	13	167	69	124	52	41	17	83	35	34	14
Загальний показник	27	12	133	55	107	45	73	30	104	43	36	15

Результати свідчать про те, що у студентів ЕГ переважає високий рівень (55 %) сформованості професійної культури. При цьому кількість студентів із низьким рівнем зменшилася на 41 %. Це добре видно із діаграми (Рис.3.2.).

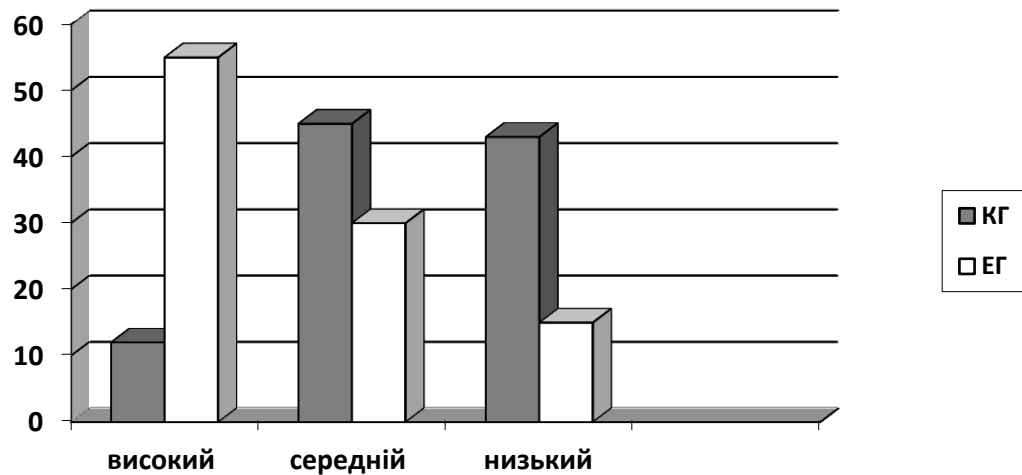


Рис. 3.2. Діаграма сформованості професійної культури у студентів-медиків після формувального експерименту

Перевіримо за допомогою методів математичної статистики отриманий результат, а саме: порівняємо рівні сформованості професійної культури у майбутніх сімейних лікарів КГ і ЕГ на кінцевому етапі дослідження.

Обчислимо середнє значення рівнів сформованості професійної культури за трьома критеріями, відповідно, у КГ та у ЕГ:

$$\bar{x}_{КГ} = \frac{27 \cdot 3 + 107 \cdot 2 + 104 \cdot 1}{238} = 1,68; \quad \bar{x}_{ЕГ} = \frac{133 \cdot 3 + 73 \cdot 2 + 36 \cdot 1}{242} = 2,47.$$

Бачимо, що різниця між середніми значеннями становить $2,47 - 1,68 = 0,79$. Щоб визначити, чи є ця різниця істотною (значущою) застосуємо критерій Стюдента. Висуваємо нульову гіпотезу H_0 : різниця між середніми значеннями рівнів сформованості професійної культури у майбутніх сімейних лікарів КГ та ЕГ після експерименту відсутня, тоді в ролі альтернативної буде гіпотеза H_1 : різниця між середніми значеннями суттєва.

Для визначення статистичної достовірності різниці між середніми обчислимо спостережуване значення критерію за формулою (3.1):

Обчислимо дисперсії:

$$D_{KG} = \frac{\sum_{i=1}^3 x_i^2 n_{KG_i}}{n_{KG}} - (\bar{x}_{KG})^2 = \frac{27 \cdot 9 + 107 \cdot 4 + 104 \cdot 1}{238} - (1,68)^2 = 0,4336,$$

$$D_{EG} = \frac{\sum_{i=1}^3 x_i^2 n_{EG_i}}{n_{EG}} - (\bar{x}_{EG})^2 = \frac{133 \cdot 9 + 73 \cdot 4 + 36 \cdot 1}{242} - (2,47)^2 = 0,2.$$

Виправлені дисперсії:

$$S_{KG}^2 = \frac{n_{KG}}{n_{KG} - 1} D_{KG} = 0,435, \quad S_{EG}^2 = \frac{n_{EG}}{n_{EG} - 1} D_{EG} = 0,201.$$

Тоді спостережуване значення критерію:

$$t_{cn} = \frac{|\bar{x}_{KG} - \bar{x}_{EG}|}{\sqrt{\frac{S_{KG}^2}{n_{KG}} + \frac{S_{EG}^2}{n_{EG}}}} = \frac{|1,68 - 2,47|}{\sqrt{\frac{0,435}{238} + \frac{0,201}{242}}} = \frac{0,79}{0,0515} = 15,34$$

Розраховане значення порівняємо з табличним, яке вибирається для рівня значущості $\alpha = 0,05$ та $k = 6$:

$$t_{кр}(0,05; 6) = 2,45.$$

Бачимо, що $t_{cn} > t_{кр}$. З цієї нерівності робимо висновок, що гіпотезу H_0 необхідно відхилити. Спостережуване значення критерію значно перевищує табличне значення, а це означає, що різниця між середніми рівнями сформованості професійної культури у студентів КГ та ЕГ суттєва.

Таким чином, можна зробити статистично обґрунтований висновок про ефективність запропонованої нами в ЕГ методики навчання майбутніх сімейних лікарів.

Щоб остаточно в цьому переконатися, необхідно ще статистично перевірити зміни, котрі відбулися в КГ та ЕГ після експерименту.

Для порівняння рівнів сформованості професійної культури у майбутніх сімейних лікарів КГ та ЕГ до та після експерименту усі отримані вище дані об'єднаємо у таблицю 3.8, продемонструвавши динаміку змін, які відбулися в цих групах внаслідок нашого експерименту.

Таблиця 3.8.

**Динаміка рівнів сформованості професійної культури у студентів
КГ та ЕГ до та після експерименту**

Рівні	Експериментальні групи					Контрольні групи				
	До експ.		Після експ.		Дина- міка	До експ.		Після експ.		Дина- міка
	n_i	%	n_i	%	%	n_i	%	n_i	%	%
Високий	17	7	133	55	+48	14	6	27	12	+6
Середній	90	37	73	30	-7	93	39	107	45	+6
Низький	135	56	36	15	-41	131	55	104	43	-12

Порівняємо ЕГ на початковому та кінцевому етапах експерименту.

Скористаємось формулою (3.2), отримаємо:

$$\chi_{спост}^2 = 58564 \left[\frac{\left(\frac{17-133}{242}\right)^2}{150} + \frac{\left(\frac{90-73}{242}\right)^2}{163} + \frac{\left(\frac{135-36}{242}\right)^2}{171} \right] = 148,8.$$

Критичне значення критерію $L=3-1$ ступенів свободи та рівня значущості $\alpha = 0,05$:

$$\chi_{кр}^2 = (2; 0,05) = 5,99.$$

Спостережуване значення критерію значно перевищує критичне значення, тому можна впевнено стверджувати, що в ЕГ відбулися суттєві зміни, і спричинені вони нашою методикою.

Робити висновки щодо відмінностей початкового та кінцевого стану (динаміка) ЕГ недостатньо, адже, можливо, такі зміни відбулися і в КГ, тому порівнюємо рівні сформованості професійної культури у студентів КГ на початковому та кінцевому етапах експерименту. За наведеними вище формулами отримаємо: $\chi^2_{спост} = 5,2$, а критичне $\chi^2_{кр} = (2; 0,05) = 5,99$.

Оскільки спостережуване значення критерію менше за критичне, то говорити про відмінність у КГ до та після експерименту немає змісту, а саме: зміни у покращенні професійної культури у студентів КГ відбулися, але вони є незначними.

Продемонструємо наочно отримані дані за допомогою наступних діаграм.

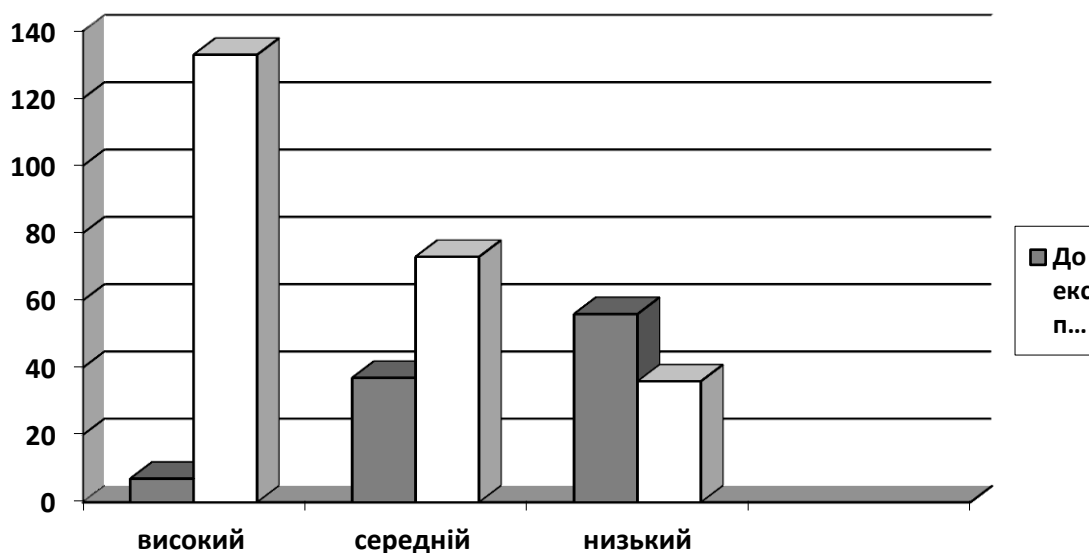


Рис.3.3. Діаграма сформованості професійної культури у студентів ЕГ до та після експерименту

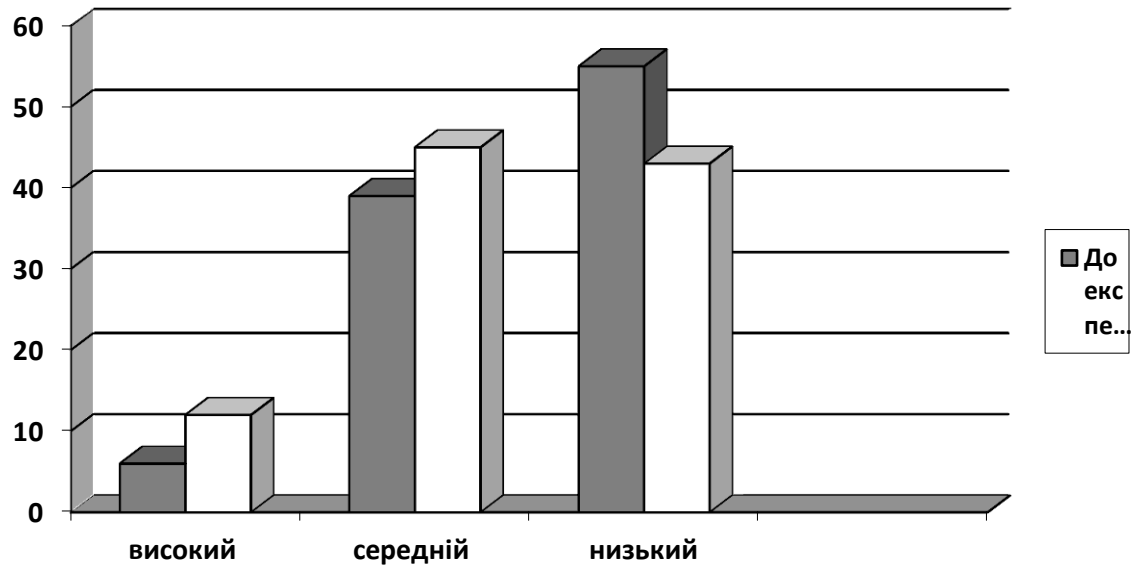


Рис.3.4. Діаграма сформованості професійної культури у студентів КГ до та після експерименту

Характеристику впливу запропонованої нами експериментальної методики з питань формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів одержимо, обчисливши коефіцієнти зміни середніх рівнів у КГ та ЕГ:

$$K_K = \frac{\bar{x}_{KG}''}{\bar{x}_{KG}'} = \frac{1,68}{1,51} = 1,11$$

де K_K – відношення значень середніх рівнів у студентів КГ; \bar{x}_{KG}' - середнє значення до експерименту; \bar{x}_{KG}'' - середнє значення після експерименту.

Коефіцієнт K_K вказує на зміну рівня сформованості досліджуваного явища (професійної культури студентів-медиків) в КГ внаслідок впливу традиційної методики навчання.

$$K_E = \frac{\bar{x}_{EG}''}{\bar{x}_{EG}'} = \frac{1,68}{1,51} = 1,61$$

де K_E – відношення значень середніх рівнів у студентів ЕГ; \bar{x}_{EG}' – середнє значення до експерименту; \bar{x}_{EG}'' – середнє значення після експерименту.

Коефіцієнт K_k вказує на зміну рівня сформованості професійної культури студентів-медиків в КГ за час експерименту.

Коефіцієнт відносного зростання загального рівня професійної культури майбутніх сімейних лікарів ($K_{рез}$) характеризує динаміку зростання рівнів досліджуваного явища в ЕГ та КГ:

$$K_{рез} = \frac{K_e}{K_k} = \frac{1,61}{1,11} = 1,45.$$

Оскільки $K_{рез}$ більший за одиницю, то можна зробити висновок про те, що за час нашого експерименту відбулося підвищення рівня професійної культури у майбутніх сімейних лікарів.

Проведена на заключному етапі дослідження діагностика рівнів сформованості професійної культури свідчить про ефективність запропонованої нами моделі формування професійної культури у майбутніх сімейних лікарів.

Висновки до третього розділу

Експериментальне дослідження проходило в три етапи, кожен з яких був спрямований на розв'язання визначених завдань: пошуково-теоретичний, констатувальний та формувальний.

Пошуково-теоретичний (2012- 2013 рр.) – визначені теоретичні засади проблеми формування професійного мислення майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки; здійснено аналіз стану проблеми на основі вивчення навчально-методичної документації та досвіду роботи медичних університетів; розроблена програма дослідно-експериментальної роботи, обґрунтовані вихідні позиції, визначена методологія та методи дослідження; розроблена методика діагностики рівнів сформованості професійної культури у студентів-майбутніх сімейних лікарів, проведений констатувальний етап експерименту та проаналізовані його результати.

Дослідно-експериментальний (2013- 2015 рр.) – обґрунтовано модель та педагогічні умови, спрямовані на формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів; розроблено методику реалізації педагогічних умов у процесі контекстної підготовки студентів медичного університету; проведено формувальний етап та експериментальну перевірку ефективності педагогічних умов.

Завершальний (2015-2016 рр.) – оброблено та систематизовано одержані матеріали та інтерпретовано результати дослідження, їх теоретичне та практичне оформлення з використанням методів математичної статистики.

Ефективність реалізації запропонованих педагогічних умов підтверджена позитивними змінами.

Так, в експериментальній групі на 48% збільшилася кількість респондентів з високим рівнем, кількість респондентів із середнім і низьким рівнем зменшилася, відповідно, на 7% та 41%.

Аналіз результатів дослідження не засвідчив значної позитивної динаміки рівнів сформованості професійної культури у респондентів контрольної групи.

Так, лише на 6% збільшилася кількість респондентів у цій групі з високим рівнем, на 6% – з середнім рівнем.

Результати свідчать про те, що у студентів ЕГ переважає високий рівень (55%) сформованості професійної культури. При цьому кількість студентів із низьким рівнем зменшилася на 41%.

Проведена на заключному етапі нашого дослідження діагностика сформованості рівнів професійної культури свідчить про ефективність запропонованої нами моделі формування професійної культури у майбутніх сімейних лікарів.

Результати цього розділу висвітлено в публікаціях автора [214, 216].

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. На основі аналізу філософської, психологічної та педагогічної літератури з'ясовано, що професійна культура сімейного лікаря становить самостійну підсистему культури, в основу якої покладено специфіку діяльності лікаря. Основний суб'єкт цієї діяльності – сімейний лікар зі своїми знаннями, особистісно-психологічними якостями, цінностями та ідеалами; взірці поведінки; традиції, встановлені соціальні відносини, соціокультурні норми та стереотипи; медичні символи; спеціальні інститути, що в поєднанні утворюють простір медичної культури. Категорія «професійна культура лікаря» визначається як система цінностей, що складають своєрідний спосіб життя, детермінований специфікою професійної медичної діяльності.

Професійну культуру майбутнього сімейного лікаря розглядаємо як форму медичної культури людства, що існує в межах професійної спільноти медичних працівників і синтезує в собі медичні знання, професійно-теоретичні світогляди, медичні технології й соціальні практики, традиції та специфічну мовну систему, вироблені людством із метою збереження здоров'я і життя людини, боротьби з різними її захворюваннями.

Доведено, що контекстне навчання створює умови для формування професійної культури студента на основі інтеграції знань усіх наукових дисциплін та вирішення модельованих професійних і проблемних ситуацій. Сутність поняття «контекстна підготовка» полягає в інтеграції контекстного та компетентнісного підходів. Цю позицію називаємо контекстно-компетентнісним підходом, що слугує теоретико-методологічною основою контекстної професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів. Специфіка поняття «контекстна підготовка» полягає в тому, що воно є системним і включає навчання професійної лікарської діяльності й виховання майбутніх лікарів, позначаючи цілісний процес спільної діяльності викладача та студентів – майбутніх сімейних лікарів, на кожному етапі якого відбувається трансформація навчальної діяльності в навчально-професійну або

квазіпрофесійну діяльність, формується професійна культура майбутніх лікарів, що характеризує їхню професійну компетентність.

2. Критерії професійної культури майбутніх сімейних лікарів визначалися з огляду на системний характер розуміння культури, виокремлення її структурних компонентів, тлумачення культури як процесу й результату творчого засвоєння й усвідомлення цінностей, технологій у процесі професійної самореалізації особистості медика. Комплексний аналіз наукових джерел стосовно особливостей формування й основних складових професійної культури майбутніх лікарів дозволив нам визначити її основні структурні компоненти та критерії: аксіологічний (ціннісно-мотиваційний критерій), когнітивний (операційно-діяльнісний критерій), особистісний (морально-етичний критерій).

На основі аналізу психолого-педагогічної літератури схарактеризовано три рівні сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів за визначеними критеріями та показниками – високий, середній, низький.

3. Створена модель орієнтована на очікуваний результат і передбачає можливість перевірки та корекції даного процесу, що включає такі складові: мету, методологічні засади, теоретичні основи, діагностику та педагогічні умови, методику їх реалізації.

На основі аналізу психолого-педагогічної літератури й узагальнення результатів констатувального етапу педагогічного експерименту обґрунтовано комплекс педагогічних умов формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів, це зокрема: моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету; забезпечення суб'єктного включення студента в навчальну діяльність на основі ситуаційно-контекстного підходу; розвиток клінічного мислення студента у процесі діалогічної взаємодії та проблемного навчання.

Методика реалізації першої педагогічної умови – *моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності*

студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету – включала: різновиди специфічно медичних проблемних задач, різноманітні проблемні ситуації; інтернет-турніри. Здійснення міжпредметної інтеграції відбувалося за допомогою різноманітних форм і методів її реалізації, а саме: міждисциплінарні лекції; теоретичні комплексні бесіди, лікарські ситуації, ділові ігри, що мають широкий міждисциплінарний контекст, використання тестів інтегрованого змісту тощо.

Друга педагогічна умова – *забезпечення суб'єктного включення студента в навчальну діяльність на основі ситуаційно-контекстного підходу*. Реалізацію цієї педагогічної умови ми здійснювали за допомогою таких методів активного навчання: метод асоціативного навчання, контекстні ситуації (кейс-методи), особистісно-орієнтовані ситуації, професійне позиціонування (власна позиція щодо ситуації).

Вибір третьої педагогічної умови – *розвиток клінічного мислення студента в процесі діалогічної взаємодії та проблемного навчання* – пов'язаний з тим, що головною характеристикою випускника медичного навчального закладу є його компетентність у поєднанні з умінням клінічно мислити. Формування навичок клінічного мислення є основною метою освітнього процесу в медичному вищому навчальному закладі. Лише здатність до прийняття самостійного рішення в конкретній клінічній ситуації, тобто вміння використовувати теоретичні знання в професійній діяльності, є основним критерієм готовності випускника до практичної роботи. Основні форми реалізації цієї педагогічної умови: контекстуальні діалоги, «мозковий штурм», брейн-ринг, аналіз лікарських задач, аналіз навчальних проблем.

4. Результати дослідження свідчать про те, що у студентів ЕГ переважає високий рівень (55%) сформованості професійної культури. При цьому кількість студентів із низьким рівнем зменшилася на 41%. Проведена на заключному етапі нашого дослідження діагностика сформованості рівнів

професійної культури свідчить про ефективність запропонованої нами моделі формування професійної культури у майбутніх сімейних лікарів.

Здійснене дослідження, звісно, не претендує на вичерпний розгляд усіх аспектів цієї проблеми. Напрямами подальших досліджень можуть бути такі: психологічні особливості та чинники формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів; розроблення нових моделей та педагогічних умов, інноваційних технологій і методик формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки.

Отже, мета дослідження досягнута, гіпотеза – підтверджена, завдання – розв'язані.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абаев Ю. К., С. П. Боткин и становление научной клинической медицины (к 180-летию со дня рождения) / Ю. К. Абаев // Здравоохранение. – 2012. – № 9. – С. 69–76.
2. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук / А. О. Агаркова. – К., 2011. – 21 с.
3. Азаров Ю.П. Искусство воспитывать / Ю. П. Азаров. – М.,1985. – 448 с.
4. Акімова О. В. Формування творчого мислення майбутнього вчителя : [Монографія] / О. В. Акімова. – Вінниця : друк ТОВ фірма «Планер», 2013. – 340 с.
5. Амеліна С. М. Самодіагностика рівня культури професійного спілкування студентів аграрних ВНЗ / С. М. Амеліна // Педагогіка і психологія формування творчої особистості : проблеми і пошуки : зб. наук. праць. – К. : Запоріжжя, 2008. – Вип. 48. – С. 7–10.
6. Амонашвілі Ш. О. Школа життя / Пер. з рос. – Хмельницький : Подільський культурно-просвітницький центр ім. М. К. Реріха, 2002. – 170 с.
7. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – М. : Педагогика, 1980. – 230 с.
8. Андрейчин М. А. Особливості навчання іноземних студентів на випускному курсі медичного вищого навчального закладу / М. А. Андрейчин, І. Я. Господарський, О. Л. Івахів. // «Проблеми навчання іноземних студентів у медичних вищих навчальних закладах України». Всеукраїнська конф. 19-20 квітня 2002 року, м. Тернопіль . – Медична освіта. – 2002. – С. 21–23.
9. Андрійчук О. Я. Виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня

- канд. пед. наук : спец. 13.00.07 «Теорія та методика виховання» /
О. Я. Андрійчук. – К., 2003. – 19 с.
10. Андрійчук О. Я. Виховання гуманності у студентів медичного коледжу в процесі фахової підготовки : дис. канд. пед. наук: спец. 13.00.07 /
О. Я. Андрійчук ; Волинський ін-т післядипломної пед. освіти. – Луцьк,
2003. – 193 с.
11. Андрущенко В. П. Пріоритети розвитку освіти ХХІ ст. /
В. П. Андрущенко // Актуальні філософські та культурологічні
проблеми сучасності. – К. : Знання України, 2000. – С. 3–11.
12. Артюхина А. И. Образовательная среда высшего учебного заведения как педагогический феномен (на материале проектирования образовательной среды медицинского университета) : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.08 / А. И. Артюхина. – Волгоград, 2007. – 377 с.
13. Арутюнов С. А. Этнографическая наука и культурная динамика // Исследования по общей этнографии / С. А. Арутюнов. – Минск : Изд-во БГУ, 1983. – 347 с.
14. Асмолов А. Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа / А. Г. Асмолов. – М. : Смысл, 2001. – 416 с.
15. Бабаліч В. А. Формування у студентів медичного коледжу готовності до пропаганди і реалізації ідей здорового способу життя у майбутній професійній діяльності : дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / В. А. Бабаліч. – Кіровоград, 2006. – 196 с.
16. Бабенко П. А. Формирование толерантности как профессиональной компетентности в процессе подготовки будущих врачей : дис. канд. пед. наук : 13.00.08 / П. А. Бабенко. – Ростов-на-Дону, 2009. – 155 с.
17. Багдасарьян Н. Г. Культурология : учебник для вузов / Н. Г. Багдасарьян. – М. : Высшая школа, 2001. – 511 с.

- 18.Бакальчук В. О. Толерантність як ціннісна складова української культурної ідентичності / В. О. Бакальчук // Стратегічні пріоритети. – 2007. – № 2 (3). – С. 153–158.
- 19.Бакшаева Н. А. Психология мотивации студентов: учеб. пособие / Н. А. Бакшаева, А. А. Вербицкий. – М. : Логос, 2006. – 184 с.
- 20.Бакштановский В. И. Профессиональная этика : социологические ракурсы // В. И. Бакштановский, Ю. В. Согомонов / Социс. 2005. – № 8. – С. 3–12.
- 21.Балл Г. А. Психолого-педагогические основы гуманизации образования / Г. А. Балл // Образование и управление. – 1997. – С. 21–36.
22. Балл Г. А. Психологические аспекты гуманизации образования : Кн. для учителя / Г. А. Балл. – К. : – Ровно. 1996. – 128 с.
23. Балл Г. А. О психологических основах формирования готовности к профессиональному труду / Г. А. Балл // Психолого-педагогические проблемы профессионального образования: научно-методический сборник / ред. И. А. Зязюн и др. – М., 1994. – С. 98–100.
- 24.Баракат Н. В. Аксиологический аспект медицинской деятельности // Вестн. Волгогр. гос. ун-та / Н. В. Баракат. Сер. 7. № 3(15). 2011. – С. 165–168.
- 25.Баталов А. А. Медицинская культура населения и её отношение к профессиональной и народной медицине / А. А. Баталов, А. В. Лирман, З. М. Мельникова // Духовное производство и народная культура : Сб. науч. тр. – Свердловск, 1988. – С.103–116.
- 26.Батышев С. Я. Реформа профессиональной школы (опыт, поиск, задачи, пути реализации). – М. : Высшая школа, 1987. – 343 с.
- 27.Бахтин М. М. Эстетика словесного творчества / М. М. Бахтин. – М. : Искусство, 1986. – 354 с.

28. Беспалько В. П. Слагаемые педагогической технологии / В. П. Беспалько. – М. : Педагогика, 1989. – 192 с.
29. Бех І. Д. Теоретико-прикладний смисл компетентностного підходу в педагогіці / І. Д. Бех // Педагогіка і психологія (Вісник АПН України). – 2009. – № 2 (63). – С. 26–31.
30. Бех І. Д. Воспитание личности: в 2-х кн. : науч.-метод. пособие / І. Д. Бех. – К. : Лыбидь. 2003. – 344 с.
31. Бех І. Д. Особистісно-зорієнтоване виховання / І. Д. Бех. – К., 1998. – 203 с.
32. Бех І. Д. От воли к личности / І. Д. Бех. – К. : Украина. – Вита. 1995. – 202 с.
33. Беляева О. М. Деякі аспекти викладання клінічної термінології студентам-іноземцям / О. М. Беляева // «Особливості організації навчально-виховного процесу зі студентами-іноземцями у медичному ВУЗі» Матеріали доповідей навч.-метод. конф. – Полтава. – 2003. – С. 14–17.
34. Бібік Н. М. Компетентісний підхід : рефлексивний аналіз застосування / Н. М. Бібік // Компетентісний підхід у сучасній освіті : світовий досвід та українські перспективи. – К. : К.І.С., 2004. – С. 47–52.
35. Библер В. С. Диалог о диалоге / В. С. Библер // Вопросы философии. 1992. – № 12. – С. 139–150.
36. Библер В. С. Культура. Диалог культур (опыт определения) Текст. / В. С. Библер // Вопросы философии. 1989. – № 6. – С. 31–42.
37. Библер В. С. От наукоучения – к логике культуры : Два философских введения в XXI век В. С. Библер / М., 1991. – 413 с.
38. Бігич О. Б. Методика формування міжкультурної іншомовної комунікативної компетенції: курс лекцій / О. Б. Бігич, Н. Ф. Бориско, Г. Е. Борецька та ін. / за ред. С. Ю. Ніколаєвої. – К. : Ленвіт, 2011. – 344 с.

39. Білоус Т. М. Виховання толерантності в студентів вищих педагогічних навчальних закладів у процесі вивчення іноземної мови : дис. канд. пед. наук : 13.00.07 / Т. М. Білоус. – Рівне, 2004. – 231 с.
40. Билибин А. Ф. Методологические аспекты врачевания / А. Ф. Билибин // Медицинская этика и деонтология. – Москва. – 1983. – 272 с.
41. Билибин А. Ф. О клиническом мышлении / А. Ф. Билибин. Г. И. Царегородцев. – М. : Медицина, 1973. – 168 с.
42. Билибин А. Ф. Культура мышления врача / А. Ф. Билибин // Здравоохранение. – 2010. – №7. – С. 46–53.
43. Богданова И. М. Социальная педагогика / И. М. Богданова – К. : Знання, 2008. – 343 с.
44. Богданова Л. В. К вопросу о культуре профессионального общения / Л. В. Богданова // Юбилейный сб. тр. ученых РГАФК, посвященный 80-летию академии. – М., 1998. – Т. 3. – 388 с.
45. Бойчук І. Д. Дидактичні умови та критерії підготовки фармацевтів / І. Д. Бойчук // Сьогоднішня та майбутня фармація : тези доповідей Всеукр. конгресу «Сьогоднішня та майбутня фармація», (м. Харків, 16–19 квітня 2008 р.) / ред. кол. В. П. Черних та ін. – Х. : Вид-во НФаУ, 2008. – 603 с.
46. Болонский процесс : Документы / [Составители: З. І. Тимошенко, Ю. А. Гапон, Ю. И. Палехай. – К. : Знання, 2004 – 500 с.
47. Большая медицинская энциклопедия. – М., 1980. Т.14. – 465 с.
48. Бондарева Л. И. Учебный тренинг как средство профессиональной подготовки будущих менеджеров организаций в экономических университетах : автореф. на соискание наук. степени канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / Л. И. Бондарева. – К, 2006. – 23 с.
49. Бордовская Н. В. Педагогика : учебник для вузов / Н. В. Бордовская, А. А. Реан. СПб : Питер, 2000. – 304 с.

