

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА УКРАЇНИ З НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ  
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БЕЗПЕКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

*На правах рукопису*

**СТЕЧАК ГАЛИНА МИХАЙЛІВНА**

УДК 378:615.851.4(001)(043.5)

**ПЕДАГОГІЧНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ  
СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

13.00.04 – Теорія і методика професійної освіти

**ДИСЕРТАЦІЯ**  
**на здобуття наукового ступеня**  
**кандидата педагогічних наук**

**Науковий консультант:**  
кандидат педагогічних наук,  
старший науковий співробітник  
**Вдович Світлана Михайлівна**

Львів – 2017

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПЕДАГОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ.....</b>	<b>14</b>
1.1 Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів як наукова проблема.....	16
1.2 Сутність педагогічної складової та педагогічні функції у професійній діяльності сімейного лікаря.....	34
1.3 Структура педагогічної компетентності сімейного лікаря.....	52
Висновки до першого розділу.....	72
<b>РОЗДІЛ 2 УДОСКОНАЛЕННЯ ПЕДАГОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ.....</b>	<b>74</b>
2.1 Модель педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.....	75
2.2 Педагогічні умови ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.....	89
2.3 Методичні рекомендації щодо вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.....	112
Висновки до другого розділу.....	136
<b>РОЗДІЛ 3 ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ФОРМУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ.....</b>	<b>138</b>
3.1 Програма та методика педагогічного експерименту.....	138
3.2 Сучасний стан педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів.....	156
3.3 Аналіз результатів експериментального дослідження формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів.....	168
Висновки до третього розділу.....	185
<b>ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....</b>	<b>187</b>

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	191
ДОДАТКИ.....	229

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Інтеграція України до світової спільноти супроводжується процесами міжнародної конвергенції зі збереженням національних особливостей і культурно-освітніх традицій. Особливо важливо це в галузі медичної освіти, яка є однією з найскладніших і найважливіших. В Україні нині відбувається реорганізація системи охорони здоров'я шляхом пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги – сімейної медицини, покликаної забезпечити зміцнення здоров'я населення. Це передбачає підготовку сімейного лікаря (лікаря загальної практики), не лише компетентного у медицині та фізіології, а й обізнаного з ключових питань психології, педагогіки, соціології, антропології, права тощо.

Розвиток української медичної освіти спрямований на підвищення якості підготовки і рівня кваліфікації лікарів, що потребує нової методології організації освітнього процесу. Згідно з деклараціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, завданням медичної справи є всебічна турбота про людей та їхнє соціальне середовище. Отже, сімейні лікарі мають розглядати своїх пацієнтів у широкому контексті, турбуватися не лише про лікування, а й про запобігання захворювань і травматизму, навчати родини методам догляду і самогляду, проводити роз'яснювальну роботу та виховувати в пацієнтів свідоме ставлення до збереження здоров'я. Тому професійна освіта сімейних лікарів має передбачати відповідну педагогічну підготовку.

Водночас наші спостереження й аналіз діяльності лікарів загальної практики й інтернів дають підстави констатувати *суперечності* між:

- об'єктивними вимогами суспільства до якості професійної підготовки лікарів, потребами медичної практики у фахівцях, яка володіють педагогічною компетентністю, та низьким рівнем педагогічних знань, умінь і навичок сімейних лікарів, недостатньою підготовкою до взаємодії з пацієнтами;

- завданням розвитку педагогічних здібностей студентів відповідно до сучасних запитів охорони здоров'я і нової парадигми освіти та відсутністю методо-

логічної основи педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичних університетах;

– потребою формування у студентів умінь і навичок виконання педагогічних функцій, притаманних первинній медико-санітарній допомозі, та невизначеністю структури педагогічної компетентності сімейного лікаря;

– прагненням студентів досягти належного рівня педагогічної компетентності та недосконалим навчально-методичним забезпеченням педагогічної підготовки сімейних лікарів, низьким рівнем освітніх технологій у медичних університетах.