50. Братченко С. Л. Развитие у студентов направленности на диалогическое общение в условиях групповой формы обучения : Дис. канд. пед. наук / С. Л. Братченко. – ЛГУ, 1987. – 268 с.
51. Бурман Л. В. Педагогічні умови формування діалогічних умінь у студентів вищих навчальних педагогічних закладів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 / Л. В. Бурман. – Тернопіль, 2008. – 21 с.
52. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика : Учебник для вузов / Л. Ф. Бурлачук. – СПб. : Питер, 2003. – 351 с.
53. Бутвиловский А. В. Профессиональная медицинская культура [Текст] / А. В. Бутвиловский [и др.] // Военная медицина : научно-практический рецензируемый журнал. 2013. – № 4. – С. 6 – 7.
54. Васюк А. Г. Психологические особенности профессионального становления личности врача : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук / А. Г. Васюк. – М., 1993. – 22 с.
55. Васянович Г. П. Педагогічна етика : навч. посіб. / Г. П. Васянович. – К. : Академвидав, 2011. – 256 с.
56. Ващенко Г. Виховний ідеал / Г. Ващенко. – Полтава : Полтавський вісник, 1994. – 191 с.
57. Веллейс О. Історія сімейної медицини: online доступ НТТР : / Оберт Веллейс // [Електронний ресурс] Режим доступу: [<http://mediclab.com.ua/index.php?newsid=15989>]
58. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод., допов. на CD) / Уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. – К. : Ірпінь : ВТФ «Перун», 2009. – 1736 с.
59. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход / А. А. Вербицкий. – М. : Высш. шк., 1991. – 205 с.
60. Вербицкий А. А. Инварианты профессионализма: проблемы формирования: монография / А. А. Вербицкий, М. Д. Ильязова. – М. : Логос, 2011. – 288 с.

- 61.Вербицкий А. А. Контексты содержания образования / А. А. Вербицкий, Т. Д. Дубовицкая. – М. : РИЦ МГОПУ им. М. А. Шолохова, 2003. – 80 с.
- 62.Вербицкий А. А. Личностный и компетентностный подходы в образовании: проблемы интеграции / А. А. Вербицкий, О. Г. Ларионова. – М. : Логос, 2009. – 336 с.
- 63.Вергасов В. М. Активизация мыслительной деятельности студента в высшей школе / В. М. Вергасов. – Киев : Вища школа, 1979. – 213 с.
- 64.Верхратський С. А. Історія медицини / С. А. Верхратський. – К.: Здоров'я. 2011. – 352 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу http://kingmed.info/knigi/Istoriya_medicsiny/book_2334/Istoriya_medicsini-Verhratskiy_SA-2011
- 65.Вища освіта та наука – пріоритетні сфери розвитку суспільства у ХХІ столітті. Рішення колегії Міністерства освіти та науки України від 28.02.03. // Інф. зб. Міносвіти та науки України. – 2003. – № 8. – С. 3–14.
- 66.Волкова В. В. Формування професійної спрямованості студентів-менеджерів на початковому етапі навчання (на матеріалі англійської мови) : Дис. канд. пед. наук : 13.00.01 / В. В. Волкова. – К., 2000. – 205 с.
- 67.Вороненко Ю. В. Актуальні проблеми розвитку системи підготовки іноземних студентів у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах України / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Фисун // «Проблеми навчання іноземних студентів у медичних вищих навчальних закладах України». Всеукраїнська конф. 19-20 квітня 2002 року, м. Тернопіль. – Медична освіта. – 2002. – С. 14–16.
- 68.Воронов М. В. Совершенствование профессиональной подготовки студентов высших медицинских учебных заведений в педагогическом наследии Н. И. Пирогова / М. В. Воронов, С. Г. Петров // Український

- журнал клінічної та лабораторної медицини. – Том 2. – 2007. – № 1. – С. 3-9.
69. Гадамер Х. Г. Истина и метод : Основы филос. герменевтики : Пер. с нем. / Общ. ред. и вступ. ст. Б. Н. Бессонова. – М. : Прогресс, 1988. – 704 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://yanko.lib.ru/books/philosoph/gadamer-istina_i_metod.pdf.
70. Галузеві стандарти вищої освіти України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://testcentr.org.ua/index.php/menu-methwork.html>
71. Ганич Д. І. Словник лінгвістичних термінів / Д. І. Ганич, І. С. Олійник. – К. : Вища школа, 1985. – 321 с.
72. Головіна О. Ю. Духовність особистості: проблеми та перспективи психологічного дослідження / Л. Ю. Головіна // Психологія і особистість. 2016. – № 1 (9). – С. 278–289.
73. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник / С. У. Гончаренко. – К. : Либідь, 1997. – 375 с.
74. Горський В.С. Філософія в українській культурі. – К., 2001. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nru.org.ua/blogs/bloh-oleha-hryniva/1419-istoriya-ukrayinskoyi-filosofiyi>.
75. Грицай Н. Реалізація контекстного підходу у викладанні методики навчання біології / Н. Грицай // Витоки педагогічної майстерності. – 1012. – №10. – С. 56–61.
76. Гуськов Е.П. Метахимия природы (К 50-летию открытия структуры ДНК) / Генетика. Эволюция. Культура : Избранные труды / Е. П. Гуськов, Ю. А. Жданов. Ростов н/д. : Изд-во СКНЦ ВШ ЮФУ, 2007. – С. 29.
77. Гуревич П. С. Культурология : учебник для вузов / П. С. Гуревич. – М. : Проект, 2003. – 336 с.
78. Гуревич Р. С. Реалізація компетентнісного підходу у вищій школі на основі використання ідей контекстного навчання / Р. С. Гуревич //

- Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців : методологія, теорія, досвід, проблеми : Зб. наук. пр. – Вінниця, ТОВ «Планер», 2014. – [вип. 37]. – С. 46–52.
79. Гуревич Р. С. Контекстне професійне навчання в мережевих спільнотах / Р. С. Гуревич // Освіта дорослих : теорія, досвід, перспективи. Зб. наук. праць. – Київ-Луганськ, НЮЛІ Дж, 2014. – [Вип.1(8)]. – С. 269–274.
80. Далдаева Т. И. Применение технологий контекстного обучения для развития профессиональной позиции будущих юристов в вузе / Т. И. Далдаева. // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 11–7. – С. 1436–1440.
81. Двіжона О. В. Психологічні особливості формування професійних якостей майбутнього медичного психолога. : дис... канд. наук : 19.00.07 / О. В. Двіжона. – Івано-Франківськ, 2004. – 250 с.
82. Декларация о ликвидации всех форм нетерпимости и дискриминации на основе религии или убеждений. Резолюция 36/55 211 Генеральной Ассамблеи ООН от 25 ноября 1981 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://zakon.nau.ua/doc/?code=995_284.
83. Декларация о мерах по ликвидации международного терроризма. Утверждена резолюцией 49/60 Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1994 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://zakon.nau.ua/doc/?code=995_502.
84. Декларация принципов толерантности. Утверждена резолюцией 5.61 Генеральной конференцией ЮНЕСКО от 16 ноября 1995 года / Век толерантности : Научно-публицистический вестник. – М. : МГУ, 2001. – С. 131–137.
85. Декларация Мехико щодо політики у сфері культури. ЮНЕСКО, Міжнародний документ 06.08.1982 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_730.

86. Декларація про права осіб, що належать до національних або етнічних, релігійних та мовних меншин. Резолюція 47/135 Генеральної Асамблеї ООН від 18 грудня 1992 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_318.
87. Декларація про расу та расові заборони ЮНЕСКО. Міжнародний документ від 27.11.1978 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_906.
88. Делянченко В. М. Виховання навичок толерантної поведінки в полікультурному студентському середовищі / В. М. Делянченко // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка, 2013. – № 3 (262) : Педагогічні науки. – С. 249–257.
89. Демокрит. Изречения Демокрита. История зарубежной дошкольной педагогики : Хрестоматия // Сост. Н. Б. Мчедлидзе и др. – М. : Просвещение, 1986. – 464 с.
90. Дем'яненко Н. М. Компетентнісно-контекстна підготовка педагогічних кадрів / Н. М. Дем'яненко // Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету : Збірник наукових праць звітної наукової конференції викладачів університету за 2011 рік, 9-10 лютого 2012 року. Частина 1. / Укл. Г. І. Волинка, О. В. Уваркіна, О. П. Симоненко, О. П. Ємельянова. – К. : Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, 2012. – С. 159–160.
91. Дем'яненко Н. М. Сучасні тенденції підготовки педагогічних кадрів: системний аналіз і спроба моделювання [Електронний ресурс] / Дем'яненко Н. М. – Режим доступу: <http://www.artek.ua/information/Artek%20-%20CO-EXISTENCE%20emagazine/demyanenko.doc>.
92. Дем'яненко Н. М. Теорія і практика контекстного навчання : освітній простір педагогічної магістратури / Н. Дем'яненко // Рідна школа . – 03/2013 . – № 3 . – С. 12–16.

93. Денисов И. Н. Общая врачебная практика (семейная медицина) : перспективы развития / И. Н. Денисов // Здравоохранение. – 2003. – № 12. – 1522 с.
94. Денисова О. В. Становление профессиональной идентичности студента-медика в образовательном процессе вуза : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук / О. В. Денисова. – Екатеринбург, 2008. – 21 с.
95. Державна національна програма «Освіта України : ХХІ століття». – К.: Райдуга, 1994. – 61 с.
96. Дольнікова Л. В. Інтегративно-диференційований підхід до структурування змісту природничих дисциплін у медичних колледжах : Дис... канд. пед. наук : 13.00.04 / Л. В. Дольнікова; АПН України; Інститут педагогіки і психології професійної освіти. – К., 2000. – 187 с.
97. Дружилов С. А. Психологические проблемы формирования профессионализма и профессиональной культуры специалиста / С. А. Дружилов. – Новокузнецк : ИПК, 2000. – 127 с.
98. Дудікова Л. В. Формування готовності до професійного самовдосконалення у майбутніх лікарів : дис. кандидата пед. наук: 13.00.04 / Л. В. Дудікова. – Вінниця, 2011. – 230.
99. Дудник И. Н. Роль самостоятельной работы в обучении иностранных студентов в медицинском ВУЗе / И. Н. Дудник, В. И. Черний, Е. Ю. Рождественский и др. // Матеріали VIII Міжнародної наук. – практич. конф. «Наука і освіта 2005» – Дніпропетровськ : Наука і освіта. – 2005. – Т. 32. – С. 16–18.
100. Дудник И. Н. Некоторые аспекты повышения качества обучения иностранных студентов с учетом специфики ВУЗов медицинского профиля / Дудник И. Н., Черний В. И., Рождественский Е. Ю. и др. // Первая Всеукраинская науч. - практич. конф. «Образовательный процесс : взгляд изнутри» : Сборник науч. трудов – Днепропетровск . – 2005. – С. 21–23.

101. Думанский Ю. В. Семейный врач (врач общей практики) / Ю. В. Думанский, О. В. Синяченко, Г. А. Игнатенко. – Донецк : Издательство Медуниверситета, 2012. – 253 с.
102. Жарова М. Н. Человек врачующий: целитель – врачеватель – врач / М. Н. Жарова // Альманах современной науки и образования. Тамбов : Грамота, 2010. № 1 (32): в 2-х ч. Ч. 2. – С. 39–43.
103. Жарова М. Н. Психология общения : учеб. для студ. учреждений сред. проф. образования / М. Н. Жарова. – М. : Издательский центр «Академия», 2014. – 256 с.
104. Жданов Ю. А. Проблемы теории и истории культуры / Ю. А. Жданов, В. Е. Давидович // Сущность культуры. Изд. 2-е, перераб / Отв. ред. Ю. Г. Волков. – Ростов на Дону: Наука-пресс, 2005. – 432 с.
105. Желанова В. В. Контекстне навчання майбутнього вчителя початкових класів : теорія та технологія : монографія / В. В. Желанова. Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка». – Луганськ : Вид-во «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2013. – 505 с.
106. Желанова В. В. Педагогічні задачі контекстного типу як засіб формування рефлексивної компетентності майбутнього вчителя початкових класів / В. В. Желанова // Педагогічний дискурс. – 2012. – Вип. 12. – С. 149–155.
107. Жилиева О. А. Роль языка в становлении профессиональной культуры врача : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. культурологии. / О. А. Жилиева. – Улан-Уде, 2009. – 22 с.
108. Жилиева О. А. Профессиональная культура врача как культурологическая проблема / О. А. Жилиева // Вестн. Бурят. гос. ун-та. Сер. Философия, социология, политология, культурология. – 2009. Вып. 6 – С. 242–245.
109. Жлуктенко В. І. Теорія ймовірностей і математична статистика: Навч.-метод. посібник : У 2-х ч. – Ч. II. Математична статистика /

- В. І. Жлуктенко, С. І. Наконечний, С. С. Савіна. – К. : КНЕУ, 2007. – 268 с.
110. Жукова И. А. Контекстное обучение как средство формирования профессиональной компетентности будущих юристов : дис. ... канд. пед. наук. – М., 2011. – 252 с.
111. Журавльова Л. П. Психологія емпатії: монографія / Л. П. Журавльова. – Житомир : Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2007. – 328 с.
112. Заблоцька О. С. Міжнародний досвід формування компетенцій / О. С. Заблоцька // Вісник Житомирського державного університету. – Вип. 42. – Педагогічні науки. – 2008. – С. 20 – 24.
113. Завилянський І. Я. Врач и больной (вопросы врачебной деонтологии, этики и психотерапии) / И. Я. Завилянський. – Киев, Здоров'я, 1964. – 88 с.
114. Зайченко І. В. Педагогіка : Навчальний посібник / І. В. Зайченко. – К. : Освіта України, КНТ, 2008. – 528 с.
115. Закон України «Про освіту» № 1060-ХІІ, із змінами від 11 червня 2008. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.osvita.org.ua/pravo/law_00/.
116. Золотухін Г. О. Фахова мова медика : Підручник / Г. О. Золотухін, Н. П. Литвиненко, Н. В. Місник. – К., Здоров'я, 2002. – 392 с.
117. Зязюн І. А. Гуманістична парадигма в освіті / І. А. Зязюн // Вища освіта в Україні : реалії, тенденції, перспективи розвитку. – К. : Знання, 1996. – С. 8–12.
118. Зязюн І. А. Культура і суспільство. Українська та зарубіжна культура : навч. посібник / І. А. Зязюн. – К. : Знання, 2002. – С. 46 – 66.
119. Зязюн І. А. Краса педагогічної дії: [навчальний посібник для вчителів, аспірантів, студентів середніх та вищих навчальних

- закладів] / І. А. Зязюн, Г. М. Сагач. – К. : Українсько-фінський інститут менеджменту і бізнесу, 1997. – 302 с.
120. Эльштейн Н. В. Медицинская этика и современность / Н. В. Эльштейн // Клиническая медицина. – 2000. – № 11. – С. 14–17.
121. Енциклопедія освіти // Акад. пед. наук; гол. ред. В. Г. Кремень. – К.: Юрінком Інтер, 2008. – 1040 с.
122. Этимологический словарь украинского языка: В 7 т. / Редкол. А. С. Мельничук (голов. ред.) и др. – К. : Наук. мнение. 1983. – Т. 5. Сост. : Г. В. Болдырев и др. – 2006. – 704 с.
123. Елагина Л. В. Формирование культуры профессиональной деятельности будущего специалиста на основе компетентностного подхода. Методология, теория, практика: моногр. / Л. В. Елагина. – М. : Компания. Спутник+, 2008. – 413 с.
124. Ємець А. Стан та перспективи підготовки фахівця сімейної медицини в Україні / А. Ємець // Витоки педагогічної майстерності. – 2014. – № 14. – С. 85 – 92.
125. Игнатов В. Г. Профессиональная культура и профессионализм государственной службы: контекст истории и современности : учеб. пособ. / В. Г. Игнатов, В. К. Белолипецкий. – Ростов на Д. : Издательский центр «МарТ», 2000. – 253 с.
126. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2002. – 512 с.
127. Ильясов Д. Ф. Принцип регулируемого эволюционирования в педагогике / Д. Ф. Ильясов, Г. Н. Сериков. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 336 с.
128. Исаев И. Ф. Профессионально-педагогическая культура преподавателя [Текст] / И. Ф. Исаев. – 2-е изд., испр. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 187 с.
129. Исаев И. Ф. Аксиологический и культурологический подходы к исследованию проблем педагогического образования в научной школе

- В. А. Слостенина / И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов // Известия Российской академии образования. – 2000. – № 3. – С. 45–58.
130. Ісаєва О. Інноваційний підхід щодо культурно-освітнього середовища вищих медичних закладів освіти / О. Ісаєва // Витоки педагогічної майстерності. – 2014. №13. – С. 157–162.
131. Ісаєнко С. А. Формування професійної культури у студентів інженерно-технічних спеціальностей засобами іноземної мови : Дис... канд. пед. наук : 13.00.04 / С. А. Ісаєнко. – К., 2009. – 227 с.
132. Исследования гуманитарных систем. Вып. 1. Теория педагогической системы Н. В. Кузьминой : генезис и следствия / Под ред. В. П. Бедерхановой, сост. А. А. Остапенко. – Краснодар : Парабеллум. – 2013. – 90 с.
133. Іщук В. В. Проектування професійної підготовки майбутніх учителів фізичного виховання на засадах контекстного навчання [Текст] : автореферат канд. пед. наук, спец. : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / В. В. Іщук. – Переяслав-Хмельницький : ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький держ. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди», 2014. – 21 с.
134. Казаков В. Н. Внедрение информационных технологий обучения как средство оптимизации качества подготовки специалистов в медицинском ВУЗе / В. И. Казаков, А. П. Волосовец, А. Н. Талалаенко и др. // «Актуальні питання педагогіки вищої школи»: Зб. наук. праць. – Донецьк. – 2004. – С. 3–6.
135. Казаков В. Н. Роль медицинского образования в гуманизации здравоохранения и общества в Украине (по материалам доклада на форуме интеллигенции 14 марта 2008 год, г. Донецк) / В. Н. Казаков // Університетська клініка. – 2008. – № 1. – С. 32–34.
136. Кайдалова Л. Г. Професійне спілкування фахівців фармації : посіб. для провізорів-інтернів зі спец. «Загальна фармація», «Клінічна фармація» / Л. Г. Кайдалова – Х. : Вид-во НФаУ, 2013. – 82 с.

137. Кайдалова Л. Г. Психологія спілкування : навч. посіб / Л. Г. Кайдалова, Л. В. Пляка. – Х. : НФаУ, 2011. – 132 с.
138. Калінін В. О. Формування професійної компетентності майбутнього вчителя іноземної мови засобами діалогу культур : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / В. О. Калінін. – Житомир, 2005. – 173 с.
139. Капська А. Й. Соціальна робота : деякі аспекти роботи з дітьми та молоддю : Навчально-методичний посібник / А. Й. Капська. – К.: УДЦССМ, 2001. – 220 с.
140. Кардашевська Г. Е. Професійні ціннісні орієнтації майбутніх лікарів / Г. Е. Кардашевська // Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. – 2013. – № 15. – С. 70–75.
141. Кахно І. В. Детермінанти особистісного становлення студентів-медиків на етапі професійного навчання / І. В. Кахно // Зб. наук. праць КПНУ. – К. : [б. в.], 2010. – С. 418 – 428.
142. Климов Е. А. Психология профессионала: избр. психол. тр. / Е. А. Климов. – М. : Изд-во Моск. психолого-социального ин-та, Воронеж : Изд-во «МООДЭК», 2003. – 456 с.
143. Клепко С. Цінності буття і цінності освіти / С. Клепко // Філософські обрії. Науково-теоретичний журнал інституту філософії імені Г. С. Сковороди НАН України та Полтавського державного педагогічного університету імені В. Г. Короленка. – Вип. 10. – Київ-Полтава, 2003. – С. 260 – 271.
144. Клинченко Т. Культурний плюралізм : ідейні, правові засади і українські реалії / Т. Клинченко // Зміни у свідомості українського суспільства на зламі тисячоліть. – К., 2001. – С. 176 – 182.
145. Кміт Я. М. Дидактичні особливості інтеграції знань і вмінь з природничих дисциплін у процесі підготовки студентів-іноземців до навчання у вищій медичній школі : дис. канд. пед. наук : спец. 13.00.01 / Я. М. Кміт. АПН України. – К., 1995. – 183 с.

146. Ковальчук Л. Я. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес / Л. Я. Ковальчук // Медична освіта. – 2000. – № 1. – С. 18–20.
147. Ковтун О. В. Контекстний підхід як методологічний концепт формування професійно-мовленнєвої діяльності майбутніх авіаційних операторів / О. В. Ковтун // Вища освіта України. – Дод. 4. – Т. V (23). – 2010. – Темат. вип. «Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору». – С. 459–468.
148. Коджаспирова Г. М. Педагогический словарь / Г. М. Коджаспирова, А. Ю. Коджаспиров. – М. : ИКЦ «Март»; Ростов н/Д : Издательский центр «Март», 2005. – 448 с.
149. Козяр М. М. Теоретичні та методичні засади професійної підготовки особового складу підрозділів з надзвичайних ситуацій : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / М. М. Козяр. Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. – К., 2005. – 41 с.
150. Колесник Ю. М. Професійно-етична складова та «етичний кодекс лікаря України» у формуванні світогляду майбутнього медичного спеціаліста / Ю. М. Колесник, Ю. М. Нерянов, В. А. Візир, О. В. Деміденко // Медична освіта. – 2014. – № 3(дод.). – С. 101–103.
151. Колечко О. Професіоналізація як чинник розвитку професійної ідентичності особистості / О. Колечко // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2009. – № 4. – С.153–160.
152. Комар О. Модернізація професійної освіти: інтерактивний підхід / О. Комар. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://library.udpu.org.ua/library_files/psuh_pedagog_probl_silsk_shkolu/22/visnuk_5.pdf.
153. Контекстний підхід у безперервній освіті [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://psi-help.com/pdruchniki-z-pedagogki-ta->

- psixolog/17-shlyaxi-pdvishhennya-profesjnodyalnost-vchitelya/109-kontekstnij-pdxd-v-bezperervnj-osvt.html.
154. Концепції гуманітарного розвитку України на період до 2020 року. МОН, № 1/9-584 від 20 серпня 2012 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://osvita.ua/legislation/Vishya_osvita/30817/.
155. Концепція гуманітарної освіти України : Педагогічні концепції / Всеукраїнське Педагогічне Товариство ім. Г. Ващенко; Київський національний ун-т ім. Т. Г. Шевченка; Ін-т українознавства; Академія наук вищої освіти України; Ред. тижневика «Освіта». – К. : Школяр, 1997. – 149 с.
156. Копетчук В. А. Професійна спрямованість навчання предметів природничо-математичного циклу в медичному коледжі : дис. канд. наук : спец. 13.00.04 / В. А. Копетчук; 2009. – 288 с.
157. Корінний М. М. Короткий енциклопедичний словник з культури / М. М. Корінний, В. Ф. Шевченко. – К. : Україна, 2003. – 384 с.
158. Корольова Т. В. Модель формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у процесі гуманітарної підготовки / Т. В. Корольова // Науковий вісник Ужгородського національного університету / Ужгородський національний університет. – Ужгород. 2011. – С. 66–69.
159. Кочарян И. А. Опросник диагностики личностного симптомокомплекса ответственности (ОДЛСО) и оценка его психометрических характеристик / И. А. Кочарян // Вестник Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина. Серия Психология. – 2008. – № 807. – С. 179–186.
160. Кочетов Г. М. Механизм процесса профессионализации / Г. М. Кочетов. – Томск. 1975. – 235 с.
161. Краткий курс лекций по дисциплине «Культурология». // [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://studme.org/158407205560/kulturologiya/kulturologiya>.

162. Краткий курс лекций по дисциплине «Общая психология». // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://studme.org/38484/psihologiya/obschaya_psihologiya.
163. Кривонос О. Б. Формування професійно-творчих умінь студентів медичних коледжів у навчальній діяльності : Дис. канд. пед. наук / О. Б. Кривонос. – Суми : Сумський державний педагогічний університет, 2008. – 187 с.
164. Крылова Н. Б. Формирование культуры будущего специалиста / Н. Б. Крылова – М. : Высшая школа, 1990. – 142 с.
165. Крылова Н. Б. Культурология образования / Н. Б. Крылова. – М. : Народное образование, 2000. – 272 с.
166. Крсек О. Є. Формування професійної мовленнєвої культури студентів медичних університетів як компоненти їх духовності : автореф. дис. кан. пед. наук: 13.00.07 / О. Є. Крсек; Східноукр. нац. ун-т ім. В. Даля. – Луганськ, 2006. – 20 с.
167. Круглова Л. К. Дефицит культуры : пути преодоления / Л. К. Круглова. – Л., Знание, 1990. – 16 с.
168. Кузнецова В. Г. Формування гуманістичних цінностей у майбутніх вчителів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / В.Г. Кузнецова. – Луганськ, 2001. – 20 с.
169. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів : дис. ...канд. пед. наук: спец. 13.00.04 / І. В. Кузнецова; Харківський держ. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. – Х., 2004. – 205 с.
170. Культурологія. Українська та зарубіжна культура : навч. пос. / М. М. Закович, І. А. Зязюн, О. М. Семашко, О. Л. Шевчук, Ж. О. Безвершук та ін.; за ред. М. М. Заковича. – 4-те вид., виправл. і доп. – Київ : Знання, 2009. – 592 с.

171. Культурология: учебник // Под ред. Ю. Н. Солонина, М. С. Кагана. – М. : Высшее образование, 2005. – 566 с.
172. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медсестер у процесі фахової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / К. М. Куренкова. – Харків, 2009. – 21 с.
173. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медичних сестер у процесі фахової підготовки / дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / К. М. Куренкова. – Харків, 2009. – 253 с.
174. Лаврентьев Г. В. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов / Г. В. Лаврентьев, Н. Б. Лаврентьева. Ч. 1. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2002. – 156 с.
175. Лаврентьев Г. В. Инновационные обучающие технологии в профессиональной подготовке специалистов / Г. В. Лаврентьев, Н. Б. Лаврентьева, Н. А. Неудахина. Ч. 2. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2002. – 232 с.
176. Латыпов И. А. Информационное общество. / Социальная философия : Словарь / Сост. и ред. В. Е. Кемеров, Т. Х. Керимов. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Академический Проект; Екатеринбург : Деловая Книга, 2006. – 649 с.
177. Левченко Г. Ф. Семейная медицина. Учебное пособие / Г. Ф. Левченко. – Луганськ : Из-во ВУГУ, 2000. – 260 с.
178. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Академия, 2004. – 352 с.
179. Лісовий М. І. Формування професійного мовлення майбутніх медичних працівників у вищих медичних навчальних закладах : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / М. І. Лісовий. – Вінниця, 2006. – 196 с.
180. Лихачев Д. С. Земля родная : Кн. для учащихся / Д. С. Лихачев. – М., 1983. – 256 с.

181. Лихачев Д. С. Культура как целостная среда / Д. С. Лихачев // Новый мир. – 1994. – № 8. – С. 3–8.
182. Лозинська Л. Ф. Виховання толерантності у студентів вищих медичних навчальних закладів : автореф. на здобуття наук. ступ. канд. пед. наук: спец. 13.00.07 «Теорія і методика виховання» / Л. Ф. Лозинська. – Луганськ : Східноукраїнський нац. ун-т ім. В. Даля, 2014. – 20 с.
183. Лопушинська Ю. М. Контекстний підхід у навчанні студентів-соціологів професійній англійській мові / Ю. М. Лопушинська // Наукові праці. Педагогіка. – 2012. – №176. – С. 98–101.
184. Лук'янова Л. В. Психолого-педагогічні аспекти формування професіоналізму майбутніх медиків / Л. В. Лук'янова. [Електронний ресурс]. Режим доступа : http://repository.kpi.kharkov.ua/bitstream/KhPI-Press/19370/1/Lukianova_Psykholoho-pedahohichni_2014.pdf.
185. Лямова О. О. Воспитание гуманного отношения к человеку в профессиональной подготовке врача : дис. канд. пед. наук : 13.00.08 / О. О. Лямова. – Ярославль, 2014. – 200 с.
186. Мазепа Х. П. Організаційно-педагогічні умови виховної роботи в медичному коледжі : дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / Х. П. Мазепа. – К., 2001. – 220 с.
187. Майдер В. Д. Концепция гуманизации и гуманитаризации: сущность, направления, проблемы / В. Д. Майдер. – Волгоград, 1998. – 127 с.
188. Максименко С. Д. Педагогіка вищої медичної освіти / С. Д. Максименко, М. М. Філоненко. – К. : Центр учбової літератури, 2014. – 288 с.
189. Мамонова О. І. Контекстна модель професійно спрямованої мовної підготовки майбутніх правоохоронців : автореферат канд. пед. наук, спец. : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти /

- О. І. Мамонова. – Старобільськ : Луганський нац. ун-т ім. Т. Шевченка, 2015. – 21 с.
190. Мацько Д. С. Формування гуманістичних цінностей майбутніх учителів зарубіжної літератури в процесі фахової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / Д. С. Мацько. – Луганськ, 2008. – 20 с.
191. Махмутов М. И. Педагогические технологии развития мышления / М. И. Махмутов, Г. И. Ибрагимов. – Казань, 1993. – 88 с.
192. Машбиц Е. И. Диалог в обучающей системе / Е. И. Машбиц, В. В. Андреевская, Е. Ю. Комисарова. – Киев : Вища школа, 1989. – 182 с.
193. Медицинское образование в мире и в Украине / Ю. В. Поляченко, В. Г. Передерий, А. П. Волосовец, В. Ф. Москаленко и др. – Харьков : ИПП «Контраст», 2005. – 464 с.
194. Мельник А. І. Формування професійно-пізнавальної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів у процесі навчання іноземних мов : автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.04 / А. І. Мельник ; Київ. нац. лінгвіст. ун-т, Центр. ін-т післядиплом. пед. освіти АПН України. – К., 2008. – 20 с.
195. Миквабия Э. Г. Особенности обучения иностранному языку с использованием новых технологий / Э. Г. Миквабия // Теоретичні і прикладні проблеми психології і педагогіки : Зб. наук. праць Східноукр. нац. ун-ту. – 2002. – № 3 (3). – Луганськ, 2002. – С. 146-145.
196. Миколаєнко Н. М. Сутнісна характеристика поняття «професійна культура» // Естетичне виховання дітей та молоді : теорія, практика, перспективи розвитку : збірник наукових праць / за ред. О. А. Дубасенюк, Н. Г. Сидорчук. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2012. – С. 539–545.

197. Милерян В. Е. Методические основы подготовки и проведения учебных занятий в медицинских вузах (методическое пособие) / В. Е. Милерян. – Киев, «Крещатик», 1998. – 64 с.
198. Мирончук Н. М. Контекстно-професійний зміст підготовки майбутніх педагогів у вищому навчальному закладі / Мирончук Н. М. // Підготовка педагогів до впровадження державних стандартів дошкільної та початкової освіти : збірник науково-методичних праць / за заг. ред. В. Є. Литнєва, Н. Є. Колесник, Т. В. Наумчук. – Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2013. – С. 442–446.
199. Міжнародний кодекс медичної етики. Всесвітня медична асоціація, Кодекс, Міжнародний документ 01.10.1949 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_002.
200. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. ООН; Пакт, Міжнародний документ від 16.12.1966 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_042.
201. Мілерян В. Є. Методичні основи підготовки та проведення навчальних занять у медичних вузах. Методичний посібник для слухачів ФПК первинних циклів / В. Є. Мілерян. – К., 2006. – 80 с.
202. Мойсеюк Н. Є. Педагогіка. Навчальний посібник. 4-е видання, доповнене / Н. Є. Мойсеюк. 2003 р. – 615 с.
203. Мордань О. І. Полікультурне виховання в сучасній школі [Електронний ресурс]. / О. І. Мордань // Режим доступу : <http://nauka.zinet.info/6/mordan.php>.
204. Мруга М. Р. Оцінка клінічної компетентності студентів медичних навчальних закладів за допомогою стандартизованих пацієнтів / М. Р. Мруга, І. Є. Булах // Медична освіта. – 2000. – № 4. – С. 14 – 19.
205. МОЗ України. Навчальний план та уніфікована програма циклу спеціалізації за фахом «Загальна практика – сімейна медицина», – Київ, 2012. – 61 с.

206. МОЗ України. Типовий навчальний план і програма спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III–IV рівнів акредитації зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина», – Київ, 2011. – 80 с.
207. Москаленко А. М. Розвиток умінь педагогічного спілкування в системі післядипломної освіти : дис. канд. пед. наук / А. М. Москаленко. – Київ, 2011. – 213 с.
208. Москаленко В. Ф. Біоетика : філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми / В. Ф. Москаленко, М. В. Попов. – Вінниця : Нова книга, 2005. – 210 с.
209. Москаленко В. Ф. Реалізація принципів Болонської декларації в Національному медичному університеті ім. О. О. Богомольця / В. Ф. Москаленко, О. П. Яворовський, Б. В. Михайличенко та ін. // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 24–26.
210. Музальов О. О. Професійна адаптація особистості в процесі вивчення предмета «Культурологія» у ВПУ : навчально-методичний посібник / О. О. Музальов, А. В. Шиделко. – К. : Педагогічна думка, 2012. – 185 с.
211. Мясоєдов А. М. Медицинская субкультура : специфика, структура, динамика : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. культурологии / А. М. Мясоєдов. Минск, 2012. – 28 с.
212. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.08.2013 № 686. Зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. «Охорона здоров'я». [Електронний ресурс]. Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/docfiles/N686_2013_dod1.pdf
213. Наливайко О. Б. Базові форми організації діяльності майбутніх сімейних лікарів у контекстному навчання / О. Б. Наливайко // Сучасна наука: перспективи розвитку: матеріали VI (LXX) Міжнародної науково-практичної конференції з філософських, філологічних, юридичних, педагогічних, економічних, психологічних, соціологічних

- та політичних наук (Україна, м. Київ, 24 червня 2016 р.). – Горловка : ФЛП Пантюх Ю. Ф., 2016. – 60 с. – С. 35–38.
214. Наливайко О. Б. Компоненти, критерії, показники та рівні сформованості професійної культури майбутніх сімейних лікарів / О. Б. Наливайко // Теорія і практика управління соціальними системами : філософія, психологія, педагогіка, соціологія : наук.-практ.журн. / Харків. держ. політехн. ун-т., Харк. нац. політ. ун-т ім. Г. С. Сковороди, Укр. інж. - пед. акад. – Харків : [б.в.], 2016 р. – Виходить щоквартально. – № 2, 168 с. – С. 99-108. (включено до довідника періодичних видань бази даних Ulrich's Periodicals Directory (New Jersey, USA) та РІНЦ).
215. Наливайко О. Б. Контекстне навчання як засіб формування професійної культури майбутніх лікарів / О. Б. Наливайко // Педагогіка і психологія професійної освіти : науково-методичний журнал. Львів. – 2015. – № 4–5. – 180 с. – С. 69–77.
216. Наливайко О. Б. Моделювання предметного та соціального контексту майбутньої професійної діяльності студентів у межах гуманітарного освітнього середовища медичного університету / О. Б. Наливайко // Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка : зб. наук. праць. Вип. 31. / Глухівський НПУ ім. О. Довженка; редкол. : О. І. Курок (відп. ред.) [та ін.]. – Глухів : РВВ Глухівського НПУ ім. О. Довженка, 2016. – 204 с. – С. 91–97. (Серія : Педагогічні науки; вип. 31).
217. Наливайко О. Б. Особливості контекстної підготовки студентів медичних університетів / О. Б. Наливайко // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти : Збірник наукових праць. Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету. Випуск 14 (57). – Рівне : РДГУ, 2016. – 171 с. – С. 123 – 127.

218. Наливайко О. Б. Педагогічна технологія контекстного навчання у підготовці майбутнього лікаря / О. Б. Наливайко // Педагогіка. Наука вчора, сьогодні, завтра. / Zbiór artykułów naukowych. Konferencji Międzynarodowej Naukowo-Praktycznej «Pedagogika. Nauka wczoraj, dziś, jutro». (28.02.2016) – Warszawa : Wydawca : Sp. z o.o. «Diamond trading tour», 2016, – 92 str. ISBN : 978-83-65207-70-8 – Str. 33–36.
219. Наливайко О. Б. Проблема формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів : компоненти, критерії та показники / О. Б. Наливайко / Modern European science 2016. Volume 6. Pedagogical sciences. Sheffield. Science and education LTD-100 p. – S. 23–25.
220. Наливайко О. Б. Професійна культура у професійній підготовці майбутніх сімейних лікарів / О. Б. Наливайко // Zbiór artykułów naukowych. Konferencji Międzynarodowej Naukowo-Praktycznej «Pedagogika. Priorytetowe obszary badawcze: od teorii do praktyki». (30.05.2016 – 31.05.2016) – Warszawa : Wydawca: Sp. z o.o. «Diamond trading tour», № 2 . – 2016, – 124 str. ISBN: 978-83-65207-70-8 – Str. 76–78.
221. Наливайко О. Б. Професійна культура як філософська та соціально-педагогічна категорія / О. Б. Наливайко // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія : Зб. наук. праць. – Випуск 42. – Ч. 2 / Редкол. : В. І. Шахов (голова) та ін. – Вінниця : ТОВ Нілан ЛТД, 2014. – 300 с. – С. 10–13.
222. Наливайко О. Б. Роль контекстного навчання у підготовці майбутніх сімейних лікарів / О. Б. Наливайко // I Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми педагогічної освіти : європейський і національний вимір», 3-5 червня 2016 р., Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Україна. – С. 43–46.
223. Наливайко О. Б. Система ціннісних орієнтацій як складова професійно-комунікативної культури у підготовці майбутніх сімейних

- лікарів / О. Б. Наливайко // Педагогічний дискурс : зб. наук. праць / гол. ред. І. М. Шоробура. – Хмельницький : ПП Мошак М. І., 2016. – Вип. 20. – 225 с. – С. 138-143. ISSN 2309-9127 (Друковане видання) ISSN 2313-8769 (Online) / Збірник індексується міжнародною наукометричною базою «Index Copernicus» IСV 2014:47.40.
224. Наливайко О. Б. Соціальна складова професійної діяльності майбутніх сімейних лікарів / О. Б. Наливайко // Педагогіка і психологія професійної освіти : науково-методичний журнал. – Львів. [б. в.], 2016. – № 3. – 180 с. – С. 35–42.
225. Наливайко О. Б. Технологія контекстного навчання у підготовці майбутніх сімейних лікарів / О. Б. Наливайко // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія : Зб. наук. праць. – Випуск 45 / Редкол. : В. І. Шахов (голова) та ін. – Вінниця : ТОВ Нілан ЛТД, 2016. – 169 с. – С. 27–32.
226. Наливайко О. Б. Формування професійно-комунікативної культури у майбутніх сімейних лікарів / О. Б. Наливайко // Zbiór artykułów naukowych. Konferencji Międzynarodowej Naukowo-Praktycznej «Pedagogika. Priorytetowe obszary badawcze: od teorii do praktyki». (30.05.2016 – 31.05.2016) – Warszawa : Wydawca : Sp. z o.o. «Diamond trading tour», № 1. – 2016, – 140 str. ISBN: 978-83-65207-70-8 – Str. 10–12.
227. Наливайко О. Б. Технологія контекстного навчання у навчально-виховному процесі підготовки студентів медичних університетів / О. Б. Наливайко // Науково-практична конференція «Фактори розвитку педагогіки і психології в ХХІ столітті», Харків, 10-11 червня 2016р. – С. 37–40.
228. Наливайко О. Б. Філософська та соціально-педагогічна сутність професійної культури викладачів / О. Б. Наливайко // Актуальні

- проблеми сучасної науки та наукових досліджень : зб. наук. праць. – Вип. 4 (7) / редкол. : Р. С. Гуревич (голова) [та ін.]; Вінницький державний педагогічний університет ім. Михайла Коцюбинського. – Вінниця: ТФ «Планер», 2015. – 465 с. – С. 313–316.
229. Насінник О. Етичний кодекс українського лікаря (Проект) / О. Насінник, Л. Пиріг, С. Вековшиніна, В. Кулініченко. – К. : Сфера, 2002. – 24 с.
230. Наумов Л. Б. Учебные игры в медицине / Л. Б. Наумов. – М., 1986. – 108 с.
231. Нейко Є. М. Місце біоетики в педагогічному процесі вищої медичної освіти / Є. М. Нейко, В. Я. Камінський, О. Г. Попадинець, В. Л. Несторенко // Архів клінічної медицини. – 2006. – № 1. – С. 80–81.
232. Неловкіна-Берналь А. А. Педагогические условия формирования профессиональной направленности студентов медицинских специальностей / А. А. Неловкіна-Берналь // Вестник Луганского Национального университета имени Тараса Шевченко. – 2010. – № 10. С. 12 – 21.
233. Ничкало Н. Г. Сучасні проблеми розвитку системи неперервної професійної освіти : вітчизняний і зарубіжний досвід / Н. Г. Ничкало // Неперервна професійна освіта, філософія, педагогічні парадигми, прогноз / за ред. В. Г. Кременя. – К. : Наукова думка, 2003. – С. 58 – 81.
234. Орда О. М. Стан та перспективи впровадження сімейної медицини в Україні : online. Доступ НТТР : / О. М. Орда // http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed_2004.html.
235. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / В. Л. Ортинський – К. : Центр учбової літератури, 2009. – 472 с.

236. Основні засади розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу. Документи і матеріали. Травень – грудень 2004 р. / Упоряд. : М. Ф. Степко, Я. Я. Болюбаш, В. Д. Шинкарук та ін. – Тернопіль : Вид-во ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2005. – Ч. 2. – 188 с.
237. Осьодло В. І. Психологічні засади професійного становлення суб'єкта військово-професійної діяльності : дис. на здобуття ступеня доктора психологічних наук : спец. 19.00.01 – загальна психологія, історія психології / В. І. Осьодло. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К., 2013. – 495 с.
238. Офіційний сайт Івано-Франківського Національного медичного університету [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ifnmu.edu.ua/uk>.
239. Офіційний сайт Національного медичного університету імені О. О. Богомольця [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://nmu.ua>.
240. Павленко Ю. В. Історія світової цивілізації. Соціокультурний розвиток людства / Ю. В. Павленко. – К., 2000. – 352 с.
241. Павленко А. І. Теоретичні основи і практика реалізації контекстного навчання: перспективи розвитку [Текст] / А. І. Павленко. – Ужгород : Говерла // Науковий вісник Ужгородського університету : Серія : Педагогіка. Соціальна робота / гол. ред. І. В. Козубовська. – Ужгород : Говерла, 2014. – Вип. 30. – С. 117–119.
242. Пальм Н. Д. Історія української культури : навчальний посібник / Н. Д. Пальм, Т. Є. Гетало. – Х. : Вид. ХНЕУ, 2013. – 296 с.
243. Педагогика и психология высшей школы: современное состояние и перспективы развития. Международная научная конференция. Москва, 5-6 июня 2014 г. : сб. ст. / под ред. В. А. Ситарова; сост. О. А. Косинова. – М. – Берлин : Директ-Медиа, 2014. – 213 с.
244. Педагогика и психология высшей школы : Учебное пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 544 с.

245. Педагогика профессионального образования : Учеб. пособие / Е. П. Белозерцев, А. Д. Гонеев, А. Г. Пашков и др.; Под ред. В. А. Сластенина. – М. : Издательский центр «Академия», 2004. – 368 с.
246. Петракова Т. И. Духовные основы нравственного воспитания / Т. И. Петракова. – М. : ИМПЭТО, 1997. – 96 с.
247. Петрук В. А. Формування умінь самостійної роботи у майбутніх інженерів засобами ігрових форм (монографія) / В. А. Петрук, І. В. Хом'юк . – Вінниця : «Універсум – Вінниця», 2004. – 185 с.
248. Пиріг Л. Біоетика і сьогодення охорони здоров'я України / Л. Пиріг // Ваше здоров'я / – 2003. – 4-10 квітня. – С. 4 – 5.
249. Плахотнік О. В. Теоретичні засади сутнісної характеристики інформаційної культури студентів / О. В. Плахотнік, С. В. Партоленко // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців : методологія, теорія, досвід, проблеми : зб. наук. пр. / [редкол. : І. А. Зязюн та ін.]. – К. – Вінниця : ДОВ Вінниця, 2004. – Вип. 5. – С. 582–586.
250. Подласый И.П. Педагогика : 100 вопросов – 100 ответов / И. П. Подласый. – М. : ВЛАДОС-пресс, 2006. – 365 с.
251. Подмарков В. Г. Введение в промышленную социологию / В. Г. Подмарков. – М. : Высшая школа, 1973. – 384 с.
252. Поліклінічна справа і сімейний лікар / За ред. Є. Я. Склярова, І. О. Мартинюка, Б. Б. Лемішка. – К. : «Здоров'я», 2003. – 636 с.
253. Пономаренко О. В. Формування професійно-етичної культури соціального педагога : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / О. В. Пономаренко. Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 2001. – 20 с.
254. Попов М. В. Аксиология і медицина (Проблема цінностей і медицина) / М. В. Попов. – К. : ПАРАПАН, 2003. – 284 с.
255. Порох Д. О. Соціально-педагогічні умови адаптації іноземних студентів до навчання у вищих медичних навчальних закладах

- України: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Д. О. Порох. – Луганськ, 2011. – 272 с.
256. Порус В. Н. Рациональность. Наука. Культура. / В. Н. Порус // Наука как культура и наука как цивилизация. – М., 2002. – 297 с.
257. Постанова Кабінету Міністрів України «Про Державну національну програму «Освіта (Україна ХХІ століття)» від 3 листопада 1993 року № 896 (Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 576 (576 -96 - п від 29.05.96) [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/896-93-п>.
258. Поттер В. Р. Биоэтика: мост в будущее / Под ред. С. В. Вековшиной, В. Л. Кулиниченко. – К., 2002. – 216 с.
259. Про концептуальні засади гуманітарної освіти в Україні // Інформаційний збірник Міністерства освіти України. – 1996. – № 6. – С. 2–14.
260. Про Національну доктрину розвитку освіти. Президент України; Указ, Доктрина від 17.04.2002 № 347/2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/347/2002>.
261. Програма розвитку вищої медичної освіти в Україні до 2015 року. МОЗ України, Кабінет Міністрів України від 23.11 2010 № 69158/1/1-10 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101227_p.html#2.
262. Проект Національної стратегії розвитку освіти в Україні на 2012 – 2021 рр. – Офіційне видання Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України. – Чернівці : Видавничий дім «Букрек», 2011. – 32 с.
263. Профессиональная культура. Особенности культуры авиационного специалиста: учеб.-метод. Пособие / сост. Л. Н. Шейко. – Ульяновск : УВАУ ГА, 2006 – 17 с.
264. Психологічний словник / [За ред. В. І. Войтка]. – К. : Либідь, 1982. – 215 с.

265. Психология : учебник для гуманитарных вузов / под общ. ред. В. Н. Дружинина. СПб. : Питер, 2002. – 656 с.
266. Пудова С. С. Аналіз сучасних досліджень формування професійної культури майбутніх лікарів в Україні та світі / С. С. Пудова // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців : методологія, теорія, досвід, проблеми: зб. наук. пр. / [редкол. : І. А. Зязюн та ін.]. – К. – Вінниця : ДОВ Вінниця, 2011. – Вип. 28. – С. 428–433.
267. Романюк Л. В. Ціннісні орієнтації студентів : сутність, структура і психологічні механізми розвитку: навч. посіб. / Л. В. Романюк; [заг. ред. Ю. Г. Кондратюка]. – Кам'янець-Подільський : Абетка–Нова, 2004. – 188 с.
268. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание / С. Л. Рубинштейн. М. : Изд-во АН СССР, 1957. – 58 с.
269. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. В 2 т. Т. II. – М. : Педагогика, 1989. – 328 с.
270. Рубинштейн С. Л. Принцип творческой самодеятельности (к философским основам современной педагогики) / С. Л. Рубинштейн // Вопросы психологии. – 1986. – № 4. – С. 101–108.
271. Сабатовская И. С. Проблема профессиональной культуры в современной отечественной социологической литературе / И. С. Сабатовская // Вчені зап. Харк. гуманіт. ун-ту «Нар. укр. акад.». – 2002. – Т. 9. – С. 206–214.
272. Семиченко В. А. Пути повышения изучения психологии / В. А. Семиченко. – К.: Магістр – S, 1997. – 124 с.
273. Сенюта І. Біоетичне законодавство України: перспективи становлення та розвитку // Вісник Львівського університету. – Серія юридична. – Львів, 2006. – Вип. 42. – С. 42–49.
274. Сенюта І. Правові основи біоетики / І. Сенюта // Формування особистості студентів як майбутніх фахівців лікарської справи,

- працівників охорони здоров'я та інших соціально-орієнтованих установ у контексті біоетики : [Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. Львів, 6-7 березня 2003 р.] – Львів, 2003. – С. 150 – 156.
275. Сисоєва С. О. Психологія та педагогіка : підручник для студентів вищих навчальних закладів / С. О. Сисоєва, Т. Б. Поясок. – К. : Міленіум, 2005. – 520 с.
276. Скворцова С. О. Контекстне навчання як технологія формування професійної компетентності вчителя математики / С. О. Скворцова // Вісник Черкаського університету. Серія : педагогічні науки. – Випуск 191. – Частина I. – ЧНУ, Черкаси, 2010. – С. 127–132.
277. Сковорода Г. Пізнай в собі людину / Григорій Сковорода ; пер. М. Кашуби ; пер. поезії В. Войтович. – Львів : Світ, 1995. – 528 с.
278. Скородумова Н. П. Новый век – новые проблемы в обучении студентов-медиков / Н. П. Скородумова, Т. И. Коваленко, Л. А. Гончарова и др. // «Актуальні питання педагогіки вищої школи» : Зб. наук. праць. – Донецьк. – 2004. – С. 58–62.
279. Скуратівський В. Соціогуманітарна сфера українського суспільства : стан та пріоритети розвитку / В. Скуратівський // Вісник НАДУ. – 2003. – № 3. – С. 414–418.
280. Слостенин В. А. Введение в педагогическую аксиологию: учебное пособие для высших педагогических учебных заведений / В. А. Слостенин, Г. И. Чижакова. – М. : Академия, 2003. – 192 с.
281. Слостенин В. А. Педагогика : учебное пособие для студентов высших пед. учеб. заведений / В. А. Слостенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянова. М. : Издательский центр «Академия», 2002. – 576 с.
282. Соціальна педагогіка. 5-те вид. перероб. та доп. Підручник. / За ред. Капської А. Й. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 488 с.
283. Стоянова Л. В. Оптимизация диалогического взаимодействия преподавателей и студентов в условия медицинского ВУЗа : автореф. дис. на соиск. уч. ст. канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая

- педагогика, история педагогики и образования» / Л. В. Стоянова. – Иркутск, 2005. – 20 с.
284. Субъект, личность и психология человеческого бытия / Под ред. В. В. Знакова и З. И. Рябикиной. М. : Институт психологии РАН, 2005. 384 с.
285. Сухомлинский В. А. Избр. произв. : В 5 т. – Т.3. – Киев, Радянська школа. – 1980. – 720 с.
286. Сучасна вища школа : психолого-педагогічний аспект : / Монографія / За ред. Н. Г. Ничкало. – К. : ІПППО, 1999. – 450 с.
287. Сучасний тлумачний словник української мови : 100000 слів / за заг. ред. В. В. Дубічинського. – Х. : Школа, 2009. – 1008 с.
288. Тарасенко Г. С. Нові підходи до виховання дітей і молоді в контексті культурологічної парадигми освіти / Г. С. Тарасенко // Науковий вісник Чернівецького університету. Серія : Педагогіка та психологія. – Чернівці : Рута, 2005. – Вип. 248. – С. 167–172.
289. Тарарышкина М. А. Формирование профессионально-личностной культуры студентов в образовательном процессе высшей медицинской школы : дис. канд. пед. наук: 13.00.01 / М. А. Тарарышкина. – М., 2007. – 180 с.
290. Теоретичні та методичні основи розвитку комунікативної компетентності майбутніх фахівців сфери обслуговування : навчально-методичний посібник / авт. : Г. С. Дегтярьова, Л. А. Руденко. – К. : Педагогічна думка, 2010. – 192 с.
291. Тесля Е. Профессиональный интерес как социокультурный феномен / Е. Тесля // Alma mater (Вестник высшей школы). – 2006. – № 1. – С. 568–600.
292. Тест «Визначення спрямованості особистості» // Журнал інтелектуальної освіти «Персонал». – 2007. – № 9. – С. 87–90.

293. Тимощук І. В. Педагогічні умови виховання у студентів медичного технікуму гуманістичних цінностей : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / І. І. Тимощук. – Вінниця, 2004. – 236 с.
294. Тимощук І. Г. Формування морально-етичної відповідальності особистості майбутнього практичного психолога : автореф. дис. канд. психолог. наук : 19.00.07 / І. Г. Тимощук. – К., 2003. – 20 с.
295. Тимощук И. Г. Диагностический инструментарий исследования некоторых аспектов ответственности у студентов-психологов / И. Г. Тимощук // Практическая психология и социальная работа. 2004. – № 8. – С. 37–40.
296. Тихолаз С. І. Контекстний підхід до організації навчального процесу як умова розвитку професійної спрямованості студентів медичного університету [Електронний ресурс] / С. І. Тихолаз. – Режим доступу : <http://www.uk.x-pdf.ru/6pedagogika/305117-2-udk-37013-378-kontekstniy-pidhid-organizacii-navchalnogo-procesu-umova-rozvitku-profesiynoi-spryamovanosti.php>.
297. Ткаченко О. А. Контекстне навчання у форматі «справожиттєвого» підходу як альтернатива традиційної системи професійної освіти / О. А. Ткаченко // Горизонты образования. – 2010. – № 2 (30). – С. 158–163.
298. Тлумачний словник / Редкол. : Русанівський В. М. (співголова), Тараненко О. О. (співголова), М. П. Зяблюк та ін. – 2-ге вид., випр. і доп. – К. : Вид-во «Укр. енцикл. ім. М. П. Бажана», 2004. – 824 с.
299. Туркот Т. І. Педагогіка вищої школи : навч. посібник / Т. І. Туркот. – К. : Кондор, 2011. – 628 с.
300. Уваркіна О. В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спеціальність 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / О. В. Уваркіна. – К., 2003. – 20 с.

301. Філіпчук Г. Г. Глобалізація і етнокультурні цінності української освіти / Г. Г. Філіпчук // Теоретичні та методичні засади розвитку педагогічної освіти : педагогічна майстерність, творчість, технології: зб. наук. пр. / за заг. ред. Н. Г. Ничкало. – Харків : НТУ ХПІ, 2007. – 644 с.
302. Філоненко М. М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : монографія / М. М. Філоненко. – К. : Центр учбової літератури, 2015. – 332 с.
303. Філоненко М. М. Професійне розвиток як фактор формування особистості майбутнього лікаря / М. М. Філоненко // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Серія «Психологія». – 2015. Випуск 50. – С. 268–277.
304. Філософія: Учебник / Г. А. Заиченко, В. М. Сагатовський, И. И. Кальний и др. – М. : Высшая школа, 1995. – 455 с.
305. Філософський енциклопедический словарь / [гл. редакция : Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалев, В. Г. Панов]. – М. : Сов. Энциклопедия, 1983. – 840 с.
306. Формирование профессиональной культуры учителя : Учебное пособие / Под ред. В. А. Сластьонина. – М. : Прометей, 1993. – 178 с.
307. Хрусталеv Ю. М. Общий курс философии : Учебник для студентов медицинских и фармацевтических вузов. В 2-х т. / Ю. М. Хрусталеv. – М. : ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 448 с.
308. Хрусталеv Ю. М. Этюды философских идей и мыслей : лекции по философии для аспирантов и студ. высш. мед. учеб. заведений / Ю. М. Хрусталеv. – М. : Вунмц, 1998. – 268 с.
309. Цехмістер Я. В. Допрофесійна підготовка учнів у ліцеї медичного профілю : теорія і практика [Текст] : монографія / Я. В. Цехмістер ; АПН України, Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця, Ін-т педагогіки і психології проф. освіти АПН України. – К. : Наук. думка, 2002. – 620 с.

310. Цехмістрова Г. С. Управління в освіті та педагогічна діагностика. Навч. посібник для студ. вищих навч. закладів / Г. С. Цехмістрова. Н. А. Фоменко. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2005. – 280 с.
311. Чалий О. Майбутні лікарі нової доби: освіта упродовж життя / О. Чалий, Я. Цехмістер // Мистецтво лікування. – 2004. – № 4. – С. 87–91.
312. Чернова Ю. К. Профессиональная культура и формирование ее составляющих в процессе обучения / Ю. К. Чернова – М.; Тольятти : Издательство ТолПИ, 2000. – 230 с.
313. Шведова Я. В. Формування професійної культури майбутніх тележурналістів у фаховій підготовці [Текст] : Автореферат к. пед. наук, спец. : 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти / Я.В. Шведова. – Запоріжжя : Класичний приватний ун-т, 2010. – 20 с.
314. Шевченко Ю. Л. Философия медицины / Ю. Л. Шевченко – М. – 2004. – 384 с.
315. Шемигон Н. Ю. Формування ціннісних орієнтацій майбутніх педагогів у процесі професійної підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія та методика професійної освіти» / Н. Ю. Шемигон. – Харків, 2008. – 21 с.
316. Шестакова Т. В. Формування готовності майбутніх педагогів до професійного самовдосконалення : дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / Т. В. Шестакова. – К., 2006. – 244 с.
317. Шкала Л. В. Сімейна медицина. Загальні положення: Монографія / Л. В. Шкала, Г. Ф. Левченко. – Луганськ : Луганський державний медичний університет, 2008. – 200 с.
318. Щербакова А. В. Формування полікультурної компетентності у студентів-медиків у навчально-виховному процесі вищого медичного навчального закладу : дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / А. В. Щербакова. – Старобільськ, 2015. – 357 с.

319. Юдіна О. М. Психологічні особливості формування емпатійності майбутніх лікарів : Автореф. дис. канд. психол. Наук : спец. 19.00.01 / О. М. Юдіна; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2004. – 17 с.
320. Ягнов К. К. Технология формирования профессионально-личностного самоопределения студентов медицинского колледжа : дис. канд. пед. наук : 13.00.08 / К. К. Ягнов. – Волгоград, 2007. – 209 с.
321. Яковлева Н. В. Психологическая компетентность и ее формирование в процесс обучения в вузе (на материале деятельности врача) : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук / Н. В. Яковлева. – Ярославль, 1994. – 23 с.
322. Якуба А. А. Социология / А. А. Якуба. – Харьков : Изд-во : «Константа», 1996 – 161 с.
323. Якунин В. А. Педагогическая психология : Учеб. пособие – 2-е изд. / В. А. Якунин. – СПб. : Изд-во В. А. Михайлова, 2000. – 349 с.
324. Ярошинська О. О. Теоретичні і методичні засади проектування освітнього середовища професійної підготовки майбутніх учителів початкової школи : дис. ... докт. пед. наук : 13.00.04 / О. О. Ярошинська. – Умань, 2015. – 544 с.
325. Ясько Б. А. Психология медицинского труда : личность врача в процессе профессионализации : автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра психол. наук / Б. А. Ясько. – Краснодар, 2004. – 22 с.
326. Beauchamp T. L. Principles of Biomedical Ethics / T. L. Beauchamp, J. F. Childers. – 2nd edition. – London : Biddles Ltd. : InterNICHE, 2003. – 520 p.
327. Berna A. Human Rights in Medical Ethics Education / A. Berna // Journal of the International Association of Medical Science Educators. – 2004. – № 14. – PP. 5–7.
328. Boutin-Foster C. e. t. Viewpoint: Physician, Know Thyself: The Professional Culture of Medicine as a Framework for Teaching Cultural

- Competence / C. Boutin-Foster, J. C. Foster, L. Konopasek // *Academic Medicine*. – January, 2008. – V. 83, issue 1. – P. 106–111.
329. Brekke M., Carelli F., Zarbailov N. et al. (2013) Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. *BMC Med. Educ.*, 13: 157.
330. Johnson E.B. *Contextual Teaching and Learning*. – Corwin Press, INC. A Sage Publications Company. Thousand Oaks, California. – 2002. – 196 p.
331. Kleiman A. *Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder* / A. Kleiman. – Delivered at Stanford University April 13–16, 1998. – 66 p.
332. Howe A. Professional development in undergraduate medical curricula – the key to the door of a new culture? / A. Howe // *Medical Education*. – April, 2002. – V. 36, issue . – P. 353–359.
333. Camilleri A.F., Sammut D. *A curriculum for specialist training in family medicine for Malta*. Malta College of Family Doctors Curriculum Board 2008–2010. – 487 p.
334. Guilford J. *Personality* / J. Guilford. – N. Y. : Norton, 1959. – 470 p.
335. Guilford J. P. *The nature of human intelligence* / J. P. Guilford. – N. Y. : McGraw-Hill, 1967. – 286 p.
336. Roe A. *The psychology of occupations* / A. Roe. – N. V.: Willey, 1956. – XII-I. – 340 p.
337. Super D. E. *Vocational development* / D. E. Super. – N. Y., 1957. – 391 p.

Додаток А
Означення професійної культури (ПК)

№	Автор	Означення професійної культури
1	Л. Богданова	ПК – це органічний сплав кваліфікації та моральності, що функціонує на основі трудової моралі [44, с. 66].
2	С. Дружилов	ПК – це специфічний вид культури професійного співтовариства, культура представника даної професії. «Перша включає способи організації і розвитку професійної діяльності, представлені в продуктах матеріальної і духовної праці, у системі професійних цінностей, професійних норм і переконань, професійних традицій, що обумовлюють ставлення фахівців до предметів і об'єктів їх діяльності. Друга – розглядається як результат засвоєння особою основних елементів професійної культури співтовариства, як результат професійної соціалізації і професійної ідентифікації особистості» [97, с. 5].
3	В. Белоліпецький	ПК – це особливий вид культури, що характеризує ступінь оволодіння професійною групою, специфічним видом трудової діяльності в будь-якій сфері суспільного виробництва. ПК є способом формування та реалізації соціальних сил суб'єкта діяльності [125, с. 63].
4.	Д. Ліхачов	ПК – це міра, якість діяльності людини у визначеній, чітко обмеженій сфері його професії; у тому виді діяльності, де вона відчуває себе комфортно, впевнено й розкуто [181, с. 7].
5.	Г. Кочетов	ПК – елемент моделі спеціаліста з вищою освітою, котрий володіє високим ступенем уміння використовувати наявні стереотипи спілкування та створювати нові. Науковець ототожнює професійну культуру з професійною компетентністю [160, с. 3].
6.	С. Ісаєнко	ПК – це цілісне особистісне утворення, сутністю якого є діалектичний зв'язок усіх елементів культури індивіда, яке динамічно та нелінійно розвивається, специфічно проявляючись у сфері професійної діяльності та спілкування» [131, с. 28].
7.	М. Миколаєнко	ПК – це складне, інтегративне соціально-психологічне утворення, яке зароджується у системі відношень до соціального середовища, визначає світоглядні орієнтири, ціннісні установки, загальну концепцію професійної підготовки фахівця. ПК є

		якісною ознакою соціального розвитку, конкретною цілісністю, створеною людською діяльністю. Вона характеризується через визначеність людської діяльності як систему найважливіших і необхідних властивостей певного фаху [196, с. 544].
8.	Т.Корольова	ПК – це діяльність особистості з оволодіння, застосування системи професійно та суспільно-обумовлених цінностей, що реалізуються у професійній діяльності та формуються на основі загальнолюдських цінностей» [158, с. 67].

Додаток Б

Тест Елерса «Мотивація до успіху»

Тест містить перелік із 41 твердження. Відібрано висловлювання, котрі найбільш точно характеризують емоції, очікування, уявлення та образи поведінки людей, мотивованих на успіх або на невдачу.

Показник НУ: «Надія на успіх», концепт доброї власної здібності, впевненості та успіху (пункти 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 37, 41).

Показник БН (острах невдачі): концепт недостатньої власної здібності та активне уникнення невдачі (пункти питань 6, 13, 18, 20, 24, 31, 36, 38, 39).

Пункти 1, 11, 12, 19, 23, 33, 34, 35, 40 нейтральні щодо мотивації досягнень і не входять у жоден із цих показників.

Можна позначити як активне уникнення, як «Я-концепцію» недостатності здатності і як боязнь невдачі; тенденцію НУ – як упевненість в успіху, як перевагу проблем і як «Я-концепцію» достатньої здатності.

Список тверджень

1. Коли треба зробити вибір між двома варіантами, його краще зробити швидше, ніж відкласти.
2. Мене дратує, коли не можу стовідсотково виконати завдання.
3. Коли я виконую завдання, це виглядає так, начебто я все ставлю на карту.
4. Коли виникає проблемна ситуація, я найчастіше приймаю рішення останній.
5. Коли два дні поспіль я сиджу без діла, я втрачаю спокій.
6. Інколи мої успіхи нижчі від середніх.
7. Я до себе суворіший, ніж до інших.
8. Я більш доброзичливий, ніж інші.
9. Коли я відмовляюся від складного завдання, то потім караю себе, тому що знаю, що я досягнув би успіху.
10. У процесі виконання завдань я потребую невеликих пауз, відпочинку.
11. Старанність – це не основна моя риса.
12. Мої досягнення в роботі не завжди однакові.

13. Мене більше цікавлять інші заняття, ніж ті, які я маю виконати.
14. Осуд мене стимулює більше, ніж схвалення.
15. Я знаю, що мої товариші вважають мене людиною справи.
16. Перешкоди роблять мої рішення більш виваженими.
17. На моєму честолюбстві легко зіграти.
18. Коли я виконую завдання без натхнення, це зазвичай помітно.
19. Виконуючи завдання, я не розраховую на допомогу інших.
20. Іноді я відкладаю те, що маю зробити сьогодні.
21. Потрібно покладатися тільки на самого себе.
22. У житті мало речей, важливіших за гроші.
23. Коли мені потрібно виконати важливе завдання, я ні про що інше не думаю.
24. Я менш честолюбний, ніж інші.
25. Наприкінці канікул я зазвичай радію, що незабаром знову навчатимусь.
26. Коли я налаштований на виконання завдання, то виконую його краще.
27. Мені простіше і легше спілкуватися з учнями, які можуть завзято працювати.
28. Коли в мене немає справ, я відчуваю, що мені не по собі.
29. Мені доводиться виконувати відповідальну роботу частіше за інших.
30. Коли мені доводиться приймати рішення, я намагаюся робити це якнайкраще.
31. Мої друзі іноді вважають мене ледачим.
32. Мої успіхи якоюсь мірою залежать від моїх колег по навчанню.
33. Безглуздо протидіяти волі педагогів.
34. Іноді не знаєш, як виконувати завдання.
35. Коли щось не гаразд, я хвилююся.
36. Я зазвичай мало уваги звертаю на свої досягнення.
37. Коли я працюю разом із іншими, моя робота дає більші результати, ніж робота інших.
38. Коли я за щось беруся, то часто не доводжу до кінця.
39. Я заздрю студентам, які не дуже завантажені роботою.
40. Я не заздрю тим, хто прагне влади.
41. Коли я впевнений, що я на правильному шляху, щоб довести свою правоту можу вдатися і до крайніх заходів.

Тестовий матеріал представлений у вигляді листа паперу зі списком тверджень. Студенти вносять свої відповіді прямо в тестовий лист, який використовується одноразово. Заповнюючи тест, студентам потрібно висловити свою згоду або незгоду з кожним із тверджень.

Тест Елерса на мотивацію до успіху може використовуватися як при груповому, так і при індивідуальному обстеженні. Тривалість виконання

тесту складає приблизно 15-20 хвилин. Експериментатор повинен докласти зусиль до створення нейтральної робочої атмосфери.

Слід уникати ситуацій, які можуть вплинути на актуалізацію мотиву досягнення. Керівники та інші співробітники не повинні бути присутніми при проведенні тестування. Проведення тестування починається з роздачі тестових листів. Інструкція складена таким чином, щоб уточнюючі питання після зачитування інструкції були рідкістю. Інструкція звучить так: «Вам буде запропоновано 41 питання-твердження, на кожен з яких дайте відповідь «ТАК» або «НІ». Відповіді «ТАК» відповідає галочка поруч з питанням».

Обробка даних

Обробка даних полягає в підсумовуванні кількості набраних балів. За кожну відповідь «так» по пунктах показника НУ студент отримує 1 бал. Також 1 бал студент отримує за кожну відповідь «ні» по показнику БН. Таким чином кількість набраних балів може варіювати від 0 до 30. Чим вище набрана сума, тим вище у студента мотивація до успіху.

За сумою набраних балів студентів можна розділити на 4 умовні групи: 0 – 10 балів: низька мотивація до успіху; 11– 16 балів: середній рівень мотивації; 17 – 20 балів: помірковано високий рівень мотивації; 21 – 30 балів: занадто високий рівень мотивації до успіху.

Додаток В

«Мотиви вибору професії» (Р.Овчарова)

Дана методика дозволяє визначити провідний тип мотивації під час вибору професії. Текст опитувальника складається з двадцяти тверджень, що характеризують будь-яку професію. Необхідно оцінити, якою мірою кожне з них вплинуло на вибір професії. За допомогою методики можна виявити переважний вид мотивації (внутрішні індивідуально-значимі мотиви, внутрішні соціально-значимі мотиви, зовнішні позитивні мотиви і зовнішні негативні мотиви).

Інструкція: нижче наведені твердження, що характеризують будь-яку професію. Прочитайте і оцініть, якою мірою кожне з них вплинуло на ваш вибір професії. Назвіть цю професію, спеціальність. Відповіді можуть бути 5 видів: «дуже сильно вплинуло» – 5 балів; «сильно вплинуло» – 4 бала; «не дуже вплинуло» – 3 бала; «слабо вплинуло» – 2 бала; «ніяк не вплинуло» – 1 бал. Поставте навпроти кожного твердження відповідний вашій відповіді бал.

Обробка даних

Внутрішні індивідуально значущі мотиви	1, 5, 8, 15, 20
Внутрішні соціально значущі мотиви	3, 7, 12, 14, 17.
Зовнішні позитивні мотиви	4, 9, 10, 16, 19.
Зовнішні негативні мотиви:	2, 6, 11, 13, 18.

Внутрішні мотиви вибору тієї чи іншої професії – її громадська і особиста значимість; задоволення, яке приносить робота завдяки її творчому характеру; можливість спілкування, керівництва з іншими людьми і т. ін.

Внутрішня мотивація виникає з потреб самої людини, тому на її основі людина працює із задоволенням, без зовнішнього тиску.

Зовнішня мотивація – це заробіток, прагнення до престижу, боязнь осуду, невдачі і т. ін. Зовнішні мотиви можна розділити на позитивні і негативні. До позитивних мотивів належать: матеріальне стимулювання, можливість підвищення по службі, схвалення колективу, престиж, тобто стимули, заради яких людина вважає за потрібне докласти свої зусилля. До негативних мотивів відносяться впливи на особистість шляхом тиску, покарань, критики, осуду і інших санкцій негативного характеру.

Дослідження показують, що переважання внутрішніх мотивів найбільш ефективно з точки зору задоволеності працею і його продуктивності. Те ж саме можна сказати і щодо позитивної зовнішньої мотивації.

БЛАНК ДЛЯ ВІДПОВІДЕЙ

№	Твердження Професія:	Оцінка		
1	Потребує спілкування з різними людьми			
2	Подобається батькам			
3	Передбачає високе почуття відповідальності			
4	Вимагає переїзду на нове місце проживання			
5	Відповідає моїм здібностям			
6	Дозволяє обмежитися наявним обладнанням			
7	Дає можливість приносити користь людям			
8	Сприяє розумовому і фізичному розвитку			
9	Є високооплачуваною			
10	Дозволяє працювати близько від дому			
11	Є престижною			
12	Дає можливість для зростання професійної майстерності			
13	Єдино можлива в обставинах, що склалися			
14	Дозволяє реалізувати здібності до керівної роботи			
15	Є привабливою			
16	Близька до улюбленого шкільного предмету			
17	Дозволяє відразу отримати хороший результат праці для інших			
18	Обрана моїми друзями			
19	Дозволяє використовувати професійні вміння поза роботою			
20	Дає великі можливості проявити творчість			

Додаток Д

«Ціннісні орієнтації» (методика М.Рокіча)

М. Рокіч розрізняє два класи цінностей: *термінальні* – переконання в тому, що кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути; *інструментальні* – переконання в тому, що якийсь образ дій або

властивість особистості є кращим в будь-якій ситуації. Цей поділ відповідає традиційному поділу на цінності-цілі і цінності-засоби.

Респонденту пропонуються два списки цінностей (по 18 у кожному) або на аркушах паперу в алфавітному порядку, або на картках. У списках респондент присвоює кожній цінності ранговий номер, а картки розкладає за порядком значимості. Остання форма подачі матеріалу дає більш надійні результати. Спочатку пропонується набір термінальних, а потім набір інструментальних цінностей.

Інструкція: «Зараз вам буде запропоновано набір із 18 карток з позначенням цінностей. Ваше завдання – розкласти їх у порядку значущості для вас. Кожна цінність написана на окремій картці. Уважно вивчіть картки і, вибравши ту, яка для вас найбільш значуща, помістіть її на перше місце. Потім виберіть другу за значимістю цінність і помістіть її слідом за першою. Потім виконайте те ж з усіма іншими картками. Найменш важлива залишиться останньою і займе 18 місце. Робіть це не поспішаючи, вдумливо. Якщо в процесі роботи ви зміните свою думку, то можете виправити свої відповіді, помінявши картки місцями. Кінцевий результат повинен відображати вашу справжню позицію».

Список А (термінальні цінності):

- активне діяльне життя (повнота та емоційна насиченість життя);
- життєва мудрість (зрілість суджень та здоровий глузд, що досягаються життєвим досвідом);
- здоров'я (фізичне і психічне);
- цікава робота;
- краса природи і мистецтва (переживання прекрасного в природі і в мистецтві);
- любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною);
- матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів);
- наявність хороших і вірних друзів;
- суспільне покликання (повага оточуючих, колективу, товаришів по роботі);
- пізнання (можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, інтелектуальний розвиток);
- продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил та здібностей);
- розвиток (робота над собою, постійне фізичне і духовне вдосконалення);
- розваги (приємне, необтяжливе проведення часу, відсутність обов'язків);
- свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках);
- щасливе сімейне життя;
- щастя інших (добробут, розвиток і вдосконалення інших людей, всього народу, людства в цілому);
- творчість (можливість творчої діяльності);

- впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів).

Список Б (інструментальні цінності):

- акуратність (охайність), вміння тримати в порядку речі, порядок у справах;

- вихованість (хороші манери);

- високі запити (високі вимоги до життя і високі домагання);

- життєрадісність (почуття гумору);

- старанність (дисциплінованість);

- незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче);

- непримиренність до недоліків у собі та інших;

- освіченість (широта знань, висока загальна культура);

- відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово);

- раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення);

- самоконтроль (стриманість, самодисципліна);

- сміливість у відстоювання своєї думки, поглядів;

- тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами);

- терпимість (до поглядів і думок інших, уміння прощати іншим їхні помилки);

- широта поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички);

- чесність (правдивість, щирість);

- ефективність у справах (працьовитість, продуктивність в роботі);

- чуйність (дбайливість).

Після основної серії можна попросити випробуваного ранжувати картки, відповідаючи на наступні питання:

1. У якому порядку і в якій мірі (у відсотках) реалізовані дані цінності у вашому житті?

2. Як би ви розташували ці цінності, якби стали таким, яким мріяли?

3. Як, на ваш погляд, це зробила б людина, яка досконала в усіх відношеннях?

4. Як зробили б це, на вашу думку, більшість людей?

5. Як це зробили б ви 5 або 10 років тому?

6. Як це зробили б ви через 5 або 10 років?

7. Як ранжували б картки близькі вам люди?

Аналізуючи ієрархію цінностей, слід звернути увагу на їх угруповання випробуваним в змістовні блоки по різних підставах. Так, наприклад, виділяються «конкретні» і «абстрактні» цінності, цінності професійної самореалізації та особистого життя і т. ін. Інструментальні цінності можуть групуватися в етичні цінності, цінності спілкування, цінності справи; індивідуалістичні і конформістські цінності, альтруїстичні цінності; цінності самоствердження і цінності прийняття інших і т. ін. Це далеко не всі

можливості суб'єктивного структурування системи ціннісних орієнтації. Психолог повинен спробувати вловити індивідуальну закономірність. Якщо не вдається виявити жодної закономірності, можна припустити несформованість у респондента системи цінностей.

Додаток Е

Ситуаційні завдання

Задача 1 Асистенту В. кафедри патоанатомії поставили діагноз: меланома. Протягом тижня після проведеної операції він з нетерпінням чекав від патоморфолога уточненого діагнозу на підставі біопсії. В був упевнений, що вирішувалася його доля: жити ще довго або померти через три-чотири місяці від метастазів. Він увійшов до кабінету професора Ф., і той ошелешив його багатозначною інтонацією з невинувато довгими паузами:

- На жаль (пауза), такий діагноз, як у вас (пауза), мені доводиться повідомляти (пауза) нашим онкологічним хворим (пауза) дуже (тривала пауза) рідко.

- Ось, подивіться в мікроскоп, – професор запропонував В. ознайомитися з біопрепаратом.

- Так це всього лише капілярна гемангіома – вигукнув В.

Так, причому з утворенням грудочок гемосидерина в зоні крововиливу, які помилково приймалися усіма за зерна меланіну, – уточнив Ф.

Питання. А. Які психологічні та деонтологічні помилки допустив професор? Б. Як треба скоригувати його поведінку?

Задача 2. Хвора звернулася в стоматологічну клініку зі скаргами на неприємні відчуття і відчуття печії в області язика. Під час обстеження молодий лікар голосно покликав колег, щоб вони подивилися, як він висловився, на дивний язик, що складається з окремих часточок.

– Такого язика я ще ніколи не бачив. Це – дуже цікавий язик, – додав лікар.

Хвора, прикривши рот рукою, сказала: – Я – не на сцені, позувати не бажаю і піду лікуватися до іншого фахівця.

Питання. А. Наскільки етичні дії лікаря? Б. Як на його місці вчинили б ви?

Задача 3. До стоматолога на прийом прийшов хворий, який проживає в сільській місцевості, зі скаргами на кровоточивість ясен і рухливість зубів. При огляді в порожнині рота виявлені рясні тверді відкладення і багато м'якого нальоту. Розмірковуючи вголос, лікар сказав: Не дивно, за такої гігієни рота ви втратите всі зуби, – і на його обличчі з'явилася гримаса огиди.

Пацієнт образився і відмовився від лікування.

Задача 4. Хвора С звернулася до дільничого терапевта зі скаргами на часті напади задишки з хрипами і відхаркуванням, постійне відчуття «комка в горлі», що заважає говорити та ковтати. Зробивши необхідні обстеження і виключивши наявність терапевтичної патології, лікар різко обірвав «голосіння» хворої: – Заспокойтесь і перестаньте морочити мені голову! У вас просто істеричні напади.

Задача 5. Доцент Т. під час заняття зі студентською групою вирішив проконсультувати пацієнтку зі скаргами на болі і відчуття дискомфорту в епігастральній ділянці, відрижку, печію, нудоту. Розпитуючи хвору при зборі анамнезу, він з'ясував, що кілька років тому вона лікувалася в шкірно-венерологічному диспансері. Опитування велося нарочито голосно, явно для демонстрації студентам. Хвора заплакала і пішла.

Додаток Ж

Основні морально-етичні якості лікарів при визначенні поняття «гуманне ставлення до людини» (у %)

№	Морально-етична якість лікаря	Контрольна група		Експериментальна група	
		До експ.	Після експ.	До експ.	Після експ.
1	Розуміння людини	32	44	29	89
2	Сприймання недоліків людини	9	16	11	76
3	Рівноцінне ставлення до людей	6	12	5	58
4	Ставлення, при якому не порушуються права	5	12	7	86
5	Милосердя	14	25	12	77
6	Співчуття	21	37	24	92
7	Сердечність	24	32	21	86
8	Доброзичливість	19	24	17	90
9	Безкорислива допомога	8	12	10	68
10	Бажання надати підтримку	34	36	35	100
11	Ввічливість	23	27	20	96
12	Увага до оточуючих людей	28	32	25	94
13	Турботливість	32	41	31	89
14	Терпимість	17	19	16	86
15	Відношення «не нашкодь»	8	12	7	92

Додаток К

1. Анкета на виявлення полікультурних знань студентів-медиків

Питання закритого типу

1) Предмет культурології:

а) суспільство; б) культура суспільства, людина; в) цивілізації.

2) Що означає грецький термін «пайдея»:

а) освіта, навчання, просвіта; б) місто-держава; в) громада.

3) Що означає грецький термін «поліс»:

- а) медичний поліс; б) система рік; в) місто-державна.
- 4) Назвіть дві системи уявлень про культуру:
а) Грецька та Римська; б) Західна та Східна; в) Афінівська та Спартанська.
- 5) Головне в культурі Спартанського суспільства?
а) духовна освіта; б) військово мистецтво; в) культура мови;
б) Іліоти – це....
а) воїни; б) низи суспільства в Прадавній Греції; в) мандрівники на Сході.
- 7) Система керування в Спарті:
а) монархія; б) комунізм; в) демократія.
- 8) Що є характерним в поглядах на культуру в античності?
а) космоцентризм; б) теоцентризм; в) антропоцентризм.
- 9) Що є характерним в поглядах на культуру в середньовіччя?
а) космоцентризм; б) теоцентризм; в) антропоцентризм.
- 10) Що є характерним в поглядах на культуру в Новий час:
а) космоцентризм; б) теоцентризм; в) антропоцентризм.
- 11) Згідно з О. Шпенглером, цикл кожної культури укладається в той самий часовий інтервал. Він містить у собі чотири періоди, назвіть їх:
а) зародження, розквіт, старіння, смерть; б) смерть, зародження, розквіт, старіння; в) дитинство, отрочтво, юність, смерть.
- 12) Як називається рання форма релігії, пов'язана з поклонінням якимось реальним предметам і наділенням їх надприродними властивостями?
а) фетишизм; б) тотемізм; в) анемізм.
- 13) Назвіть один з великих напрямків у християнстві, що оформився в ході Реформації в XVI столітті:
а) протестантизм; б) католицизм; в) баптизм.
- 14) Як називалася «столиця італійського Відродження»?
а) Рим; б) Неаполь; в) Флоренція.
- 15) Як називається один з найбільш прадавніх зводів законів, що дійшли до наших днів?
а) закони Ману; б) закони Хаммурапі; в) закони Дракона.
- 16) Як називається рання форма релігії, пов'язана з поклонінням будь-якій тварині або рослині та з вірою в походження від них?
а) тотемізм; б) фетишизм; в) анімізм.
- 17) Які релігії належать до світових?
а) зороастризм, синтоїзм, даосизм; б) буддизм, християнство, індуїзм;
в) буддизм, християнство, іслам.
- 18) Назвіть одну зі світових релігій:
а) синтоїзм; б) буддизм; в) адвентизм.
- 19) Перший матеріал, який освоїла людина, або пралюдина?
а) свинець; б) молоток; в) камінь.
- 20) На зміну культурі каменю приходить культура обробки металів, а якого саме?

а) алюміній; б) бронза; в) мідь.

21) У рамках культури виробництва виділяються два види діяльності. Які?

а) землеробство та скотарство; б) збирання та полювання;
в) землеробство та полювання.

22) Еволюція цивілізації дозволяє виділити в ній дві основні стадії. Які?

а) аграрно-традиційну та індустріальну; б) каменю та заліза;
в) привласнюючу та виробляючу.

23) Деякі вчені пропонують розділити всі цивілізації на два типи: одна з них – оголошується характерною для Західної Європи, а друга – для східних країн. Назвіть їх.

а) західна та східна; б) техногенна та психогенна; в) прадавня та нова.

24) Хто з філософів висунув ідею про моральну перевагу «природної людини», не зіпсованою культурою та цивілізацією, а також гасло про «повернення в природу»:

а) Гегель; б) Сократ; в) Руссо.

25) Хто із учених дивиться на життя людини через призму двох основних, на його думку, інстинктів – сексуального (інстинкт Еросу, або продовження життя) і руйнівного (інстинкт Танатоса, або смерті)?

а) Юнг; б) Фрейд; в) Ніцше.

26) Культура виконує декілька життєво важливих функцій. Назвіть головну з них.

а) продовження роду; б) регулятивна функція; в) функція соціалізації.

27) Як називається твір німецького філософа та історика О. Шпенглера, у якому він викладає свої погляди на культуру?

а) «Феномен людини»; б) «Ідеї до філософії історії людства»; в) «Захід Європи»;

28) Назвіть країну – батьківщину готики:

а) Франція; б) Італія; в) Данія.

29) Століття, яке за традицією прийнято вважати кінцем античності та початком середньовіччя:

а) V; б) IV; в) III; 30) Філософ, що створив концепцію «Осьового часу»:

а) В. К. Ясперс; б) В. Ф. Гегель; в) Ф. В. Ніцше.

31) Світова релігія, яка не є монотеїстичною:

а) Християнство; б) Буддизм; в) Іслам.

32) Загальне найменування найдавніших священних текстів в індійській культурній традиції:

а) Талмуд; б) Євангеліє; в) Веди.

33) Не належить до «7 чудес світу»:

а) Храм Зевса в Афінах; б) Єгипетські піраміди; в) Римський Колізей.

34) Етап кам'яного віку, що вважається часом революційного переходу від привласнюючого господарства до виробляючого:

а) Неоліт; б) Палеоліт; в) Мезоліт.

- 35) Країна, від якої прийняла «культурну естафету» Київська Русь:
а) Македонія; б) Візантія; в) Рим.
- 36) Універсальна історично перша форма культури:
а) Міф; б) Молитва; в) Розповідь.
- 37) Основоположник вчення про культурні архетипи як колективне несвідоме:
а) Сократ; б) З. Фрейд; в) К. Юнг.
- 38) Держава, яку прийнято вважати місцем виникнення найдавнішої писемності:
а) Прадавній Рим; б) Шумер; в) Дворіччя.
- 39) Представники одного з напрямків російської суспільної думки, що виступали за принципово відмінний від західного шлях розвитку Росії на основі самобутності:
а) Гуманісти; б) Декабристи; в) Слов'янофіли.
- 40) Згідно з К. Ясперсом, у спектр п'яти «осьових культур» входять:
а) Китай, Індія, Персія, Палестина, Греція;
б) Індія, Китай, Італія, Греція, Македонія;
в) Греція, Персія, Палестина, Італія, Індія.
- 41) У якій країні почалася (раніше інших) епоха Ренесансу:
а) Італія; б) Англія; в) Данія.
- 42) Яка релігія з перерахованих не є світовою:
а) Християнство; б) Іудаїзм; в) Буддизм.
- 43) Яка релігія з перерахованих є наймолодшою:
а) Іслам; б) Іудаїзм; в) Буддизм.
- 44) Метою якого релігійно-філософського навчання є злиття з першоосновою світу та знаходження тілесного безсмертя за допомогою магії, алхімії та психофізичного тренінгу:
а) Буддизм; б) Іслам; в) Даосизм.
- 45) Фетишизм – це ...
а) Поклоніння обожненій тварині; б) Віра в надприродні властивості деяких предметів; в) Святенність роду.
- 46) Релігійний і соціально-політичний рух XVI ст. у Німеччині, спрямований на перетворення християнської церкви:
а) Деградація; б) Сепарація; в) Реформація.
- 47) Що спочатку означало латинське слово «cultura»:
а) Цивілізація; б) Мистецтво; в) Оброблення землі.
- 48) Столиця елліністичної цивілізації:
а) Олександрія; б) Афіни 253; в) Спарта.
- 49) Основоположник російського друкарства:
а) Н. Бердяєв; б) А. Лосєв; в) В. Федоров.
- 50) Богиня любові в Прадавній Греції:
а) Афродіта; б) Мінерва; в) Лада.
- 51) Богиня мудрості в Прадавньому Римі:
а) Мінерва; б) Афродіта; в) Вікторія.

- 52) Богиня любові в східних слов'ян:
а) Вікторія; б) Лада; в) Венера.
- 53) Бог – Хоронитель у брахманізмі:
а) Будда; б) Аллах; в) Вішну.
- 54) Бог Прадавнього Єгипту, що вершив (згідно з віруваннями єгиптян) суд у Царстві мертвих:
а) Осіріс 254; б) Цербер; в) Ра.
- 55) Бог – Творець у міфології більшості східних слов'ян у стародавності:
а) Ярило; б) Рід; в) Авсень.
- 56) Апостол – заступник Святої Русі:
а) Михайло; б) Ярослав; в) Андрій.
- 57) Християнський мислитель, автор роботи «Про місто Боже»:
а) А. Августин; б) В. Бабіхін; в) З. Аверінцев.
- 58) Коли виник термін «цивілізація»:
а) XVII ст.; б) XVIII ст.; в) XVI ст.
- 59) Автором знаменитого «Дискобола» є скульптор:
а) Леохар; б) Поліклет; в) Мирон.
- 60) Хто вперше вжив термін «культура» стосовно людського розуму:
а) Платон; б) Цицерон; в) Цезар.
- 61) Поняття «культура» і «цивілізація»:
а) пов'язані між собою; б) тотожні; в) ніяк не пов'язані.
- 62) Духовна культура це:
а) мистецтво й усе, що пов'язане з його створенням, відтворенням, вивченням, поширенням; б) діяльність, спрямована на духовний розвиток людини та суспільства, а також продукти, результати цієї діяльності; в) матеріальне виробництво з погляду його впливу на розвиток людини.
- 63) Давньоруська культура належить до періоду:
а) античності; б) середньовіччя; в) нового часу.
- 64) У середньовічному суспільстві формується:
а) церковна культура; б) лицарська культура; в) народна культура (фольклор).
- 65) На розвиток давньоруської культури великий вплив мала культура:
а) Італії; б) Візантії; в) Китаю.
- 66) Андрій Рубльов був видатним росіянином:
а) архітектором; б) іконописцем; в) скульптором.
- 67) У культурі Росії XVII століття починається процес:
а) інтеграції; б) змирення; в) консолідації.
- 68) Хто з мислителів ототожнював поняття «цивілізація» і «культура»:
а) Н. Бердяєв; б) А. Тойнбі; в) О. Шпенглер.
- 69) Назвіть найперших давньогрецьких мислителів, що дали початок давньогрецькій філософії:
а) Демокрит, Сократ; б) Фалес, Солон; в) Геракліт, Піфагор.

70) Як називалося давньогрецьке місто, де, за збереженими відомостями, народилася європейська філософія:

а) Афіни; б) Мілет; в) Мікени.

71) Кастовий лад – загальна риса багатьох давньосхідних цивілізацій, але в одній державі він виявився з найбільшою силою. Що це за держава Прадавнього Сходу?

а) Китай; б) Індія; в) Вавилон.

72) Коли відбувся розрив між західною та східною галузями християнської церкви?

а) у 1054 р.; б) у 431 р.; в) у 1543 р.

73) Який клас суспільства Аристотель уважав найбільш корисним?

а) аристократію; б) ремісників; в) хліборобів.

74) Як перекладається грецьке слово «Біблія»?

а) святиня; б) книги; в) притчі.

75) Чому люди античності називали своїх північних сусідів варварами?

а) за їх неосвіченість і невихованість; б) за те, що ті не знали грецької або латинської мови; в) за їхню жорстокість.

76) Які форми керування Аристотель уважав «добрими»?

а) демократію; б) аристократію; в) політію.

77) У якій картині світу природне не відрізняється від надприродного?

а) у релігійній; б) у науковій; в) у міфологічній.

78) Що таке артефактний світ?

а) штучно створена природа; б) природа, що оточує людину; в) біосфера;

79) Який давньогрецький поліс став еталоном давньогрецької демократії?

а) Спарта; б) Афіни; в) Коринф.

80) Назвіть одну з «неправильних» форм держави з погляду Аристотеля?

а) монархія; б) тиранія; в) політія.

81) Найважливішим видом мистецтва республіканського Рима вважається:

а) зодчество; б) скульптура; в) театр.

82) Хронологічні рамки європейського Середньовіччя:

а) X – XV ст.; б) V – XVII ст.; в) V – XV ст.

83) Де в прадавньому світі існували міста-держави, політично організовані як рабовласницькі демократії?

а) у Єгипті; б) в Аттиці та Іонії; в) у Китаї.

84) Що означало слово «демократія» у стародавніх греків? а) влада народу; б) рівні права; в) рівні можливості.

85) Хто був третьою за рахунком людиною на землі, першим сином Адама та Єви за християнською версією?

а) Сіф; б) Авель; в) Каїн.

86) Коли і де виникла релігія?

а) у Прадавньому Єгипті в V тисячоріччі до н.е.; б) у Прадавній Месопотамії в IV тисячоріччі до н. е.; в) в епоху верхнього палеоліту, близько 40-50 тис. років тому.

87) Найважливіший пам'ятник англійської літератури XIII ст.:

а) «Тристан і Ізольда»; б) балади про Робін Гуда; в) «Пісня про Нібелунгів» г) «Сага про Еріка Рудого».

Питання відкритого типу

- 1) Що таке культура?
- 2) Що таке субкультура?
- 3) Які субкультури ви знаєте?
- 4) Що таке полікультурне суспільство?
- 5) Чи є Україна полікультурним суспільством?
- 6) Чи є в сучасному світі країни, на 100% однорідні в культурних відносинах?
- 7) Як «культури» можуть переміщатися з однієї країни в іншу?
- 8) Чому іноді виникають конфлікти між культурами?
- 9) Що позитивного в полікультурному суспільстві?
- 10) Чи може одна людина бути полікультурною? Яким чином?
- 11) Яким чином приналежність до декількох культур може бути ресурсом? 12) У кожній культурі є свої цінності й у людей – свої. Чи завжди вони співпадають?
- 13) Культури є різними. Чи це правда, що у різних культур різні цінності? Як ви думаєте, молоді люди з США, Китаю або Росії вибрали б ті ж самі цінності, що й ви?
- 14) Чи можна розділити цінності на ті, які сприяють розвитку та благополуччю в суспільстві, і ті, які тільки сприяють саморозвитку? Можете навести приклади?
- 15) Чому важливо міркувати та бути впевненим в «своїх» цінностях?
- 16) Чи так сильно ми поважаємо цінності інших людей, як свої власні?
- 17) Чи є цінності основою для наших думок, відносин і вчинків?
- 18) Чому деякі звички та звичаї нормальні для одних і не нормальні для інших?
- 19) Чи беруть початок наші судження та оцінки звичаїв у нашій власній культурі?
- 20) Були б ми більш сприйнятливі до тих звичаїв, які ми вважаємо «дивними», якби більше знали про них?
- 21) Чи складніше сприймати одні звичаї та традиції, ніж інші?
- 22) Чи правильно судити про інших людей і звичаї тільки з позицій нашої культури?
- 23) Які елементи нашої культури інші люди можуть порахувати дивними? 24) Чи повинні ми бути терпимі до тих елементів культури, які суперечать правам людини?
- 25) Чи обов'язковий для людини культурний шок? Назвіть його позитивні та негативні наслідки.

26) Навіщо людині усвідомлювати культурні відмінності? Яку роль це відіграє в освоєнні чужої культури?

27) Як пов'язані між собою полікультуралізм і полікультурна компетентність?

28) Провідною функцією полікультурного виховання є усунення протиріч між системами та нормами виховання домінуючих націй, з одного боку, і етнічною меншиною – з іншого. Основними цілями є виховання в дусі плюралізму, рівності, об'єднання.

Питання: Які короткі характеристики таких цілей?

29) У багатонаціональній державі мова провідної етнокультури є одночасно унікальним інструментом міжнаціонального спілкування, основним посередником зі світовою культурою. У багатьох країнах з великими різномовними громадами законом встановлена двомовність. Білінгвізм – це володіння двома мовами. Залежно від того, як і з яким результатом вивчають дві мови, розрізняють різні типи білінгвізму.

Питання: Які існують типи білінгвізму?

30) Виховання толерантності – це виховання в дусі відкритості, розуміння, поваги, активного співробітництва з іншими етнокультурами. Антиподом толерантності є інтолерантність, яка має два протилежні полюси.

Питання: Які початковий і заключний етапи виховання толерантності? Як сформулювати суть виховання двох типів інтолерантності?

31) Етнопедагогіка – це педагогічна народна мудрість, акумульована насамперед у фольклорі. Використання потенціалу етнопедагогіки може підводити вихованців до усвідомлення близькості різних культур, розумінню цих культур. Поза таким застосуванням етнопедагогіка стає педагогічним етноцентризмом і антиподом полікультурного виховання.

Питання: Чим є небезпечний етноцентризм для полікультурного виховання?

32) Культурна асиміляція – це злиття одного народу з іншим із втратою одним з них власних мови, культури, національної самосвідомості. У багатьох країнах є прихильники культурної асиміляції, у тому числі за допомогою виховання. Її ідеологи виходять із припущення, що виховний простір у багатонаціональній державі повинен мінятися при згладжуванні відмінностей, спрощенні. Один з помітних проявів асиміляції як стратегії виховання та освіти – концепція та практика «плавильного казана» у США. Питання: У чому полягає концепція та практика «плавильного казана» і наскільки обґрунтованими вони виявилися?

33) Кроскультуралізм у вихованні – це визнання та заохочення різноманіття (плюралізму) ціннісних орієнтації різних етнокультур у загальному соціумі. Фактично кроскультуралізм консервує відмінності етнокультурних груп у сфері виховання та освіти. Це не відповідає концепції та практиці багатоступінчастого полікультурного виховання, яке не обмежується визнанням культурного плюралізму.

Питання: Які головні етапи полікультурного виховання?

34) Інтернаціональне виховання має чимало загального з полікультурним вихованням. Мова йде в першу чергу про спільні завдання формування розуміння та поваги інших народів, культур і цивілізацій. При такій спільності полікультурному вихованню властиві особливі акценти та адресати.

Питання: Які основні відмінності полікультурного виховання від інтернаціонального?

2. Тест на виявлення полікультурних знань студентів-медиків

1. Під культурою в найбільш загальному змісті розуміється:

- а) рівень вихованості;
- б) уся перетворювальна діяльність людини;
- в) виробництво та застосування знарядь праці;
- г) пристосування організму до навколишньої дійсності.

2. Усі види виробничої, суспільної та духовної діяльності людини про суспільство, а також усі їх результати в сукупності можна назвати:

- а) культурою;
- б) економікою;
- в) світоглядом;
- г) історією.

3. Історично встановлений порядок поведінки соціальної групи в конкретній ситуації називається:

- а) звичаєм;
- б) статусом;
- в) етикетом;
- г) звичкою.

4. Відомо, що хрестоносці привезли в Європу зі Сходу ряд культурних норм, наприклад, звичку мити руки перед їжею. Про яку тенденцію в розвитку культури свідчить цей факт?

- а) про збереження самобутності;
- б) про відродження традицій;
- в) про національну ізоляцію;
- г) про взаємне збагачення

5. Чи є вірними наступні судження про культурні процеси?

А. Інтернаціоналізації культури сприяють світовий поділ праці, зростаюча рухливість населення.

Б. Інтернаціоналізації культури сприяють науково-технічний прогрес, розвиток інформаційних технологій:

- а) вірне тільки А;
- б) вірне тільки Б;
- в) вірні обидва судження;
- г) обидва судження невірні.

б. Чи є вірними судження про масову культуру?

А. Для всіх явищ масової культури характерне звертання до народних традицій;

Б. Для всіх явищ масової культури характерний простий та доступний зміст;

- а) вірно тільки А;
- б) вірно тільки Б;
- в) вірні обидва судження;
- г) обидва судження невірні.

7. Чи є вірними наступні судження про різновиди культури?

А. Свобода творця завжди обмежена необхідністю продажу своїх творів;

Б. Твори масової культури, як правило, орієнтовані на вираження соціального протесту;

- а) вірно тільки А;
- б) вірно тільки Б;
- в) вірні обидва судження;
- г) обидва судження невірні.

8. Чи є вірними наступні судження про засоби масової інформації (ЗМІ)?

А. Зміст інформації, надаваної ЗМІ, урахує запити аудиторії;

Б. Запити масової аудиторії багато в чому формуються впливом на неї

ЗМІ:

- а) вірно тільки А;
- б) вірно тільки Б;
- в) вірні обидва судження;
- г) обидва судження невірні.

9. Яку функцію науки ілюструє розробка нових способів захисту житла людини від несанкціонованого вторгнення?

- а) пізнавальну;
- б) прогностичну;
- в) пояснювальну;
- г) соціальну.

10. Яку функцію науки ілюструє створення штучних замінників цукру для людей, що страждають на різні захворювання?

- а) пояснювальну;
- б) прогностичну;
- в) соціальну;
- г) виробничу.

11. Яка риса відрізняє науку від інших галузей культури?

- а) віра в надприродні сили;
- б) теоретичне обґрунтування законів розвитку природи та суспільства;
- в) вираження суб'єктивного ставлення до світу;
- г) пропозиція закінченої світоглядної системи.

12. Чи є вірними наступні судження про науку? Науку можна охарактеризувати як:

А. особливу систему знань, що дозволяє обґрунтовано пророкувати процеси і явища дійсності;

Б. систему наукових досліджень, організацій, установ і інститутів;

а) вірно тільки А; б) вірно тільки Б; в) вірні обидва судження; г) обидва судження невірні.

13. Процес прилучення до культури, цінностей людського суспільства, знань про світ, накопичених попередніми поколіннями, називається:

а) наукою; б) мистецтвом; в) освітою; г) творчістю.

14. Яке з наступних понять відповідає визначенню: «Самостійна робота із придбання знань про природу, суспільство, особистість»?

а) самоаналіз; б) самоосвіта; в) самореалізація; г) самодіяльність.

15. Принцип гуманізації освіти вимагає:

а) посилення уваги суспільства до особистості, її інтересів; б) створення єдиної системи освіти для різних країн; в) підвищення ролі вивчення соціально-гуманітарних дисциплін; г) регулювання системи освіти державою.

16. Процес гуманізації освіти припускає:

а) дотримання статуту школи; б) обов'язкову основну освіту; в) урахування потреб і інтересів учнів; г) навчання у дві зміни.

17. Гуманізація освіти припускає:

а) різноманітність освітніх послуг; б) комп'ютеризацію навчальних закладів; в) уніфікацію вимог до навчального устаткування; г) особливу увагу до суспільних дисциплін.

18. Чи є правильними такі судження про знання, отримувані в школі?

А. Знання, отримані в школі, повинні відповідати сучасним науковим уявленням;

Б. Знання, отримані в школі, повинні відповідати пізнавальним можливостям учнів;

а) вірне тільки А; б) вірне тільки Б; в) вірні обидва судження; г) обидва судження невірні.

19. Яка з рис відрізняє релігію як феномен культури?

а) опис і пояснення природних і соціальних явищ; б) твердження ідеї створення світу; в) достовірне довгострокове прогнозування розвитку; г) естетичне освоєння навколишнього світу.

20. Загальним для науки та художньої творчості є:

а) прагнення до осмислення дійсності; б) обґрунтованість припущень; в) прагнення до вірогідності; г) формування почуття прекрасного.

21. Чи є вірними наступні судження про науку?

А. Наука виробляє та теоретично систематизує об'єктивні знання про дійсність;

Б. Наука створює емоційно-почуттєвий образ об'єктивної реальності;

а) вірне тільки А; б) вірне тільки Б; в) вірні обидва судження; г) обидва судження невірні.

22. Опис, пояснення та пророкування процесів і явищ дійсності є безпосередньою метою:

а) мистецтва; б) науки; в) культури; г) освіти.

23. Про яку тенденцію розвитку освіти свідчить увага до реалізації права людей з обмеженими фізичними можливостями на одержання загальної та професійної освіти? а) глобалізації; б) гуманізації; в) комп'ютеризації; г) профілізації.

24. Запишіть слово, яке пропущено в наступній фразі: «Науку, моральність, релігію, філософію, мистецтво, наукові установи, установи культури, релігійні організації, відповідну діяльність людей охоплює сфера життя суспільства».

25. Впишіть пропущене слово: «це сукупність ідей, учинків, що піднімають гідність і цінність людської особистості».

26. Знайдіть у наведеному нижче списку твори народної культури:

1) шкільні анекдоти; 2) історичний роман; 3) пісня про Стеньку Разіна; 4) пісні-колядки; 5) бразильський телесеріал.

Отриману послідовність цифр запишіть у рядку відповідей.

Додаток Л

Тест «Визначення спрямованості особистості» (Б. Басс)

Анкета складається з 27 пунктів-суджень, для кожного з яких можливі три варіанти відповіді, що відповідають трьом видам спрямованості особистості. Респондент повинен вибрати одну відповідь, що найбільше виражає його думку або відповідає реальності, і ще один, який, навпаки, найбільш далекий від його думки або ж найменш відповідає реальності. Відповідь «найбільше» одержує 2 бали, «найменше» – нуль. Невибрана відповідь – 1 бал. Бали, набрані за всіма 27 пунктами, підсумовують для кожного виду спрямованості окремо.

За допомогою методики виявляють такі спрямованості:

1. Спрямованість на себе (Я) – орієнтація на пряму винагороду й задоволення від до роботи й співробітників, агресивність у досягненні статусу, владність, схильність до суперництва, дратівливість, тривожність, інтроєртність.

2. Спрямованість на спілкування (СС) – прагнення за будь-яких умов підтримувати відносини з людьми, орієнтація на спільну діяльність, але часто на шкоду виконанню конкретних завдань або наданню щирої допомоги людям, орієнтація на соціальне схвалення, залежність від групи, потреба в прихильності й емоційних відносинах з людьми.

3. Спрямованість на роботу (Д) – зацікавленість у вирішенні ділових проблем, виконання роботи якнайкраще, орієнтація на ділове співробітництво, здатність відстоювати в інтересах справи власну думку, що корисно для досягнення спільної мети.

Інструкція: Запитальник складається з 27 пунктів. Для кожного з них можливі три варіанти відповіді: А, Б, В.

1. З відповідей на кожен пункт оберіть той, який найкраще виражає Вашу позицію на питання. Можливо, що якісь із варіантів відповідей здадуться Вам рівноцінними. Проте ми просимо Вас відібрати з них тільки один, а саме той, котрий найбільшою мірою відповідає Вашій думці й найбільш цінний для Вас. Букву, якою позначена відповідь (А, Б, В), напишіть на аркуші для запису відповідей поруч із номером відповідного пункту (1–27) під рубрикою «найбільше».

2. Потім з відповідей на кожен пункт оберіть ту, що найменше відповідає Вашій позиції. Букву, якою позначена відповідь, знову напишіть на аркуші для запису відповідей поруч із номером відповідного пункту, у стовпчику під рубрикою «найменше».

3. Отже, для відповіді на кожне питання Ви використаєте дві букви, які й запишіть у відповідні стовпчики. Інші відповіді ніде не записуються. Намагайтеся бути максимально правдивим. Серед варіантів відповідей немає «гарних» або «поганих», тому не намагайтеся вгадати, яка з відповідей є «правильною» або «кращою» для Вас.

Питання тесту:

1. Найбільше задоволення я одержую від:

А. Схвалення моєї роботи; Б. Свідомості того, що робота зроблена добре; В. Свідомості того, що мене оточують друзі.

2. Якби я грав у футбол (волейбол, баскетбол), то я хотів би бути:

А. Тренером, що розробляє тактику гри; Б. Відомим гравцем; В. Обраним капітаном команди.

3. На мою думку, найкращим лікарем є той, хто:

А. Виявляє шанобливе ставлення до пацієнта і до кожного має індивідуальний підхід; Б. Має гарну репутацію і до нього йдуть пацієнти; В. Створює в колективі таку атмосферу, коли ніхто не боїться висловити своєї думки.

4. Мені подобається, коли люди:

А. Радіють від виконаної роботи; Б. Із задоволенням працюють у колективі; В. Прагнуть виконати свою роботу краще від інших.

5. Я хотів би, щоб мої друзі:

А. Були чуйні й допомагали людям, коли для цього трапиться нагода; Б. Були вірними й відданими мені; В. Були розумними й цікавими людьми.

6. Найкращими друзями я вважаю тих:

А. З ким складаються гарні взаємини; Б. На кого завжди можна розраховувати; В. Хто може багато досягти в житті.

7. Найбільше я не люблю:

А. Коли мені щось не вдається; Б. Коли псуються взаємини з товаришами; В. Коли мене критикують.

8. По-моєму, найгірше, коли лікар:

А. Не приховує, що деякі пацієнти мають низький соціальний статус; Б. Викликає дух суперництва в колективі; В. Недостатньо добре володіє професійними навичками.

9. У дитинстві мені найбільше подобалося:

А. Проводити час із друзями; Б. Відчуття виконаних справ; В. Коли мене за щось хвалили.

10. Я хотів би бути схожим на тих, хто:

А. Досяг успіху в житті;

Б. По-справжньому захоплений своєю справою;

В. Відрізняється дружелюбністю й доброзичливістю.

11. Насамперед школа повинна:

А. Навчити вирішувати завдання, які ставить життя;

Б. Розвивати індивідуальні здібності учня;

В. Виховувати якості, що допомагають взаємодіяти з людьми.

12. Якби в мене було більше вільного часу, найохочіше я використав би його:

А. Для спілкування із друзями; Б. Для відпочинку й розваг;

В. Для своїх улюблених справ і самоосвіти.

13. Найбільших успіхів я домагаюся, коли:

А. Працюю з людьми, які мені приємні; Б. У мене цікава робота;

В. Мої зусилля добре винагороджують.

14. Я люблю, коли:

А. Інші люди мене цінують;

Б. Отримую задоволення від виконаної роботи;

В. Приємно проводжу час із друзями.

15. Якби про мене вирішили написати в газеті, мені б хотілося, щоб:

А. Розповіли про яку-небудь цікаву справу, пов'язану з навчанням, роботою, спортом тощо, де мені доводилось брати участь.

Б. Написали про мою діяльність;

В. Обов'язково розповіли про колектив, у якому я працюю.

16. Найкраще я навчаюсь, якщо викладач:

А. Має до мене індивідуальний підхід;

Б. Зуміє викликати в мене інтерес до предмета;

В. Влаштовує колективне обговорення досліджуваних проблем.

17. Для мене немає нічого гіршого, ніж:

А. Образа честі;

Б. Невдача при виконанні важливої справи;

В. Втрата друзів.

18. Найбільше я ціную:

А. Успіх;

Б. Можливість гарної спільної роботи;

В. Здоровий практичний розум і кмітливість.

19. Я не люблю людей, які:

А. Вважають себе гіршими від інших; Б. Часто сваряться й конфліктують;

В. Заперечують все нове.

20. Приємно, коли:

- А. Працюю над важливою для всіх справою; Б. Маю багато друзів;
 В. Викликаю замилювання й усім подобаюся.
21. *По-моєму, передусім керівник повинен бути:*
 А. Доступним; Б. Авторитетним; В. Вимогливим.
22. *У вільний час я охоче прочитав би книги:*
 А. Про те, як заводити друзів і підтримувати гарні стосунки з людьми;
 Б. Про життя знаменитих і цікавих людей;
 В. Про останні досягнення науки й техніки.
23. *Якби в мене були здібності до музики, я хотів би бути:*
 А. Диригентом; Б. Композитором; В. Солістом.
24. *Мені б хотілося:*
 А. Придумати цікавий конкурс;
 Б. Перемогти в конкурсі;
 В. Організувати конкурс і керувати ним.
25. *Для мене найважливіше знати:*
 А. Що я хочу зробити;
 Б. Як досягти мети;
 В. Як організувати людей для досягнення мети.
26. *Людина повинна прагнути того, щоб:*
 А. Інші були нею задоволені;
 Б. Насамперед виконати своє завдання;
 В. Їй не дорікали за виконану роботу.
27. *Найкраще я відпочиваю у вільний час:*
 А. Спілкуючись із друзями;
 Б. Переглядаючи розважальні фільми;
 В. Займаючись своєю улюбленою справою.

Додаток М

Опитувальник «Діагностика рівня морально-етичної відповідальності» І.Г.Тимощука

Опис шкал опитувальника

Шкала 1. Рефлексія на морально-етичні ситуації (моральна рефлексія або рефлексія, яка актуалізується в ситуаціях, пов'язаних із морально-етичними колізіями та конфліктами).

Шкала 2. Інтуїція в морально-етичній сфері (моральна інтуїція).

Шкала 3. Екзистенційний аспект відповідальності.

Шкала 4. Альтруїстичні емоції.

Шкала 5. Морально-етичні цінності.

Шкала 6. Шкала брехні (соціальної бажаності).

ІНСТРУКЦІЯ. Вам необхідно дати відповідь на запропоновані твердження. Якщо ви погоджуєтесь з твердженням, то поряд з його номером поставте "+" (так), якщо ні – то знак "-". Якщо складно відповісти, то 0 (не знаю). Звертаємо вашу увагу на те, що правильність наших висновків буде повністю залежати від щирості і точності Ваших відповідей.

1. Мені здається, що кохання в сучасному світі втратила свою цінність.

2. Я вважаю, що інтуїтивно оцінити аморальність людського вчинку не може ніхто.
3. Я гадаю, що постійний аналіз своєї поведінки і вчинків корисний, але не необхідний.
4. В житті я більше дотримуюсь принципу: «Мені подобається», а не «Я повинен».
5. Я вважаю, що такі поняття як «обов'язок» і «честь» втратили своє першочергове значення.
6. Я ніколи не пропускав цікавих занять в інституті.
7. Мені здається, що безкорисливо допомагати іншим людям – сприяти розвитку у них інфантильності.
8. Радитися з внутрішнім голосом, вирішуючи етичні проблеми, властиво людям зі слабо розвиненим мисленням і рефлексією.
9. Люди, які постійно займаються «самокопанням», зазвичай не впевнені в собі і мало адаптивні в суспільстві.
10. Мені здається, що тільки сильна особистість здатна відповідати за своє життя і вчинки.
11. Люди, які постійно борються за справедливість, насправді «вискочки і задрісники».
12. Я ніколи нікому не відмовляю у допомозі, навіть якщо це обмежує мої інтереси.
13. Співчуття і співпереживання іншій людині – це не вирішення проблеми, а ухиляння від неї.
14. Я вважаю, що ментально вибрати правильне рішення в складній етичній ситуації не може ніхто.
15. Аналізуючи мотиви поведінки інших людей, я отримую задоволення.
16. Я вважаю, що людина не може повністю відповідати за те, що з ним відбувається в житті.
17. Якщо постійно прислуховуватись до голосу своєї совісті, можна залишитися «без хліба насущного».
18. Я розумію, що сперечатися з батьками марно, тому ніколи не роблю цього.
19. Щира радість за успіхи іншої людини є, на мій погляд, зворотною стороною заздрості.
20. Бачення в оточуючих мене явищах дію сил «добра і зла» здається мені примітивним і застарілим.
21. Якщо постійно замислюватися про правильність життя, то і життя може пройти повз.
22. Я вважаю, що людина не зобов'язана відповідати за кризи і конфлікти, що відбулися в її житті.
23. Суспільство диктує людині свої цінності й ідеали і нікуди від цього не дітисся.
24. Я ніколи не оцінюю людей.

25. Зазвичай почуття провини властиве людям із низькою самооцінкою, невпевненим у собі.

26. Люди, які постійно дотримуються голосу совісті, виглядають смішно і не сучасно.

27. Я вважаю, що потрібно робити справу, а не замислюватися над тим, як це відобразиться на людях.

28. Безвідповідальність, іноді проявлена людиною, буває йде на користь іншим.

29. Я вважаю, що в роботі іноді потрібно вдаватися до принципу: «Мета виправдовує засоби».

30. Маніпулювати неетично, і я ніколи цього не роблю.

Ключі:

Шкала 1. Рефлексія на морально-етичні ситуації. (Конфлікти, колізії) – відповіді «ні» на питання 3, 9, 21, 27; відповідь «так» на запитання 15.

Шкала 2. Інтуїція в морально-етичній сфері – відповіді «ні» на питання 2, 8, 14, 20, 26.

Шкала 3. Екзистенційна відповідальність – відповіді «ні» на питання 4, 10, 16, 22, 28.

Шкала 4. Альтруїстичні емоції – «ні» на питання 1, 7, 13, 19, 25.

Шкала 5. Морально етичні цінності – відповіді «ні» на питання 5, 11, 17, 23, 29.

Шкала 6. Шкала брехні – відповіді «так» на запитання 6, 12, 18, 24, 30.

Якщо кількість балів за шкалою брехні складає від 3 до 5 – результати недостовірні.

Для того, щоб виявити рівень сформованості морально-етичної відповідальності необхідно підсумувати результати, отримані за шкалами опитувальника.

Низкий рівень – 0 до 5. Середній рівень – 5–15. Високий рівень – 15–25.

Додаток Н

Інтелектуальний тест Амтхауера

Груповий тест Амтхауера призначається для оцінки структури інтелекту осіб у віці від 13 до 61 року. Автор ставив перед собою задачу розробити такий метод, що міг би використовуватися для фахової орієнтації і консультування з проблем вибору професії. Амтхауер включив у свій тест завдання на діагностику таких компонентів інтелекту: вербального, лічильно-математичного, просторового, мнемічного. У тест Амтхауера входять такі субтести: 1 – на загальну обізнаність і інформованість у різних областях знань (не тільки наукових, але і життєвих); 2 – на класифікацію понять; 3 – на встановлення аналогій; 4 – на підведення двох понять під загальну категорію (узагальнення); 5 – на уміння вирішувати прості арифметичні задачі; 6 – на уміння знаходити числові закономірності; 7 – на уміння подумки оперувати зображеннями фігур на площині; 8 – на уміння подумки оперувати зображеннями об'ємних фігур; 9 – на заучування слів.

Кожний субтест, за винятком четвертого, складається з 20 завдань, у четвертий субтест входять 16 завдань.

Нижче наводяться приклади завдань із кожного субтеста.

Завдання 1-го субтеста являють собою пропозиції, у кожному з яких пропущене одне слово. Випробуваному необхідно з п'ятьох даних на вибір слів підібрати те, що підходить за змістом:

Протилежністю поняття «вірність» є поняття: а) любов, б) ненависть, в) дружба, г) зрадянство, д) ворожнеча.

В 2-му субтесті випробуваному пропонувалося з п'яти даних слів викреслити одне, що не підходить до інших чотирьох, що є подібними по визначеній ознаці: а) малюнок, б) картина, в) графіка, г) скульптура, д) живопис. У 3-му субтесті випробуваний повинен був встановити аналогію: дерево: стругати; залізо: а) чеканити, б) згинати, в) лити, г) шліфувати, д) кувати. У 4-му субтесті треба було відшукати поняття, що об'єднує запропоновані слова: дощ-сніг, правильним поняттям буде «опади». 5-й субтест містив арифметичні задачі: Скільки кілометрів пройде товарний поїзд за 7 год, якщо його швидкість 40 км/год? У 6-му субтесті необхідно було продовжити числові ряди, побудовані за певними правилами: 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24? У 7-му субтесті студентам пропонувалися зображення плоских геометричних фігур, які розрізані на декілька частин. Необхідно було уявно з'єднати частини фігури і визначити, яка фігура утвориться в результаті. У 8-му субтесті досліджуванним пропонувалися зображення кубиків із різним позначенням граней. Кубики були уявно повернені і перевернені в просторі, так, що іноді з'являлися нові, невідомі грані. Необхідно було визначити, який із п'ятьох кубиків-зразків зображений на кожному малюнку.

Час виконання кожного субтеста обмежений і коливається від 6 до 10 хв. Цілоком весь цей тест проводився за 90 хв (пара). Тест груповий, підготовлений у двох формах – А і Б. Сусіди по парті працюють із різними формами тесту. Дослідження проводиться двома експериментаторами.

Таким чином, тест складається з вербальних, числових і просторових субтестів. Перші вимагають від студентів певних знань і вмій, проводити з матеріалом певні логічні операції. Другі передбачають певну ступінь розвитку формалізованого і просторового мислення. Амтхауер припускав, що за допомогою цього тесту можна робити висновок про структуру інтелекту досліджуваних за успішністю виконання окремих субтестів. Для грубого аналізу «розумового профілю» він пропонує таке: якщо найвищі результати отримані за першими чотирма субтестами, то у досліджуваного більш розвинені теоретичні здібності, якщо за п'ятьма – то практичні здібності.

Додаток О

РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

(фрагмент)

Латинська мова та медична термінологія;

галузь знань 22 «Охорона здоров'я»;

спеціальність 222 «Медицина»;

факультет медичний ф – т № 1.

Опис навчальної дисципліни

Структура навчальної дисципліни	Кількість годин, з них				Рік навчання	Вид контролю
	Всього годин /кредитів ECTS	Аудиторних		СРС		
		Лекцій	Практичних занять			
Кредитів ECTS	90 годин / 3 кредити		70	20	1	
Модуль 1: Змістових модулів 3	45 годин / 1,5 кредити ECTS	–	34	11		ПК – залік
Модуль 2: Змістових модулів 3	45 годин / 1,5 кредити ECTS	–	36	9		ПК – диференційований залік

Робоча програма складена на основі: вимог ОПП та ОКХ, затверджених МОЗ України від 22.03.2004 № 148 підготовки фахівців для спеціальностей «Лікувальна справа», «Педіатрія» та типової програми з латинської мови та медичної термінології для студентів вищих медичних закладів освіти III – IV рівнів акредитації, К. – 2013.

Згідно з рішенням Вченої Ради від 28.02.2013 року структурна форма дисципліни на модулі та змістовні модулі залишається без змін, змінюється лише форма модульного контролю на залік, за який виставляється традиційна оцінка, яка переводиться в бали (Шкала перерахунку традиційних оцінок у рейтингові бали (200 балів) для дисциплін, що закінчуються заліком, прийнятої рішенням Вченої ради ВНМУ протокол №2 від 28.09.10).

Мета та завдання навчальної дисципліни

Метою викладання навчальної дисципліни є досягнення кінцевих цілей, які встановлені на основі ОПП підготовки лікаря за фахом, відповідно до блоку підсумкових модулів і є основою для побудови змісту навчальної дисципліни.

Завдання – навчити використовувати греко-латинські медичні терміни в майбутній практичній діяльності фахівця.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен **знати**:

Модуль 1.

- написання букв алфавіту;
- графічна передача дифтонгів;
- графічна передача грецьких диграфів;
- буквосполучення;
- читання лексичного матеріалу;
- назвати кількість відмін в латинській мові;
- визначення відміни;
- знаходження основи;
- словникова форма;

- парадигма 1-5 відмін, родові закінчення. Винятки;
- утворення термінів по типу неузгодженого означення з іменниками I – V відмін;
- переклад латинською мовою дво- трьохслівних термінів з узгодженим і неузгодженим означенням;
- прикметники 1-2 групи, родові закінчення, узгодження з іменниками I – V відмін;
- переклад латинською мовою анатоμο–гістологічних термінів;
- визначення іменників III відміни;
- знаходження основи;
- поділ на типи, сталі вирази;
- закінчення іменників чоловічого роду. Винятки. Вживання в термінах;
- закінчення іменників жіночого роду. Винятки. Вживання в термінах;
- закінчення іменників середнього роду. Винятки. Вживання в термінах. іменники грецького походження середнього роду на «ta», жіночого роду на «sis». Вживання в термінах;
- дієприкметники теперішнього часу активної форми. Сталі вирази. Вживання в термінах;
- переклад анатоμο-гістологічних термінів з лексикою різних відмін, перш за все *termini generales* за валентністю та з урахуванням принципу сполучення з іншими словами в структурі декількаслівних термінів;
- анатоμο-гістологічні терміни на неузгоджене означення;
- анатоμο-гістологічні терміни на узгоджене означення;
- структура термінів з неузгодженим і узгодженим означенням;
- латинські та грецькі префікси та суфікси.

Модуль 2.

- назви лікарських форм;
- дієслова у наказовому способі;
- спеціальні рецептурні вирази;
- рецептурні формулювання *Misce, fiat... Da in ...*;
- назви лікарських рослин;
- назви органів рослин;
- особливості перекладу хімічних термінів;
- частотні відрізки у тривіальних назвах лікарських засобів;
- найбільш вживані прийменники;
- переклад рецептів українською та латинською мовами;
- грецько-латинські лексичні еквіваленти і терміноелементи, які утворюють тематичні ряди;
- терміни-композиції, що складаються з кореневих і афіксальних словотворчих елементів;
- переклад клінічних діагнозів.

Уміти:

- Вільне читання латинського тексту.
- Застосування алфавіту в роботі зі словником.
- Правильне відображення на письмі звуків латинського алфавіту та латинізованих медичних термінів.
- Практичне використання грецьких буквосполучень в словах грецького походження і їх правильна передача в медичних термінах.
- Вільне володіння лексичним матеріалом і уміння класифікувати слова за відмінами з метою постановки орфографічно правильного написання закінчень.
- Вільне конструювання анатоמו-гістологічних термінів на базі одержаних граматичних знань.
- Практичне застосування правил побудови рецепта в перекладі і в розв'язанні рецептурних задач.
- Автоматизм у написанні назв фармацевтичних препаратів, що містять спеціалізовану фармакологічну, терапевтичну, хімічну та іншу інформацію.
- Автоматизм у сприйнятті та письмовому відтворенні термінів-комполітів греко-латинського походження.
- Вільний переклад основних клінічних діагнозів головних медичних галузей – терапії, хірургії, нервових хвороб, стоматологічних хвороб, гінекології тощо.

Програма навчальної дисципліни

Модуль 1. Лексико-фонетичне і граматико-синтаксичне забезпечення теми «Фонетика. Структура анатоמו-гістологічного терміну».

Змістовий модуль 1. Фонетика. Морфологія. Системне вивчення іменників I–V відмін і прикметників I–III відмін як засіб побудови анатоמו-гістологічних термінів.

Тема 1. Ознайомлення з організацією навчального процесу курсу «Латинська мова та медична термінологія».

Фонетика. Латинський алфавіт. Правила вимови голосних, дифтонгів, приголосних, диграфів, буквосполучень.

Словникова форма латинських іменників.

Тема 2. Фонетика. Наголос. Правила постановки наголосу. Довгота та короткість другого складу.

Вступ до медичної термінології. Поняття «науковий термін». Структура анатоמו-гістологічних термінів.

Грецькі корені та префікси, які пишуться через «у».

Тема 3 Морфологія. Іменник. Граматичні категорії. Словникова форма. Визначення відмін, основи, роду іменників. Відмінкові закінчення іменників I-V відмін. Відмінювання іменників I-V відмін. Функції іменників у складі анатомічних термінів (АТ). Неузгоджене означення.

Тема 4. Морфологія. Прикметник. Граматичні категорії.

Словникова форма. Дві групи прикметників. Відмінювання прикметників.

Узгодження прикметників з іменниками.

Функції прикметників у складі АТ.

Тема 5. Морфологія. Прикметник. Ступені порівняння латинських прикметників: прикметники, які не мають звичайного ступеня порівняння; прикметники, які утворюють ступені порівняння від різних основ; вживання ступенів порівняння прикметників. Морфологічна і синтаксична структура багатослівних анатомічних термінів з різними типами означень.

Тема 6. Морфолого-синтаксичний аналіз АТ.

Змістовий модуль 2. Іменники III відміни. Узгодження прикметників з іменниками III відміни.

Тема 1. Третя відміна іменників. Загальні відомості. Визначення основи, типи відмінювання, парадигми трьох родів. Чоловічий рід іменників третьої відміни. Винятки з правил про рід іменників чоловічого роду третьої відміни. Узгодження прикметників з іменниками чоловічого роду третьої відміни. Морфолого-синтаксичний аналіз анатомічних термінів.

Тема 2. Жіночий рід іменників третьої відміни. Винятки з правил про рід іменників жіночого роду третьої відміни. Особливості відмінювання іменників грецького походження на *-sis*. Узгодження прикметників з іменниками жіночого роду третьої відміни. Морфолого-синтаксичний аналіз анатомічних термінів.

Тема 3. Середній рід іменників третьої відміни. Винятки з правил про рід іменників середнього роду третьої відміни. Особливості відмінювання деяких іменників середнього роду (*vas, gramma etc.*). Узгодження прикметників з іменниками середнього роду третьої відміни. Морфолого-синтаксичний аналіз анатомічних термінів.

Тема 4. Узгодження прикметників з іменниками третьої відміни. Морфолого-синтаксичний аналіз анатомічних термінів.

Змістовий модуль 3. Структура анато-гістологічних термінів. Морфолого-синтаксичний аналіз анатомічних термінів з різними типами означень. Термінологічний словотвір.

Тема 1. Морфолого-синтаксичний аналіз АТ з різними типами означень.

Тема 2. Морфолого-синтаксичний аналіз АТ з різними типами означень. Контроль практичних навичок морфолого-синтаксичного аналізу АТ.

Тема 3. Термінологічний словотвір. Морфологічний спосіб творення слів. Поняття префікс, суфікс, афікс, флексія, твірна основа, похідна основа. Словотворення за допомогою префіксів, частина I (*in, im*), частина II (*ante, pre*).

Тема 4. Термінологічний словотвір. Словотворення за допомогою префіксів, частина III (*inter, meso*), частина IV (*retro, re*). Утворення

термінів-комполітів за заданими морфемами та терміноелементами. Аналіз термінів-комполітів, записаних латинською та українською мовами.

Тема 5. Термінологічний словотвір. Словотворення за допомогою суфіксів. Суфікси іменників та прикметників.

Тема 6. Термінологічний словотвір. Структурний аналіз термінів. Утворення термінів-комполітів за заданими морфемами та терміноелементами.

Модуль 2. Лексико-синтаксичне забезпечення теми «Фармацевтична термінологія». Лексичне та аналітико-синтаксичне опрацювання теми «Клінічна термінологія».

Змістовий модуль 1. Лексичне забезпечення вивчення теми «Рецептура». Поняття про рецепт. Державна Фармакопея.

Тема 1. Фармацевтична термінологія. Рецепттура. Номенклатура лікарських засобів. Дієслово, граматичні категорії. Наказовий спосіб.

Дійсний спосіб теперішнього часу активного і пасивного стану. Транслітерація тривіальних назв лікарських засобів. Назви лікарських форм.

Тема 2. Рецепт. Структура рецепта. Граматична структура рецептурного рядка. Правила виписування рецептів.

Тема 3. Моделі рецептурних приписів. Скорочені та розгорнуті рецептурні приписи таблеток, драже, супозиторіїв, очних плівок. Рецептурні формулювання для позначення лікарських форм при виписуванні рецептів розгорнутим способом. Тверді лікарські форми. Способи виписування таблеток, драже, порошків.

Тема 4. Ботанічна номенклатура. Біліарність. Вживання ботанічних назв у фармакології. Назви рослин в номенклатурі лікарської сировини. Назви лікарських рослин, найбільш вживаних у медицині. Назви органів рослин. Назви олій. Рецепттура. Латинська номенклатура лікарських форм. М'які та рідкі лікарські форми. Способи виписування.

Тема 5. Найбільш вживані прийменники з Ass. та Abl. Рецептурні формулювання для позначення упакування лікарських форм або спеціального призначення ліків. Спеціальні рецептурні вирази. Частотні відрізки у назвах вуглеводневих радикалів. Деякі частотні відрізки з хімічним значенням. Частотні відрізки терапевтичного, анатомічного, фізіологічного та фармакологічного характеру (частина I).

Тема 6. Частотні відрізки в тривіальних назвах лікарських засобів. (частина II). Рідкі лікарські форми. Способи виписування. Числівник. Числівники – префікси латинського та грецького походження.

Змістовий модуль 2. Хімічна номенклатура латинською мовою.

Тема 1. Хімічна номенклатура латинською мовою. Назви хімічних елементів, кислот, оксидів, пероксидів, закисів.

Тема 2. Хімічна номенклатура. Назви солей. Солі оксигеновмісних кислот. Кислі та основні солі. Солі безоксигенних кислот. Калієві та натрієві солі. Назви складних ефірів.

Тема 3. Хімічна номенклатура. Скорочення в рецептах.

Виписування рецептів на різноманітні лікарські форми, вживані в рецептурі. Найменування лікарських препаратів, типові структури, переклад.

Змістовий модуль 3. Клінічна термінологія.

Тема 1. Клінічна термінологія. Загальні відомості. Структура клінічних термінів. Словотворення шляхом складання основ. Грецько-латинські дублетні позначення органів, частин тіла (kerphal... odont). Грецькі ТЕ зі значенням вчення, наука, методи діагностичного обстеження (logia...odunia). Клінічні діагнози (інфекційні хвороби).

Тема 2. Суфікси -osis, -iasis, -ismus, -itis, -oma. Утворення термінів назв хвороб запального, незапального та пухлинного характеру. Грецько-латинські дублетні позначення органів (splanchn... ochi). Грецькі ТЕ, які позначають патологічні зміни органів і тканин, терапевтичні та хірургічні способи лікування (iatria... raphia). Клінічні діагнози (хірургія).

Тема 3. Грецько-латинські дублетні позначення тканин, органів, секретів та ін. (haem...phon). Клінічні діагнози (офтальмологія, фтизіатрія).

Тема 4. Окремі ТЕ, які позначають функціональні та патологічні процеси, стани А (bi...psych, plegia...phrenic). Клінічні діагнози (отоларингологія).

Тема 5. Окремі ТЕ, які означають фізичні властивості, якості (aut...nesr). Клінічні діагнози (внутрішні хвороби).

Тема 6. Систематизація грецько-латинських дублетних позначень.

Конструювання клінічних термінів. Клінічні діагнози (акушерство і гінекологія).

Тема 7. Систематизація окремих терміноелементів. Клінічні діагнози (нервові хвороби). Структурний аналіз і конструювання клінічних термінів.

Індивідуальні завдання

- Студентська наукова конференція.

Підготовка та участь у вузівській СНК (без призового місця) – 5 балів;

III місце – 6 балів; II місце – 8 балів; I місце – 10 балів.

Призове місце на міжвузівській і міжнародній СНК – 12 балів.

Тематика доповідей на СНК:

1. Роль латинської та давньогрецької мов у становленні сучасних термінологічних систем.

2. З історії латинської мови.

3. Сучасне життя «мертвої мови».

4. Гуманістична традиція живої латини.

5. Середньовічні латиномовні джерела у сучасному вимірі.

6. Золотий вік латинської мови (Ціцерон, Цезар, Вергілій, Горацій, Овідій).

7. Латинські крилаті вислови.

8. Латинізми в лексиці європейських мов.

9. Слова латинського походження в українській мові.

10. Термінологічна семантика медичних спеціальностей.

11. Семантика клінічних термінів.

12. Суфікси грецького походження в клінічній термінології.
13. Кардіологічний аспект медичної термінології у світлі міжпредметної інтеграції.
14. *Morbi XXI saeculi* (Хвороби XXI ст.: СНІД, хвороби серця, виразкові хвороби, анорексія та ін.).
15. До питання щодо вживання у термінології лікаря-алерголога складних клінічних термінів.
16. Гомеопатія – науково обгрунтоване мистецтво зцілення.
17. Незвичайні випадки зцілення. Зв'язок людини з навколишнім середовищем.
18. Походження медичних символів.
19. До питання про етимологію латинських назв хірургічного інструментарію та пов'язок.
20. Міфологія і сучасність.
21. Структурні елементи міфології.
22. Структура назв м'язів за їх функціями.

Тематика доповідей на СНК для англомовних іноземних студентів:

1. The importance of Latin and Greek languages for the students of higher medicinal educational establishments.
 2. Latin in medical field.
 3. Is Latin a dead language?
 4. Latin sayings and aphorisms.
 5. Brief review of the history of anatomical terminology.
 6. The names of instruments, devices, derived from Latin and Greek languages.
 7. Role of herbal medicine in modern human society.
 8. *Aloë vera* and its usage in medicine.
 9. *Mentha piperita* and its usage in pharmaceutical applications.
 10. Latin names of diagnoses in paediatrics.
 11. Names of muscles due to their functions.
 12. Latin names of diseases in East Africa.
 13. Indian ayurvedic herbs and their Latin names.
 14. Medicine in ancient Egypt.
- Написання реферату до теми – 4 бали.
 - Написання реферату до теми з презентацією – 5 балів.

Тематика реферативних виступів:

1. Латина—мова науки і філософії.
2. Латинська мова та сучасність.
3. Місце латинської мови в сучасній освіті, культурі та побуті.
4. Значення латинської та грецької мов для розуміння анатомії.
5. З історії латинської мови.
6. Латинська мова та медицина.
7. Латинська мова у сучасному словнику студента-медика.
8. Латинські афоризми. Сентенції. Крилаті вислови.

9. Культура давнього Риму.
10. Видатні давньоримські мислителі: Гораций, Овідій, Вергілій, Цицерон.
11. Латинська мова та медична термінологія.
12. Лікарські рослини, що використовуються в різних галузях клінічної медицини.
13. Специфіка вживання в медичній термінології прикметників вищого ступеня порівняння.
14. Індійські аюрведичні рослини та їх латинські назви.
15. Етномедичні аспекти рослин, що використовуються в лікарських зборах.
 - Олімпіада з дисципліни:
 - І тур вузівської олімпіади: підготовка та участь (без призового місця) – 5 балів; III місце – 6 балів; II місце – 8 балів; I місце – 10 балів.
 - Міжвузівська олімпіада: призове місце – 12 балів.

Тематика завдань олімпіади:

Граматика

1. **Фонетика.** Орфографія. Орфоепія. Латинський наголос. Часокількість другого складу. Грецький наголос.
 2. **Морфологія.** Іменник. Граматичні категорії. Парадигма. Типи відмінювання. Прикметник. Групи. Парадигма. Типи відмінювання. Узгодження прикметників з іменниками.
 3. Прийменник. Керування прийменників. Переклад.
 4. Дієслово. Дійсний, умовний, наказовий способи. Теперішній час.
- Синтаксис** простого речення. Методика перекладу. Тексти.

Термінологія

1. Анатомо-гістологічна термінологія (Анатомічна номенклатура, Гістологічна номенклатура, структурні моделі (узгоджене та неузгоджене означення), вживання, класифікація, переклад).
2. Термінологічний словотвір. Афіксальне словотворення (семантика, етимологія, систематизація, лексика).
3. Фармацевтична термінологія. Рецептатура. Фармакопея. Номенклатура лікарських засобів. Частотні відрізки у тривіальних назвах лікарських речовин. Рецептурні формулювання. Виписування рецептів на тверді, м'які, рідкі лікарські форми. Скорочення у рецептах. Хімічна номенклатура. Ботанічна номенклатура.
4. Клінічна термінологія. Клінічні терміни (конструювання, тлумачення, орфографія). Діагнози (класифікація, лексика, методика перекладу).
5. Гуманітарний аспект. Наукова фразеологія. Тематична фразеологія. Спеціальна медична фразеологія. Термінологічні міфологеми. Культурологічні питання.

Методи навчання

Наочні методи: використання відеофайлів, демонстрування ілюстрацій, методи візуалізації навчання (таблиці, роздатковий матеріал).

Практичні методи: усні та письмові вправи, тестові завдання, ситуаційні задачі.

Словесні методи: індивідуальне та фронтальне опитування, пояснення.

Методи контролю

Питання, що виносяться на диференційований залік з латинської мови та медичної термінології для студентів медичного факультету

Спеціальність: 222 «Медицина»

Фонетика.

1. Латинський алфавіт.
2. Правила вимови голосних, дифтонгів, приголосних, диграфів, буквосполучень.
3. Наголос. Довгота та короткість складу. Правила постановки наголосу.

Морфологія. Іменник.

1. Граматичні категорії.
2. Словникова форма латинських іменників.
3. Визначення відмін, основи, роду іменників.
4. Відмінкові закінчення іменників I-V відмін.
5. Відмінювання іменників I-V відмін.
6. Функції іменників у складі анатомічних термінів (неузгоджене означення, способи перекладу).

Морфологія. Прикметник.

1. Граматичні категорії.
2. Словникова форма.
3. Дві групи прикметників.
4. Відмінювання прикметників.
5. Узгодження прикметників з іменниками.
6. Функції прикметників у складі АТ.

Морфологія. Третя відміна іменників.

1. Загальні відомості. Знаходження основи, типи відмінювання, парадигми іменників трьох родів.
2. Чоловічий рід іменників 3 відміни (закінчення, винятки).
3. Жіночий рід іменників 3 відміни (закінчення, винятки).
4. Середній рід іменників 3 відміни. (закінчення, винятки).
5. Особливості відмінювання іменників грецького походження на «sis».
6. Вступ до медичної термінології. Поняття «науковий термін».
7. Структура анатоμο-гістологічних термінів.
8. Морфолого-синтаксичний аналіз 1-9-слівних АТ з різними типами означень.

Термінологічне словотворення.

1. Морфологічний спосіб творення слів. Поняття: префікс, суфікс, афікс, флексія, твірна основа, похідна основа.

2. Словотворення за допомогою префіксів (частини I-IV).
3. Словотворення за допомогою суфіксів. Суфікси іменників та прикметників.
4. Аналіз термінів-комполітів, записаних латинською та українською мовами.
5. Утворення термінів-комполітів за заданими морфемами та терміноелементами.

Фармацевтична термінологія. Рецептатура. Номенклатура лікарських засобів.

1. Дієслово, граматичні категорії. Наказовий спосіб. Дійсний спосіб теперішнього часу активного і пасивного станів.
2. Транслітерація тривіальних назв лікарських засобів.
3. Назви лікарських форм.
4. Рецепт. Структура рецепта.
5. Граматична структура рецептурного рядка. Правила виписування рецептів.
6. Моделі рецептурних приписів. Скорочені та розгорнуті рецептурні приписи таблеток, драже, супозиторіїв, очних плівок.
7. Рецептурні формулювання для позначення лікарських форм під час виписування рецептів розгорнутим способом.
8. Ботанічна номенклатура. Біліарність. Вживання ботанічних назв у фармакології. Назва рослини в номенклатурі лікарської сировини.
9. Назви лікарських рослин, найбільш вживаних у науковій медицині.
10. Назви органів рослин.
11. Назви олій.
12. Тверді лікарські форми. Способи виписування.
13. М'які та рідкі лікарські форми. Способи виписування.
14. Найбільш вживані прийменники з Ass. та Abl.
15. Рецептурні формулювання для позначення упакування лікарських форм або спеціального призначення ліків. Спеціальні рецептурні вирази.
16. Грецькі корені і префікси, які пишуться через «у».
17. Частотні відрізки у назвах вуглеводневих радикалів. Деякі частотні відрізки з хімічним значенням.
18. Частотні відрізки в тривіальних назвах лікарських засобів.
19. Числівник. Числівники-префікси латинського та грецького походження.
20. Скорочення в рецептах.

Хімічна номенклатура.

1. Назви хімічних елементів, кислот, оксидів.
2. Назви солей кисневмісних кислот.
3. Назви солей безкисневих кислот.
4. Кислі та основні солі.
5. Назви складних ефірів.

Клінічна термінологія

1. Структурні моделі клінічних термінів.
2. Грецько-латинські дублетні позначення органів, частин тіла, тканин, секретів (kerhal...odont, splanchn...orchi, haem...hydr, tox...phon).
3. Окремі терміноелементи зі значенням вчення, наука, методи діагностичного.
4. Обстеження, патологічні зміни органів і тканин, терапевтичні та хірургічні способи лікування, функціональні та патологічні процеси, стани, фізичні властивості, якості (logia... odyntia, iatria...rhapsia, bio...trophia, oхu...psych, plegia...phrenic, aut...necr).
5. Суфікси -osis, -iasis, -ismus, -itis, -oma в клінічній термінології. Утворення термінів назв хвороб запального, незапального та пухлинного характеру.
6. Клінічні діагнози (інфекційні хвороби, офтальмологія, фтизіатрія, хірургія, отоларингологія, внутрішні хвороби, нервові хвороби, акушерство і гінекологія).
7. Систематизація грецько-латинських дублетних позначень.
8. Систематизація окремих терміноелементів.
9. Структурний аналіз та конструювання клінічних термінів.

Критерії оцінки знань студентів з дисципліни під час підсумкового контролю, диференційованого заліку

Форми контролю і система оцінювання здійснюються відповідно до вимог програми дисципліни та Інструкції про систему оцінювання навчальної діяльності студентів при кредитно-модульній системі організації навчального процесу, затвердженої МОЗ України (2013).

Оцінка за модуль визначається як сума оцінок поточної навчальної діяльності (у балах) та оцінки підсумкового контролю (у балах), яка виставляється при оцінюванні теоретичних знань та практичних навичок відповідно до переліків, визначених програмою дисципліни.

Максимальна кількість балів, що присвоюється студентам при засвоєнні кожного модуля (залікового кредиту) – 200, в тому числі за поточну навчальну діяльність – 120 балів (60%), за результатами підсумкового контролю – 80 балів (40%).

Оцінювання самостійної роботи:

Оцінювання самостійної роботи студентів, що передбачена в темі поряд з аудиторною роботою, здійснюється під час поточного контролю теми на відповідному аудиторному занятті.

Оцінювання тем, які виносяться лише на самостійну роботу і не входять до тем аудиторних навчальних занять, контролюється при підсумковому модульному контролі.

Оцінювання індивідуальної самостійної роботи студентів (індивідуальних завдань):

Кількість балів за різні види індивідуальної самостійної роботи студента (СРС) додається до суми балів, набраних студентом за поточну навчальну діяльність (до 12 балів).

Студент допускається до підсумкового контролю при виконанні умов навчальної програми та в разі, якщо за поточну навчальну діяльність він набрав не менше 72 балів.

Підсумковий тестовий контроль зараховується студенту, якщо він демонструє володіння практичними навичками та набрав при виконанні тестового контролю теоретичної підготовки не менше 50 балів.

Критерії оцінки знань студентів з дисципліни під час підсумкового контролю, диференційованого заліку

Результати модуля позначаються оцінками: “відмінно”, “добре”, “задовільно”, “незадовільно”. Критерії оцінки знань, умінь та практичних навичок визначається обсягом та якістю відповіді:

“**відмінно**” – 90-100% навчального матеріалу;

“**добре**” – 80-90% навчального матеріалу;

“**задовільно**” – 70-80% навчального матеріалу;

“**незадовільно**” – нижче 70% навчального матеріалу.

Розподіл балів, які отримують студенти

Критерії оцінювання знань з дисципліни

Форма контролю і система оцінювання здійснюється відповідно до вимог програми дисципліни та інструкції, прийнятої рішенням Вченої ради ВНМУ протокол №2 від 28.09.2010 р.

Оцінка за модуль визначається, як сума оцінок поточної успішності (згідно шкали перерахунку традиційних оцінок у рейтингові бали – 120 б), прийнятої рішенням Вченої ради ВНМУ протокол №2 від 28.09.2010 р.

5,00-	120	4,04-	97	3,08-	74	2,12-	51
4,96-	119	4,00-	96	3,04-	73	2,08-	50
4,92-	118	3,96-	65	3,00-	72	2,04-	49
4,87-	117	3,92-	64	2,96-	71	2,00-	48
4,83-	116	3,87-	63	2,92-	70	1,96-	47
4,79-	115	3,83-	92	2,87-	69	1,92-	46
4,75-	114	3,79-	91	2,83-	68	1,87-	45
4,71-	113	3,75-	90	2,79-	67	1,83-	44
4,67-	112	3,71-	89	2,75-	66	1,79-	43
4,62-	111	3,67-	88	2,71-	65	1,75-	42
4,58-	110	3,62-	87	2,67-	64	1,71-	41
4,54-	109	3,58-	86	2,62-	63	1,67-	40
4,50-	108	3,54-	85	2,58-	62	1,62-	39
4,46-	107	3,50-	84	2,54-	61	1,58-	38
4,42-	106	3,46-	83	2,50-	60	1,54-	37
4,37-	105	3,42-	82	2,46-	59	1,50-	36
4,33-	104	3,37-	81	2,42-	58	1,46-	35
4,29-	103	3,33-	80	2,37-	57	1,42-	34
4,25-	102	3,29-	79	2,33-	56	1,37-	33
4,21-	101	3,25-	78	2,29-	55	1,33-	32

4,17-	100	3,21-	77	2,25-	54	1,29-	31
4,12-	99	3,17-	76	2,21-	53	1,25-	30
4,08-	98	3,12-	75	2,17-	52	1,21-	29

Максимальна кількість балів, що присвоюється студентам за умови засвоєння модуля – 200 балів, в тому числі за поточну навчальну діяльність – 120 балів, за результатами підсумкового модульного контролю – 80 балів.

Оцінювання диференційованого заліку згідно рішення Вченої Ради ВНМУ від 27.09. 2012 (в основних положеннях з організації навчального процесу).

Оцінка за диференційований залік відповідає шкалі:

Оцінка «5» - 80 – 71 балів.

Оцінка «4» - 70 – 61 балів.

Оцінка «3» - 60 – 50 балів.

Бали, що відповідають фіксованій шкалі оцінок:

Оцінка «5» - 200 – 180 балів.

Оцінка «4» - 170 – 160 балів.

Оцінка «3» - 159 – 122 балів.

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою	
		для екзамену, курсового проекту (роботи), практики	для заліку
180-200	A	відмінно	зараховано
170-179,99	B	добре	
160-169,99	C		
141-159,99	D	задовільно	
122-140,99	E		
	FX	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання
	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

Методичне забезпечення.

1. Робочі навчальні програми, навчальні плани.
2. Підручники та навчальні посібники.
3. Методичні матеріали до практичних занять.
4. Матеріали для підсумкового модульного контролю.
5. Методичні матеріали для організації самостійної роботи.

Рекомендована література

Базова:

1. Смольська Л. Ю. Латинська мова і основи медичної термінології: підручник / Л. Ю. Смольська, О. Г. Кісельова, О. Р. Власенко та ін. [2-ге вид., стереотип.]. – К. : «Медицина», 2012. – 360 с.
2. Чернявский М. Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии: учебник / под общей ред. М. Н. Чернявского. – Минск : «Вышэйшая школа», 1989. – 352 с.
3. Посібник з латинської мови та основ анатомічної термінології / С. І. Тихолаз, М. Т. Денека, Г. Т. Михайлюк, О. Ф. Гайдаєнко. – ВНМУ : Вінниця, 2004. – 183 с.
4. Посібник з латинської мови та основ медичної термінології для студентів медичного та стоматологічного факультетів. Термінологічний словотвір. Афіксальне словотворення / С. І. Тихолаз, М. Т. Денека, М. Г. Стоян, В. О. Карпова, Г. Т. Михайлюк, І. В. Досієнко. – ВНМУ : Вінниця, 2006. – 118 с.
5. Контролюючий матеріал з латинської мови та основ медичної термінології для студентів I курсу медичного факультету / С. І. Тихолаз, М. Т. Денека, В. О. Карпова, Г. Т. Михайлюк, В. В. Швець, О. Ф. Гайдаєнко. – ВНМУ : Вінниця, 2009. – 124 с.

Допоміжна:

1. Л. Ю. Смольська, О. Г. Кісельова. Латинська мова та основи медичної термінології. – К. : Медицина, 2008. – 356 с.
2. Беляєва О. М., Сологор І. М. Латинська мова з основами рецептури і клінічної термінології : підручник / О. М. Беляєва, І. М. Сологор. – Київ : ВСВ «Медицина», 2011. – 256 с.
3. Закалюжний М. М., Паласюк Г. Б. Латинська мова і основи медичної термінології : підручник / М. М. Закалюжний, Г. Б. Паласюк. – Тернопіль : «Укрмедкнига», 2004. – 424 с.
4. Закалюжний М. М., Андрейчин М. А. Посібник з анатомічної та клінічної термінології / М. М. Закалюжний, М. А. Андрейчин. – Київ : «Здоров'я», 1993. – 224 с.
5. Г. О. Краковецька, В. М. Бобирьов, О. М. Беляєва. Латинська мова. Рецептура. Клінічна термінологія. – К. : Здоров'я, 1999. – 385 с.

Literature

1. Kim L. M., Tykholaz S. I. Latin Language and The Fundamentals of Medical Terminology. – Vinnytsia, 2005, – 214 p.
2. O. Demchenko, M. Zakaliuzhnyi The Latin language and the fundamentals of medical terminology. Ternopil, «Ukrmedknyha», 2004, – 284 p.
3. Berezhkova S. P., Makeeva A. A., Osokina N. N., Kirsanova N. V. Latin language and the bases of medical terminology, Part I (Anatomical terminology). Simferopol, 2004, – 102 p.
4. Kim L. M., Tykholaz S. I. Latin Language and The Fundamentals of Pharmaceutical Terminology. Vinnytsia, 2005, – 190 p.

5. Svetlichnaya Y.I., Tolok I.A., Volobuyeva E.A. Latin for pharmacy students. Textbook. Kharkov, Publishing house of NPHaU, 2003, – 210 p.

6. Svetlichnaya Y.I., Tolok I.A., Volobuyeva E.A. Studemus Latinam. Manual for individual students' work. Kharkiv, Publishing house of NPHaU, 2006, – 111 p.

7. Латинский язык и основы медицинской терминологии / Под общей редакцией М.Н.Чернявского. Минск, «Вышэйшая школа», 1989, – 352 с.

8. Сапин М.Р., Никитюк Д.Б. Карманный атлас анатомии человека, М.: АПП «Джангар», 2001, – 720 с.

15. Інформаційні ресурси

1. Сайт кафедри: <http://www.vnmu.edu.ua/кафедра-іноземних-мов>

2. Сайт бібліотеки: library.vsmu.edu.ua

**РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
(фрагмент)**

Іноземна мова

Галузь знань 22 «Охорона здоров'я»

спеціальність 222 «Медицина»

факультет медичний факультет №1

Опис навчальної дисципліни

Структура навчальної дисципліни	Кількість годин, з них			СРС	Рік навчання	Вид контролю
	Всього	Аудиторних				
		Лекцій	Практичних занять			
	90	–	50	40	1	
Кредитів ECTS	3					
Модуль 1: Змістових модулів 2	48год. / 1,5 кредита ECTS	–	28	20		ПК – залік
Модуль 2: Змістових модулів 2	42 год. /1,5 кредита ECTS	–	22	20		ПК – диференційований залік

Робоча програма складена на основі типової навчальної програми з іноземних мов для студентів вищих медичних навчальних закладів III – IV рівнів акредитації К., 2015 та додатку до програми навчальної дисципліни К. 2015, К., 2015.

Згідно рішення Вченої Ради від 28.02.2013 року структурна форма дисципліни на модулі та змістовні модулі залишається без змін, міняється лише форма модульного контролю на залік, за який виставляється традиційна оцінка, яка переводиться в бали (Шкала перерахунку традиційних оцінок у рейтингові бали (200 балів) для дисциплін, що закінчуються заліком, прийнятої рішенням Вченої ради ВНМУ протокол №2 від 28.09.10).

Мета та завдання навчальної дисципліни

Мета: метою викладання навчальної дисципліни «Іноземна мова» є кінцеві цілі, що встановлюються на основі ОПП підготовки лікаря за фахом відповідно до блоку її модуля, формування іншомовної фахової компетенції у студентів.

Завдання: основними завданнями вивчення дисципліни «Іноземна мова» є набуття студентами мовних знань медичної термінології, формування системи мовленнєвих умінь з говоріння, читання, письма, аудіювання та перекладу.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен **знати:** правила фонетики іноземної мови;

- граматичний матеріал: Артикль. Іменник. Множина іменників латинського і грецького походження. Словотворчі елементи термінів греко – латинського походження. Прикметник. Аналітичні і синтетичні способи утворення ступенів порівняння прислівників. Займенник. Числівник. Дробі. Прості і десяткові. Дієслово. Допоміжні дієслова. Модальні дієслова та їх еквіваленти. Група неозначених часів. Активний і пасивний стани. Група тривалих часів. Активний і пасивний стани. Група перфектних часів. Активний і пасивний стани. Група доконано – тривалих часів. Активний і пасивний стани. Дійсний і наказовий способи дієслова. Сполучник. Узгодження часів; лексику загальної тематики; медичну термінологію.

вміти: інтерпретувати зміст загальнонаукової літератури; демонструвати вміння спілкуватись іноземною мовою в усній та письмовій формі.

Програма навчальної дисципліни

Змістовий модуль 1. Вища медична освіта

Конкретні цілі:

- *Засвоїти лексичний матеріал, пов'язаний з даною тематикою.*
- *Розвинути навички аналітичного і пошукового читання та перекладу.*
- *Утворювати синтаксичні конструкції, використовуючи релевантні граматичні категорії та моделі.*
- *Ознайомитись з особливостями вищої медичної освіти та системою охорони здоров'я в країнах, мова яких вивчається.*
- *Вести дискурс на ситуативнозумовлену тематику.*
- *Включити засвоєний лексико-граматичний матеріал в активне спілкування.*

Тема 1. Я – студент ВМНЗ.

Вивчити лексичний матеріал, що стосується форм навчання, факультетів, структури ВМНЗ.

Поглибити наративні навички на основі опису особливостей навчального процесу.

Розвинути діалогічне мовлення при вивченні даної теми.

Заповнювати анкети з використанням активної лексики.

Описувати види роботи студента медичного факультету.

Тема 2. ВМНЗ, у якому я навчаюся.

Засвоїти лексичний матеріал даної теми.

Розвинути наративні навички в процесі дискурсу з історії навчального закладу та особливостей його функціонування.

Закріпити навички діалогічного мовлення.

Описувати види роботи вищого медичного навчального закладу.

Тема 3. Історія медицини.

Вивчити лексичний матеріал, що стосується історії розвитку медицини.

Вивчити словотворчі елементи, греко-латинські терміноелементи, що стосуються даної тематики.

Робити повідомлення про особливості кожного етапу розвитку медицини.

Тема 4. Вища медична освіта в країнах, мова яких вивчається.

Вивчити словотворчі елементи, складові власних назв вищих медичних навчальних закладів.

Засвоїти лексичний матеріал про розвиток медичної освіти в країнах, мова яких вивчається.

Вивчити методи порівняння на основі опису спільних і відмінних рис у медичній освіті України та країн, мова яких вивчається.

Тема 5. Медичні спеціальності.

Перечислити основні медичні спеціальності.

Знати функціональні обов'язки терапевта, хірурга, педіатра, санітарного лікаря.

Описувати особливості роботи представників основних медичних професій.

Перечислювати функціональні обов'язки лікаря.

Робити усне повідомлення на тему «Моя майбутня спеціальність».

Змістовий модуль 2: Охорона здоров'я.

Конкретні цілі:

- Засвоїти лексичний матеріал, пов'язаний з даною тематикою.
- Розвинути навички аналітичного і пошукового читання та перекладу.
- Розпізнавати та аналізувати релевантні граматичні явища та моделі і включати їх в активне спілкування.
- Реалізувати засвоєний лексико-граматичний матеріал у формі усних та письмових повідомлень.
- Вести дискурс на ситуативнозумовлену та професійну тематику.

Тема 6. Охорона здоров'я в країнах, мова яких вивчається.

Виділити активний вокабуляр шляхом пошукового читання.

Перечислити мету, завдання, проблеми, системи охорони здоров'я в країнах, мова яких вивчається.

Описувати заклади системи охорони здоров'я: поліклініки, лікарні, диспансери, санаторії..

Робити усне повідомлення на тему «Страхова медицина».

Тема 7. Всесвітня організація охорони здоров'я.

Засвоїти лексичний матеріал до теми.

Описувати мету та завдання діяльності ВООЗ.

Робити усне повідомлення на тему «Досягнення ВООЗ у боротьбі з найбільш небезпечними епідемічними хворобами».

Резюмувати текст «Роль ВООЗ у розв'язанні екологічних проблем та захисті довкілля».

Тема 8. Медична етика.

Засвоїти лексичний матеріал до теми.

Проаналізувати етику Гіппократа в умовах сучасної системи надання медичних послуг. Висвітлити передумови і причини трансформації традиційної медичної етики під впливом біоетики.

Навести основні принципи і правила медичної біоетики, які мають важливе значення для формування вітчизняної медичної етики.

Тема 9. Лікарня.

Перечислити види стаціонарних лікувальних закладів.

Описувати види лікувальних відділень у лікарні.

Називати функціональні обов'язки медичного персоналу.

Називати методи обстеження пацієнтів.

Робити повідомлення про організацію стаціонарного лікування.

Тема 10. Медичне обстеження.

Вивчити новий лексичний матеріал до теми.

Описувати процедуру медичного огляду.

Називати етапи огляду пацієнта.

Складати діалоги, використовуючи активну лексику.

Тема 11. Перша допомога.

Засвоїти лексичний матеріал, що відноситься до теми.

Описувати типи травм та уражень і способи першої допомоги.

Перечислити медикаментозні препарати та засоби, що використовуються для надання першої допомоги.

Тема 12. Історія хвороби.

Засвоїти лексичний матеріал, що відноситься до теми.

Описувати типи історій хвороби.

Описувати структуру запису історії хвороби пацієнта.

Перечислити інформацію, яку повинен містити сімейний анамнез.

Змістовий модуль 3. Ліки.

Конкретні цілі:

- Засвоїти основні терміни, що відносяться до даної теми.
- Аналізувати функціональні особливості людського організму.
- Диференціювати і аналізувати терміни і терміноелементи греко-латинського походження.

➤ *Розпізнавати та аналізувати граматичні структури у їх взаємозв'язку з семантичними особливостями тексту.*

➤ *Застосовувати загальну і наукову лексику під час виконання когнітивних завдань.*

➤ *Застосовувати знання, отримані на заняттях з анатомії і латинської мови, під час вивчення іношомовних термінів.*

Тема 13. Аптека.

Називати типи фармацевтичних закладів.

Описувати організацію роботи аптек.

Перечислити медикаментозні форми лікарських препаратів та вимоги щодо їх зберігання.

Знати структуру рецепта.

Тема 14. Ліки.

Вивчити релевантну термінологію.

Відокремлювати твірну основу і складові терміноелементів.

Засвоїти основні назви з фармакопеї.

Характеризувати фармакологічні групи і форми лікарських препаратів.

Тема 15. Антибіотики.

Знати найуживаніші морфеми та їх еквіваленти, пов'язані з даною темою.

Засвоїти правильну вимову назв основних антибіотиків.

Класифікувати антибіотики за їх дією.

Знати про можливу побічну дію антибіотиків.

Тема 16. Вітаміни.

Вивчити основні групи вітамінів.

Називати основні джерела вітамінів.

Описувати дію вітамінів.

Перечислити хвороби, пов'язані з дефіцитом певних вітамінів.

Тема 17. Лікарські рослини.

Вивчити термінотворчі елементи латинського походження, що позначають назви рослин.

Знати форми і способи застосування лікарських рослин.

Описувати дію лікарських рослин.

Засвоїти хімічний склад лікарських рослин.

Тема 18. Раціональне харчування.

Вивчити релевантну термінологію.

Перечислити вимоги і принципи раціонального харчування.

Описувати лікувальне харчування, лікувальні дієти і режим харчування здорової людини.

Знати роль вітамінів, макро- і мікроелементів, овочів і фруктів для здоров'я людини.

Змістовий модуль 4: Будова тіла людини.

Конкретні цілі:

- Засвоїти нову лексику з даного розділу та включати її в активне спілкування.
- Розвинути навички аналітичного і пошукового читання та перекладу.
- Розрізняти, розуміти і використовувати терміноелементи греко-латинського походження.
- Розпізнавати і аналізувати релевантні граматичні явища та моделі і включати їх в активне спілкування.
- Складати діалоги на ситуативнозумовлену тематику.
- Вести дискурс на ситуативнозумовлену тематику.

Тема 19. Будова тіла людини.

Засвоїти терміни та терміноелементи, що відносяться до структури голови, скелета та кінцівок.

Описувати структуру ротової порожнини.

Описувати органи грудної клітки, черевної і тазової порожнин та їх функції.

Описувати будову кінцівок.

Диференціювати словотворчі елементи.

Тема 20. Клітина.

Вивчити терміни, що відносяться до будови клітин.

Перечислити функції компонентів клітин.

Описувати хімічні елементи, що входять до складу клітин.

Відокремлювати твірну основу і компоненти терміну.

Тема 21. Тканини.

Засвоїти терміни, що відносяться до будови тканини.

Класифікувати типи тканин.

Описувати структуру органів.

Називати поняття, що позначають локалізацію окремих тканин.

Аналізувати терміноелементи.

Тема 22. Кістки.

Засвоїти терміни, які відносяться до структури і функції кісток.

Утворювати нові слова й аналізувати терміноелементи, які використовуються для опису кісток.

Описувати процеси формування кісток та їх росту.

Називати основні кістки тіла на малюнку.

Тема 23. М'язи.

Засвоїти терміни, які відносяться до структури і функції м'язів.

Відокремлювати складові терміноелементів.

Називати типи м'язів.

Визначати функцію м'язів.

Тема 24. Травми опорно-рухового апарату і м'язих тканин.

Засвоїти клінічні терміни травм опорно-рухового апарату і м'язих тканин.

Диференціювати словотворчі елементи.

Називати види переломів, вивихів та ран.

Описувати процес лікування ран.

Перечислювати причини переломів та вивихів.

Тема 25. Кров.

Вивчити терміни, які стосуються складу і функцій крові.

Утворювати терміни та аналізувати їх складові компоненти.

Визначати функції крові.

Читати аналіз крові.

Тема 26. Групи крові. Переливання крові.

Вивчити терміни, які відносяться до груп крові.

Диференціювати словотворчі елементи.

Характеризувати групи крові.

Називати покази для переливання крові.

Описувати механізм переливання крові.

Тема 27. Лімфа.

Вивчити терміни, які стосуються складу і функцій лімфи.

Утворювати терміни та аналізувати їх складові компоненти.

Визначати функції лімфи.

Диференціювати словотворчі елементи.

Тема 28. Альтернативна медицина.

Вивчити релевантну термінологію.

Описувати форми медичного лікування, які не використовують штучні ліки чи хірургічне втручання.

Описувати альтернативні способи лікування (акупунктура, гомеопатія тощо).

Методи навчання

Наочні методи: демонстрування ілюстрацій, методи візуалізації навчання (таблиці, роздатковий матеріал).

Практичні методи: вправи, тести, завдання, анотування, реферування.

Словесні методи: діалогічне мовлення, розповідь, пояснення, бесіда.

Методи контролю

Питання, що виносяться на диференційний залік з іноземної мови для студентів I курсу медичного факультету.

Спеціальність: 222 «Медицина».

1. Письмовий переклад зі словником загально медичної статті. Обсяг – 900 др. зн.

Час виконання – 30 хв.

2. Співбесіда іноземною мовою з визначених програмою тем.

1. Our University.

2. Pirogov.

3. My future profession .

4. Higher medical education in Great Britain.

5. Polyclinic.

6. At the therapeutic department.

7. At the chemist's shop.
8. Drugs.
9. Vitamins .
10. Human body.

Критерії оцінки знань студентів з дисципліни під час підсумкового контролю, диференційованого заліку.

Оцінювання – це один із завершальних етапів навчальної діяльності студента та визначення успішності його навчання. Під час оцінювання надається перевага стандартизованим методам: тестуванню, структурованим письмовим роботам з процедурою контролю практичних навичок.

Результати успішності студентів позначаються оцінками: “відмінно”, “добре”, “задовільно”, “незадовільно”.

“Відмінно” – знання 90-100% навчального матеріалу.

1. Переклад – вірний переклад не менше 90% тексту (9 рядків з десяти).
2. Знання слів – з 20 слів знати не менше 19 (з 10 слів – 9).
3. Граматичний матеріал – з 10 речень перекласти правильно в граматичному та змістовому відношенні не менше 9 речень.
4. Читання – в тексті з 10 речень при нормальному темпі читання не більше 2 помилок.
5. Усна мова – добре сприймати на слух іноземну мову, відповідати на 5 питань, брати участь у бесіді.

“Добре” – знання 80-90% навчального матеріалу.

1. Переклад – вірний переклад не менше 80% тексту (8 рядків з 10).
2. Знання слів – з 20 слів знати не менше 16 (з 10 – 8).
3. Граматичний матеріал – з 10 речень перекласти правильно в граматичному та змістовному відношенні не менше 8.
4. Читання – в тексті з 10 речень при трохи уповільненому темпі читання не більше 4 помилок.
5. Усна мова – сприймати на слух мовлення з вивченої теми, відповісти на 4 питання з 5, поставити 3 питання.

“Задовільно” – знання 70-80% навчального матеріалу.

1. Переклад – правильний переклад не менше 70% тексту (7 рядків з 10).
2. Знання слів – з 20 слів знати не менше 14 (з 10 – 7).
3. Граматичний матеріал – з 10 речень правильно перекласти в граматичному та змістовному відношенні не менше 7.
4. Читання – в тексті з 10 рядків зробити не менше 6 помилок. Темп читання дещо сповільнений.
5. Усна мова – зрозуміти загальний зміст почутого тексту, відповісти на 3-4 питання з 5.

“Незадовільно”:

1. Переклад – правильний переклад менше 70% тексту.
2. Знання слів – знати не менше 14 слів з 20 (менше 7 з 10).

3. Граматичний матеріал – з 10 речень правильно перекласти менше 7.
4. Читання – в тексті з 10 рядків зробити більше 6 помилок. Темп читання повільний.
5. Усна мова – не розуміти на слух найпростіших питань, не відповісти на 3 питання з 5.

Оцінювання модуля. Оцінка за модуль визначається як сума оцінок поточної навчальної діяльності (у балах) та оцінки підсумкового контролю (у балах), що виставляється під час оцінювання теоретичних знань та практичних навичок відповідно до переліків, визначених програмою дисципліни.

Максимальна кількість балів, яку студент може набрати під час вивчення кожного модуля, становить 200, включаючи в тому числі за поточну навчальну діяльність – 120 балів, за результатами підсумкового контролю – 80 балів. Таким чином, обирається співвідношення між результатами оцінювання поточної навчальної діяльності і підсумкового контролю 60% до 40%.

Підсумковий контроль змістового модуля. Підсумковий контроль змістового модуля проводиться на останньому контрольному занятті цього змістового модуля. Оцінювання підсумкового контролю змістового модуля здійснюється відповідно до оцінювання поточної навчальної діяльності кожного змістового модуля.

Оцінювання самостійної роботи студентів. Самостійна робота студентів, що передбачена в темі поряд з аудиторною роботою, оцінюється під час поточного контролю теми на відповідному занятті. Засвоєння тем, що виносяться лише на самостійну роботу, контролюється при підсумковому контролі.

Підсумковий контроль. Підсумковий контроль здійснюється по завершенню вивчення усіх тем модуля на останньому контрольному занятті.

До підсумкового контролю допускаються студенти, які відвідали усі передбачені навчальною програмою з дисципліни аудиторні навчальні заняття та при вивченні модуля набрали кількість балів, не меншу за мінімальну. Студенту, який з поважної причини мав пропуски навчальних занять, вносяться корективи до індивідуального навчального плану і дозволяється відпрацювати академічну заборгованість до певного визначеного терміну. Для студентів, які пропустили навчальні заняття без поважних причин, рішення про їх відпрацювання приймається індивідуально деканом факультету.

Форми проведення підсумкового контролю мають бути стандартизованими і включати контроль теоретичної та практичної підготовки.

Максимальна кількість балів, яку може набрати студент під час складання підсумкового контролю, становить 80 балів.

Підсумковий контроль вважається зарахованим, якщо студент набрав не менше 50 балів.

**Розподіл балів, які отримують студенти
Критерії оцінювання знань з дисципліни.**

Форма контролю і система оцінювання здійснюється відповідно до вимог програми дисципліни та інструкції, прийнятої рішенням Вченої ради ВНМУ протокол №2 від 28.09.2010 р.

Оцінка за модуль визначається, як сума оцінок поточної успішності (згідно шкали перерахунку традиційних оцінок у рейтингові бали – 120 б), прийнятої рішенням Вченої ради ВНМУ протокол №2 від 28.09.2010 р.

5,00-	120	4,04-	97	3,08-	74	2,12-	51
4,96-	119	4,00-	96	3,04-	73	2,08-	50
4,92-	118	3,96-	65	3,00-	72	2,04-	49
4,87-	117	3,92-	64	2,96-	71	2,00-	48
4,83-	116	3,87-	63	2,92-	70	1,96-	47
4,79-	115	3,83-	92	2,87-	69	1,92-	46
4,75-	114	3,79-	91	2,83-	68	1,87-	45
4,71-	113	3,75-	90	2,79-	67	1,83-	44
4,67-	112	3,71-	89	2,75-	66	1,79-	43
4,62-	111	3,67-	88	2,71-	65	1,75-	42
4,58-	110	3,62-	87	2,67-	64	1,71-	41
4,54-	109	3,58-	86	2,62-	63	1,67-	40
4,50-	108	3,54-	85	2,58-	62	1,62-	39
4,46-	107	3,50-	84	2,54-	61	1,58-	38
4,42-	106	3,46-	83	2,50-	60	1,54-	37
4,37-	105	3,42-	82	2,46-	59	1,50-	36
4,33-	104	3,37-	81	2,42-	58	1,46-	35
4,29-	103	3,33-	80	2,37-	57	1,42-	34
4,25-	102	3,29-	79	2,33-	56	1,37-	33
4,21-	101	3,25-	78	2,29-	55	1,33-	32
4,17-	100	3,21-	77	2,25-	54	1,29-	31
4,12-	99	3,17-	76	2,21-	53	1,25-	30
4,08-	98	3,12-	75	2,17-	52	1,21-	29

Максимальна кількість балів, що присвоюється студентам під час засвоєння модуля – 200 балів, в тому числі за поточну навчальну діяльність – 120 балів, за результатами підсумкового контролю – 80 балів

Оцінювання диференційного заліку згідно рішення Вченої Ради ВНМУ від 27.09.2012 (в основних положеннях з організації навчального процесу).

Оцінка за диференційований залік відповідає шкалі:

Оцінка «5» - 80 – 71 балів.

Оцінка «4» - 70 – 61 балів.

Оцінка «3» - 60 – 50 балів.

Бали, що відповідають фіксованій шкалі оцінок:

Оцінка «5» - 200 – 180 балів.

Оцінка «4» - 170 – 160 балів.

Оцінка «3» - 159 – 122 балів.

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою	
		для екзамену, курсового проекту (роботи), практики	для заліку
180-200	A	відмінно	зараховано
170-179,99	B	добре	
160-169,99	C		
141-159,99	D	задовільно	
122-140,99	E		
	FX	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання
	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

Методичне забезпечення.

1. Робочі навчальні програми, навчальні плани.
2. Підручники та навчальні посібники.
3. Методичні матеріали до практичних занять.
4. Матеріали для підсумкового контролю.
5. Методичні матеріали для організації самостійної роботи.

Рекомендована література:

Основна:

Англійська мова:

1. Є.Є. Юдіна, Л.В. Потяжко. Підручник англійської мови – К., Вища школа., 1994. – 234 с.
2. А.М. Маслова, З.И. Вайнштейн, Л.С. Плебейская. Учебник английского языка для медицинских ВУЗов, М., 1983. – 197 с.
3. Методичні вказівки кафедри.
4. Тести підсумкового контролю для студентів I-II курсу медичних ВУЗів, В., 1996. – 69 с.
5. Л. Я. Аврахова, І. О. Паламаренко, Т. В. Яхно, Англійська мова для студентів-медиків – English for Medical Students: підручник / за ред. Л. Я. Аврахової. – К.: ВСВ «Медицина» 2015. – 448 с.
6. М.В. Григор'єва та ін. Англійська мова. Підручник / М.В. Григор'єва, О.Ю. Гурко. – Х.: Основа; Видавництво НФАУ, 2000. – 368 с.

7. Erich H. Glendinning, Ron Howard. Professional English in Use. Medicine. Cambridge University Press. The Edinburgh Building, Cambridge/ first published 2007, 3rd printing 2009. – 175 p.

8. Sam McCarter. Oxford English for Careers. Medicine 1./ Student's book. Oxford University Press, 2011. – 143 p.

Німецька мова:

1. В.А. Кондратьєва, Л. Н. Григорьєва, Т.В. Терновская. Немецкий язык для студентов-медиков, М., 1995. – 215 с.

2. Методичні вказівки кафедри.

3. Ulrike Firnhaber – Sensen, Margarete Rodi. Deutsch im Krankenhaus. / Lehr- und Arbeitsbuch. – Berlin, Langenscheidt KG. – 2009. – 128 s.

Додаткова:

Англійська мова

1. Barbara Ganson Cohen. Medical Terminology. – G.B. Lipincott Company, Philadelphia. – 1994. – 188 с.

2. Eric H. Glendinning, Beverly A.S. Holmstrom. English in Medicine. – Cambridge, University Press. – 1998. – 215 с.

3. Language Access to Medicine. – Ireland. – 1994. – 265 с.

4. Raymond Murphy. English Grammar in Use. / A self-study reference and practice book for intermediate students /. – Cambridge, University Press. – 2001. – 97 с.

5. The Mosby Medical Encyclopedia. – New York. – 1996. – 128 с.

6. Tony O'Brien, Jeffrey Jameson, David Kirvan. Nucleus English for science and technology medicine. – England, Longman. – 1999. – 176 с.

7. Адамчик М.В. Великий англо-український словник. – Київ, 2007. – 356 с.

8. Балла М.І., Подвезько М.Л. Англо-український словник. – Київ: Освіта, 2006. – Т. 1,2. – 387 с.

9. Бенюмович М.С., Ривкін В.А. Новий англо-український медичний словник. – Київ: Арій, 2007. – 218 с.

10. Болотина А.Ю., Якушева Е.О. Англо-русский и русско-английский медицинский словарь. – Москва: Руссо, 2005. – 346 с.

11. Гурська А.І., Новосядла Є.Й. та ін. English for Advanced Medical Students. – Львів, Світ. – 2003. – 198 с.

12. Пазюк Л.К. Граматика англійської мови. – Київ. – 2002. – 239 с.

Німецька мова

1. Бушина Л.М., Елисеєва Л.Н., Яцковская В.Я. Учебник немецкого языка для медицинских вузов. – М., Высшая школа. – 1990. – 186 с.

2. Бушина Л.М., Елисеєва Л.Н., Яцковская В.Я. Пособие по обучению на немецком языке для медицинских вузов. – М., Высшая школа. – 1990. – 232 с.

3. Настаченко В.М., Гринюк Г.А. Немецкий язык. – К., Вища школа. – 1999. – 264 с.

4. Зернова В.К. Deutscher Lehrkomplex. – Полтава. Дивосвіт. – 2003. – 197 с.

5. Петров В.И., Чупятова В.С., Цветова М.В. Русско-немецкий словарь-разговорник медицинских терминов и словосочетаний. – М., Русский язык. – 2002. – 302 с.

6. Prof. Dr. Klaus – Ulrich Benner Der Korper des Menschen. – Weltbildverlab GmbH. – Augsburg. – 198 с.

Французька мова

1. Матвіїшин В. Г. Французька мова для студентів медичних вузів. – Київ: Вища школа, 1992. – 254 с.

2. Методичні вказівки для студентів – медиків.

3. Петров И. П., Петров Б. Р. Практический русско-французский медицинский разговорник. – Київ: Вища школа, 1997. – 166 с.

4. Французско-русский медицинский словарь. – Москва: Русский язык, 2003. – 295 с.

Інформаційні ресурси

1. Сайт кафедри: inmov.@vnmu.edu.ua

2. Сайт бібліотеки: library.vsmu.edu.ua

Додаток II

Кафедра іноземних мов

Курс “Латинська мова та основи медичної термінології”

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

з латинської мови

для самостійної позааудиторної роботи

студентів I курсу фармацевтичного факультету
спеціальності “Фармація”

щодо підготовки до практичного заняття № 1

I. Тема: Основи фармацевтичної термінології. Коротка історія латинської мови.

Фонетика.

1. Латинський алфавіт.

2. Правила вимови голосних, приголосних, дифтонгів, диграфів, буквосполучень.

3. Словникова форма іменників.

II. Актуальність теми полягає в оволодінні знаковою системою латинської мови. При засвоєванні словникових знаків студенти вчаться співвідносити певну знакову форму із відповідним значенням або оформляти значення в відповідну форму. На першому занятті закладається підґрунтя для розуміння та грамотного письмового та усного відтворення фармацевтичних термінів.

III. Цілі навчання:

1. Вивчити латинський алфавіт.

2. Запам'ятати назви і написання (друковане та рукописне) букв

латинського алфавіту.

3. Навчитися вимовляти звуки, які позначаються цими буквами.
4. Вміти читати дифтонги, диграфи, буквосполучення.
5. Оволодіти навичками читання багатоскладових слів.
6. Навчитися читати словникову форму іменників.
7. Вивчити латинські назви граматичних категорій роду, числа, відмінків (називного, родового).
8. Вивчити лексичний мінімум.

IV. Забезпечення вихідного рівня знань та вмінь.

Для досягнення мети заняття необхідно мати базові знання та вміння з такого матеріалу:

№	Питання	Джерело інформації
1.	Знати значення термінів: алфавіт, голосний звук, приголосний звук, дифтонг, диграф, буквосполучення.	1. Метод. матер. до заняття №1. 2. Підр., §§ 1-4, с. 27 – 37.
2.	Розуміння термінів: іменник, рід (чоловічий жіночий, середній), число (однина, множина), відмінок (називний, родовий).	1. Метод. матер. до заняття №1.

V. Зміст навчання. Перелік конкретних знань і умінь, яких необхідно набути при вивченні теми:

Студент повинен знати:

1. латинський алфавіт;
2. класифікацію звуків;
3. правила вимови голосних і приголосних;
4. правила вимови дифтонгів;
5. правила вимови диграфів;
6. правила вимови буквосполучень;
7. латинські назви граматичних категорій роду, числа, відмінків (називного, родового);
8. правила читання словникової форми латинських іменників;
9. лексичний мінімум;
10. латинські афоризми.

Студент повинен вміти:

1. розміщувати латинські слова в алфавітному порядку;
2. читати латинські слова, дотримуючись фонетичних норм;
3. читати словникову форму іменників;
4. визначати відміну іменників;
5. відтворювати словникову форму іменників із домашнього завдання.

VI. Орієнтовна основа дій (ООД). Короткі методичні вказівки щодо роботи студентів:

1. вивчаючи алфавіт, уважно придивіться до орфографії латинських літер;
2. письмово перевірте знання алфавіту;
3. зверніть особливу увагу на правила вимови літери *c*;
4. не змішуйте літери *q* і *g* в буквосполученнях *qi* та *ngi*;
5. навчіться диференціювати звуки, що позначаються літерами *g* та *h*;
6. пам'ятайте, що літера *l* завжди позначає м'який звук;
7. пам'ятайте, що літери *y*, *z* є показниками грецького походження слів;
8. літера *j* не вживається в словах грецького походження;
9. літера *q* самостійно не вживається, а лише в буквосполученні *qi*;
10. вивчення словникової форми іменників слід починати з вивчення латинських термінів *masculinum*, *femininum*, *neutrum*, *Nominativus singularis*, *Genetivus singularis* та їх відповідників в українській мові.

VII. Система навчаючих завдань. Тести для самоконтролю знань – умінь (питання з еталонами відповідей додаються).

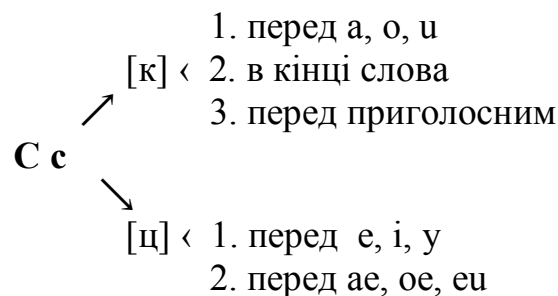
Питання:

1. Напишіть букви латинського алфавіту від *A* до *L* (великі та малі).
2. Як вимовляється літера *c*?
3. Написати іменники в словниковій формі, визначити основу, вказати відміну:

а) збір; б) людина; в) ліки

Еталон відповіді:

1. *Aa, Bb, Cc, Dd, Ee, Ff, Gg, Hh, Ii, Jj, Kk, Ll.*
- 2.



3. а) species, ei f - збір V
б) homo, inis m – людина hominis III
в) medicamentum, i n – ліки II

VIII. Методика проведення заняття. Перелік питань, що підлягають вивченню.

№	Питання	Джерело інформації
1.	Латинський алфавіт.	1. Підр. § 1, с. 27-28. 2. Конспект.
2.	Класифікація звуків.	1. Підр., § 2, с. 28-33.

3.	Правила вимови голосних, приголосних, дифтонгів, диграфів, буквосполучень.	Підр. §§ 1-4, с. 27 – 37. Конспект.
4.	Словникова форма латинських іменників.	1. Підр. §20, с. 56-57. 2. Конспект.
5.	Лексичний мінімум.	Конспект.
6.	Латинські афоризми.	Конспект.

IX. Організаційна структура заняття (технологічна карта).

№ п/п	Хід заняття	Засоби навчання	Час (хв.)
1.	Організаційна частина. Відповіді на питання студентів, які виникли в процесі підготовки до заняття.		2
2.	Перевірка вихідного рівня знань. Письмовий тестовий контроль.	Варіанти тестового контролю	13
3.	Пояснення теми, мети; подача плану. Пояснення нового теоретичного матеріалу.	Методичні матеріали кафедри. Таблиці.	35
4.	Самостійна робота студентів.	Метод. матер. до заняття №1	25
5.	Підведення підсумків, оцінка діяльності студентів.	Перевірені завдання та вправи.	10
6.	Завдання для самостійної роботи.	1. Підр., §§ 1-4, с. 27 – 37. 2. Підр., §5, ст. 37-38. 3. Підр., §6, ст. 38-40, впр. I (усно), впр. II (письм.) 4. Лексичний мінімум. 5. Афоризми.	5

X. Завдання для самопідготовки:

1. Підручник §1-4, с. 27-37.
2. Підручник, §6, с. 38-40, впр. I (усно), впр. II (письмово).
3. Лексичний мінімум.
4. Латинські афоризми.

XI. Література:

Основна:

1. Є.І. Світлична, І.А. Толлок. Латинська мова. – К. : Центр учбової літератури, 2011. – 440с.

2. Латинский язык и основы фармацевтической терминологии.: Учебник для студ. мед. инст. / Под ред. М.Н. Чернявский. – М., 1994. – 381 с.
 3. Посібник з латинської мови та основ фармацевтичної термінології.: Посібник / доц. Л.М. Кім, ст.викладачі: С.І. Тихолаз, М.Г. Стоян, М.Т. Денека, В.О. Карпова, Г.Т. Михайлюк. – Вінниця, 2004. – 320 с.
 4. Контролюючий матеріал з латинської мови та основ фармацевтичної термінології для студентів I курсу фармацевтичного факультету: Посібник / зав.курсом латинської мови та основ медичної термінології С.І. Тихолаз, ст. викл.: М.Т. Денека, В.О. Карпова, Г.Т. Михайлюк, В.В. Швець, О.Ф. Гайдаєнко. – Вінниця, 2009. – 176 с.
- Додаткова:
1. Латинська мова і основи медичної термінології: Підручник / Л.Ю. Смольська, О.Г. Кісельова. – 2-е вид. стереотип. – К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 360 с.
 2. М. М. Закалюжний, Г. Б. Паласюк. Латинська мова і основи медичної термінології. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 424 с.
 3. Г. О. Краковецька, Г. О. Бобирьов, О. Н. Беляєва. Латинська мова. Рецепттура. Клінічна термінологія: Підручник для студ. вищ. мед. навч. закл. – К.: Здоров'я, 1999. – 360 с.
 4. Латинська мова: Навч. посібник / За ред. А. Г. Ступінської. – К.: Вища школа, 1993. – 257 с.

Кафедра іноземних мов

Курс “Латинська мова та основи медичної термінології”

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

з латинської мови

для самостійної позааудиторної роботи
студентів I курсу фармацевтичного факультету
спеціальності “Фармація”

щодо підготовки до практичного заняття № 30

I. Тема: Підсумковий контроль – диференційований залік.

II. Актуальність теми полягає в об'єктивному контролі наступних розділів термінологічних підсистем: номенклатури лікарських засобів, фармацевтичної, клінічної термінологій; етимологічних та семантичних аспектів структури термінів; морфології та синтаксису латинської мови та основ фармацевтичної термінології; здійснення завершального підсумку роботи студента за другий семестр.

III. Цілі навчання:

Проконтролювати рівень засвоєння матеріалу з розділу “Клінічна термінологія”:

1. орфографію і значення ТЕ;
2. розуміння структури і семантики термінів;
3. конструювання термінів;

4. переклад речень, морфологічний аналіз.

IV. Забезпечення вихідного рівня знань та вмінь.

Для досягнення мети заняття необхідно мати базові знання та вміння з такого матеріалу:

№	Завдання	Джерело інформації
1.	Фармацевтична термінологія: назви лікарських препаратів, засобів, спеціальна фразеологія.	Методичні матеріали
2.	Рецептура: транслітерація назв лікарських речовин; визначення ЧВ; рецепти ex tempore, скорочення в рецептах.	Методичні матеріали
3.	Клінічна термінологія. Грецькі ТЕ, лексика.	Методичні матеріали
4.	Термінологічний словотвір (префікси, суфікси, лексика).	Методичні матеріали
5.	Переклад речень, лексика.	Методичні матеріали

V. Зміст навчання.

Перелік конкретних знань і умінь, яких необхідно набути при вивченні теми:

Студент повинен знати:

1. Номенклатуру лікарських засобів.
2. Грецькі ТЕ, словотворчі афікси – значення, орфографію.
3. Лексичні мінімуми (Клінічна термінологія. Термінологічний словотвір).
4. Орфографію та значення частотних відрізків.

Студент повинен вміти:

1. Перекладати латинською мовою назви лікарських препаратів, записувати у формах називного та родового відмінків.
2. Виділяти частотні відрізки, вказувати їх значення.
3. Перекладати рецепти латинською мовою. Записувати у повній та скороченій формах.
5. Визначати терміноелементи, підписувати їх значення. Давати тлумачення термінам.
6. Перекладати речення, дотримуючись правильної послідовності.
7. Виконувати синтаксичний та морфологічний аналіз речень.

VI. Орієнтовна основа дії (ООД). Короткі методичні вказівки щодо роботи студента:

1. Повторіть теми: іменник, неузгоджене означення, прикметник, прийменник, дієслово; номенклатура лікарських засобів, хімічна номенклатура, ботанічна номенклатура.
2. Активізуйте знання ТЕ, афіксів та лексики розділів: клінічна термінологія, термінологічний словотвір.
3. Опрацюйте письмово назви лікарських речовин та засобів, повторіть значення частотних відрізків.

	hydrobromidi	
Spiritus formicicus,	Spiritus formicici	
Infusum florum Sambuci,	Infusi florum Sambuci	
II. a) stethoscopia, ae f	– стетоскопія, інструментальний огляд	
<i>груди огляд</i>	грудної клітини	
nephropexia, ae f	– нефропексія, оперативне прикріплення	
<i>нирка прикріплення</i>	нирки до сусідніх анатомічних утворень при її опущені або рухливості.	
spasmolytica (remedia)	– спазмолітичні засоби, які знімають спазм	
<i>судома, руйнування спазм</i>	гладкої мускулатури внутрішніх органів.	
alcoholismus, i m	– алкоголізм, хронічне отруєння алкоголем,	
<i>алкоголь отруєння</i>	пристрассть до алкоголю.	
divisus, a, um	– поділений, розділений	
<i>роз'єднання, розчленування</i>		
odontalgia, ae f	– одонтологія, біль, який локалізується у	
<i>зуб біль</i>	зубах.	
б) імплантація	– вживлення	
<i>в, рух в середину</i>		
апендектомія	– видалення червоподібного відростка	
<i>черво- видалення</i>	(апендикса).	
<i>подібний відросток</i>		
дерматосклероз	– хронічне прогресуюче захворювання	
<i>шкіра затвердіння</i>	шкіри, яке характеризується ущільненням та атрофією.	
III.1. Aethaperazinum, i n		
<i>етил азот</i>		
2. Diprophenum, i n		
<i>два фенол</i>		
3. Benzohexonium, i n		
<i>бензол шість</i>		
4. Streptomycinum, i n		
<i>антибіотики, продуковані штамами гриба Streptomyces</i>		
<i>продукт життєдіяльності штаму гриба Streptomtces</i>		
5. Phlogodinum, i n		
<i>антифлогістичний, протизапальний засіб</i>		
6. Urobosalum, i n		
<i>сечогінний засіб</i>		
IV. Recipe: Mentholi	0,1	
Phenylii salicylatis	0,3	
Olei Vaselini	9,6 ml	
Da.		
Signa : Краплі в ніс.		

Rp.: Mentholi 0,1
 Phenylis salicylatis 0,3
 Ol. Vaselini 9,6 ml
 M. D. S.: Краплі в ніс.

Recipe: Unguenti Hydrargyri oxydi flavi 1% 10,0
 Da.

Signa: Очна мазь. Змащувати краї повік 2-3 рази на добу.

Rp. : Ung. Hydrargyri oxydi flav. 1% 10,0

D. S.: Очна мазь. Змащувати краї повік 2-3 рази на добу.

VIII. Методика проведення заняття. Питання, що підлягають вивченню.

Контроль підсумкового модуля № 2.	Методичні матеріали кафедри. Варіанти контролю підсумкового модуля № 2.
-----------------------------------	--

IX. Організаційна структура заняття (технологічна карта).

№	Питання	Література	Час. хв
1.	Організаційна частина. Відповіді на питання студентів, які виникли в процесі підготовки до заняття.		5
2.	Контроль підсумкового модуля № 2.	Варіанти підсумкового модуля № 2.	55
3.	Усний контроль	Теоретичні питання	10
4.	Підведення підсумків.	Перевірені роботи підсумкового модуля № 2.	10
5.	Оформлення документації.	Журнали, відомості	10

X. Завдання для самопідготовки.

№	Завдання	Джерело інформації
1.	Підготувати теоретичні питання.	Методичні матеріали.
2.	Підготувати практичні питання.	Методичні матеріали.

XI. Література:

Основна:

1. Є.І. Світлична, І.А.Толок. Латинська мова. – К.: Центр учбової літератури, 2011. – 440 с.
2. Латинский язык и основы фармацевтической терминологии.: Учебник для студ. мед. инст. / Под ред. М.Н. Чернявский. – М., 1994. – 381 с.
3. Посібник з латинської мови та основ фармацевтичної термінології.: Посібник / доц. Л. М.Кім, ст.викладачі: С.І. Тихолаз,

М.Г. Стоян, М.Т. Денека, В.О. Карпова, Г.Т. Михайлюк. – Вінниця, 2004. – 320 с.

4. Контролюючий матеріал з латинської мови та основ фармацевтичної термінології для студентів I курсу фармацевтичного факультету: Посібник / зав.курсом латинської мови та основ медичної термінології С.І.Тихолаз, ст. викл.: М.Т. Денека, В.О. Карпова, Г.Т. Михайлюк, В.В. Швець, О.Ф. Гайдаєнко. – Вінниця, 2009. – 176 с.

Додаткова:

1. Латинська мова і основи медичної термінології: Підручник / Л.Ю. Смольська, О.Г. Кісельова. – 2-е вид. стереотип. – К.: ВСВ «Медицина», 2012. – 360 с.

2. М. М. Закалюжний, Г. Б. Паласюк. Латинська мова і основи медичної термінології. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 424 с.

3. Г. О. Краковецька, Г. О. Бобирьов, О. Н. Беляєва. Латинська мова. Рецептатура. Клінічна термінологія: Підручник для студ. вищ. мед. навч. закл. – К.: Здоров'я, 1999. – 360 с.

4. Латинська мова: Навч. посібник / За ред. А. Г. Ступінської. – К.: Вища школа, 1993. – 257 с.

5. М. Д. Машковский Лекарственные средства. – 15-е изд. перераб. испр. и доп. – М.: ООО “Изд. – во Новая Волна”, 2005. – 1200с.

Додаток Р

Крилаті слова та вирази латинською мовою

ЛЕСТІО I

1. Корені науки - гіркі, плоди – солодкі.

Litterarum radices amarae, fructus dulces.

2. Лікуй розумом, а не ліками. *Medica mente, non medicamentis.*

3. О часи, о звичаї (Цицерон). *O tempora! O mores!*

4. Хай війна поступиться миру! *Cedant arma togae.*

5. Золота середина. *Aurea mediocritas.*

6. Ранній діагноз. *Diagnosis praesox.*

7. Боюся данайців, навіть, якщо вони приносять дарунки.

Timeo Danaos et dona ferentes.

8. Від яйця до яблук (спочатку до кінця). *Ab ovo usque ad mala.*

9. Слова вчителя. *Verba magistri.*

10. Ніхто не може бути суддею у своїй справі. *Nemo iudex in causa sua.*

ЛЕСТІО II

1. Згораю, щоб світити. *Aliis inserviando consumo.*

2. Серед усіх мистецтв медицина – найшляхетніша.

Inter omnes artium medicina nobilissima est.

3. Знання – це сила. *Scientia – potentia est.*

4. Старість – невиліковна хвороба (Сенека).

Senectus – morbus insanabilis est.

5. Невідома земля (невідома галузь знань). Terra ingognita.
6. Діагноз на основі допоміжних засобів. *Diagnosis ex juvantibus*.
7. Не в одязі (проявляється) мудрість.

In vestimentis non est sapientia mentis.

8. Небезпека у зволіканні. *Periculum in mora* (Livius).
9. Докази (цінуються) не за кількістю, а за якістю.

Non numeranda, sed ponderanda argumenta.

ЛЕСТІО III

1. Платон мені друг, але істина дорожча (Арістотель).

Amicus Plato, sed magis amica veritas.

2. Пізнай самого себе (Сократ). *Nosce te ipsum*.
3. Всякий початок важкий. *Omne initium difficile est*.
4. Щасливий, хто зміг пізнати причину речей.

Felix, qui potuit rerum cognoscere causas.

5. Чиста дошка. *Tabula rasa*.
6. Вірогідний діагноз. *Diagnosis certa*.
7. Геть з очей, геть із думок. *Procul ex oculis, procul ex mente*.
8. Поспішай повільно. *Festina lente*.
9. Останній доказ, останній засіб. *Ultima ratio*.

ЛЕСТІО IV

1. Не можна лікувати нерозпізнану хворобу. *Nulla curatio ignoti morbi*.
2. Через терни до зірок. *Per aspera ad astra* (Seneca).
3. Усе прекрасне рідкісне (Цицерон). *Omnia praeclara rara*.
4. Двічі дає той, хто дає швидко. *Bis dat, qui cito dat*.
5. Стан попередній, без змін. *Status quo ante. Status idem*.
6. Сумнівний діагноз. *Diagnosis dubia*.
7. Пам'ятай про смерть. *Memento mori*.
8. Їмо, щоб жити, а не живемо, щоб їсти. *Edimus, ut vivamus, non vivimus, ut edamus*.
9. Анамнез життя. *Anamnesis vitae*.

ЛЕСТІО V

1. Крапля продовбує камінь не силою, а частим падінням. *Gutta cavat lapidem non vi, sed saepe cadendo*.

2. Лови момент (день). (Горацій). *Carpe diem*.
3. Хто пізно приходить, тому - кістки. *Sero venientibus ossa*.
4. Розділяй і пануй. *Divide et impera!*
5. Хворий шукає не красномовного лікаря, а цілителя. *Non eloquentia, sed remediis curantur*.
6. Певний (точний) діагноз. *Diagnosis certa*.
7. Ніщо так не шкодить здоров'ю, як часта зміна ліків. *Nihil aequè sanitatem impedit, quam remediorum crebra mutatio*.
8. Природа людей. *Natura hominum*.
9. Дерево життя. *Arbor vitae*.

10. Помилка пам'яті, забудькуватість. *Lapsus memoriae.*

LECTIO VI

1. Лікарю, вилікуй сам себе! *Medice, cura te ipsum.*
2. Я мислю, отже я існую (Декарт). *Cogito ergo sum.*
3. Рідкісний птах. *Avis rara.*
4. Звичка – інша натура. *Consuetudo est altera natura.*
5. Природний стан. *Status naturalis.*
6. Немає правила без винятку. *Nulla regula est sine exceptione.*
7. Загальний вигляд хворого. *Habitus aegroti.*
8. Лінощі – мати вад. *Pigritia – mater vitiorum.*
9. Коротко, але змістовно. *Im breve.*
10. Не всяка помилка – глупість. *Nulla error – stultitia est.*

LECTIO VII

1. Не йти вперед, значить – йти назад. *Non prograedi est regredi.*
2. Мистецтво вічне, життя коротке (Гіппократ). *Ars longa, vita brevis.*
3. Кожному – своє. *Suum quique.*
4. Хто навчається без книги, той черпає воду решетом. *Haurit aquam cribro, qui studet sine libro.*
5. Звичайний випадок. *Casus ordinarius.*
6. Силою переможена сила. *Vi victa vis.*
7. Природний стан. *Status naturalis.*
8. Перш за все, не зашкодь! *Primum noli nocere.*
9. Імена ненависні (не будемо називати імена). *Nomina sunt odiosa.*
10. Повернувши великий палець кисті (умовний жест вимоги стратити переможеного гладіатора). *Pollice verso.*

LECTIO VIII

1. Найкращі ліки – спокій (Цельс). *Optimum medicamentum – quies est.*
2. Ніхто не стане мудрим, якщо не є терпеливим. *Nemo sapiens – nisi patiens.*
3. Існуючий стан. *Status praesens.*
4. Незнання – не доказ. *Ignorantia non est argumentum.*
5. Швидше, вище, сильніше (олімпійський девіз). *Citius, altius, fortius.*
6. Поганий прогноз. *Prognosis mala.*
7. Класичні клінічні ознаки запалення: почервоніння, набрякання, жар, біль і погіршення функції. *Rubor, tumor, calor, dolor et function laesa.*
8. Не торкайся до мене (щодо *ulcus rodens*). *Noli me tangere.*
9. Під час війни закони мовчать. *Inter arma silent leges.*
10. Досвід – найкращий вчитель. *Usus est optimus magister.*

LECTIO IX

1. Непрохідний шлях в медицині без латинської мови. *In via in medicina via sine lingua Latina.*
2. У присутності хворого. *In praesente aegroto.*
3. Усяке мистецтво є наслідування природи. *Omnis ars – imitatio naturae.*
4. Мати-годувальниця (шаноблива назва вищого навчального закладу). *Alma mater.*
5. Мистецтвом і людяністю, працею і знаннями (повинен керуватися лікар у своїй діяльності). *Arte et humanitate, labore et scientia.*
6. Теперішній стан хворого. *Status praesens aegroti.*
7. Сильнодіючі ліки у руці недосвідченого, як меч у правиці безумця. *Medicamenta heroica in manu imperiti sunt, ut gladius in dextra furiosi.*
- .. 8. Зроби подібне. *Fac/e/ simile.*
- ...9. За згодою всіх. *Consensus omnium.*

ЛЕСТІО X

1. Перший серед рівних. *Primus inter pares.*
2. Жодного дня без праці. (Пліній Старший) *Nulla dies sine linea.*
3. Повторення – мати навчання. *Repetitio – mater studiorum.*
4. Дружба прикрашає життя. *Amicitia vitam ornat.*
5. За свій дім, на захист своїх інтересів. *Pro domo sua.*
6. У болючому місці. *In loco dolendi.*
7. Природа зцілює, лікар лікує. (Гіппократ). *Natura sanat, medicus curat.*
8. Дуже поганий діагноз. *Prognosis pessima.*
9. Це місце, де панує смерть, допомагаючи жити (напис на анатомічному театрі). *Nic locus est, ubi mors gaudet succurrere vitae.*

ЛЕСТІО XI

1. Перш за все - не зашкодь! *Primum noli nocere.*
2. Проти сили смерті немає ліків у садах. (Салерно). *Contra vim mortis non est medicamen in hortis.*
3. Поспішай повільно. *Festina lente.*
4. Нехай буде вислухана і інша сторона. *Audiat et altera pars.*
5. Добре розпізнається, добре лікується. *Bene dignoscitur –bene curatur.*
6. Я мислю, отже я існую. (Рене Декарт) *Cogito – ergo sum.*
7. Смертельний прогноз. *Prognosis letalis.*
8. Дари ворогів – не дари. *Hostis munera – non munera.*
9. Світ земель, всесвіт. *Orbis terrarium.*

ЛЕСТІО XII

1. За згодою усіх. *Consensus omnium.*
2. Змінивши те, що необхідно змінити. *Mutatis mutandis.*
3. Обличчя Гіппократа, обличчя помираючого. *Facies Hippocratica.*
4. Людина - розумна істота. *Homo sapiens.*
5. Незвичайний випадок. *Casus extraordinarius.*

6. У присутності лікаря нічого не шкодить. *Praesente medico nihil nocet.*
7. Хороший прогноз. *Prognosis bona.*
8. Суєта суєт і все – суєта. (Еклезіаст) *Vanitas vanitatum et omnia vanitas.*
9. Сувора необхідність. *Dura necessitas.*

ЛЕСТІО XIII

1. Заради почесні (вчене звання присуджене без захисту дисертації). *Honoris causa.*
2. Гігієна – подруга здоров'я. *Higiēna – amīca valetudinis.*
3. Суворий закон, але це закон. *Dura lex, sed lex.*
4. Подібне лікується подібним (принцип гомеопатії). *Similia similibus curantur.*
5. Загальний стан. *Status communis.*
6. Дуже хороший прогноз. *Prognosis optima.*
7. Прийшов, побачив, переміг. (Цезар) *Veni, vidi, vici.*
8. Природа речей. *Natura rerum.*
9. Спосіб життя. *Modus vivendi.*

ЛЕСТІО XIV

1. Нарада у відсутності хворого. *Consilium absente aegrotō.*
2. Умова, без якої не можна, необхідна умова. *Conditio sine qua non.*
3. Усе своє ношу з собою. (Біант) *Omnia mea mecum porto.*
4. Справжній друг пізнається в біді. *Amicus certus in re incerta cernitur.*
5. Зачароване коло, порочне коло. *Circulus vitiosus.*
6. Троє становлять товариство. *Tertium faciunt collegium.*
7. Неприємний запах з рота. *Foetor ex ore.*
8. Теперішній стан (в момент обстеження хворого). *Status praesens.*
9. Рідкісний птах. *Rara avis.*

ЛЕСТІО XV

1. Протилежне лікується протилежним (принцип алопатії). *Contraria contraries curantur.*
2. Життєвий шлях (відомості про життя хворого). *Curriculum vitae.*
3. Жереб кинуто. (Цезар) *Alea jacta est.*
4. Часи змінюються і ми змінюємося з ними. (Овідій) *Tempora mutantur et nos mutamur in illis.*
5. Лікувати необхідно дбайливо, швидко і приємно. (Цельс) *Curare tuto, cito et jucunde.*
6. Заповітні мрії, благі побажання. *Pia desideria.*
7. Після написаного, після зробленого. *Post scriptum, post factum.*
8. Анамнез хвороби. *Anamnesis morbi.*