Питанням удосконалення підготовки медичних працівників приділяється постійна увага: досліджено та методологічно обґрунтовано специфіку професійної діяльності медиків; визначено кваліфікаційні вимоги до медичних працівників; розроблено структуру медичної освіти та напрями її здійснення. Проблемами підготовки медиків займалися І. Булах [280], С. Бухальська [43], А. Волосовець [280], Ю. Вороненко [54], В. Гирін [62], М. Гребняк [70], О. Гуменюк [72], Л. Дудікова [94], А. Дюкарева [95], Б. Зіменковський [110], В. Москаленко [211; 212], М. Мруга [214], В. Ніколаєнко [70], Х. Мазепа [192], В. Мельник [205], В. Ширококов [205]. Окремі аспекти медичної підготовки розглянуто в роботах Л. Добровської [90], В. Дубрової [93], Н. Іванькової [121], Г. Кліщ [135], Л. Клос [136], Ю. Колісник-Гуменюк [140], І. Кузнецової [159], М. Лісового [185], А. Марлової [197], О. Неловкіної-Берналь [219], В. Подрушняк [251], І. Радзієвської [263], С. Тихолаз [319], О. Уваркіної [321], Я. Цехмістра [344], М. Шегедин [354], Н. Шигонської [357], Т. Шутько [360] та ін.

Психолого-педагогічна проблематика розвитку особистості майбутнього медика досліджена в публікаціях І. Балякової [17], М. Мурав'їова [216], Л. Островської [233], Н. Пахомової [236], Е. Самборської [269], Деякі питання педагогічної підготовки медиків щодо навчання хворих розкрили І. Глінкіна [63], С. Двойніков [81], Д. Мачарадзе [204], В. Осипова [231], Т. Перцева [241], И. Тарасова [231]. Досить детально вивчена підготовка лікаря-педагога

(М. Камілова [125], Н. Кудрява [156; 238], Л. Лонська [188], О. Лопанова [189], І. Новгородцева [239], С. Носкова [226].

Питанням професійної підготовки сімейних лікарів присвячені праці зарубіжних науковців А. Камільєрі [373], О. Кларк [375], Р. Модслі [383], І. Остергаард [385], М. Саммут [388], П. Чен [374] та ін. Особливостям професійної підготовки сімейних лікарів присвячені окремі наукові праці українських дослідників: Я. Базилевич [14], Ю. Вороненко [53], А. Ємець [97], Г. Лисенко [177], Ю. Остраус [232], І. Паламаренко [235], Л. Сидорчук [276], М. Тимофієва [317; 318], А. Царенко [343] та ін. Проте проблемі їхньої педагогічної підготовки належна увага не приділяється, не розкриті зміст і структура педагогічної компетентності сімейного лікаря, не визначені умови, які сприяють формуванню педагогічної компетентності студентів-медиків, не розроблене навчально-методичне забезпечення педагогічної підготовки в медичних університетах.

Необхідність системного дослідження проблеми педагогічної підготовки сімейних лікарів зумовлена завданнями розвитку педагогічної теорії та практики медичної освіти, потребами обґрунтування теоретичних основ і концептуальних підходів до формування педагогічної компетентності сімейних лікарів за європейським зразком, відсутністю комплексного науково-методичного супроводу формування педагогічної компетентності у студентів. Це стало підставою для теми дослідження: *«Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті»*.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконано відповідно до плану НДР Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького з теми «Формування національно-свідомої особистості студента медичного ВНЗ як державотворця» (РК № 0116U004504) і плану НДР Львівського державного університету безпеки життєдіяльності з теми «Психолого-педагогічні технології підготовки фахівців до діяльності в особливих умовах та її психологічний супровід» (РК № 0116U005307).

Тема дисертації затверджена вченою радою Львівського науково-практичного центру професійно-технічної освіти НАПН України (протокол № 4

від 21.04.2010 р.) й узгоджена Міжвідомчою радою з координації наукових досліджень із педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 6 від 28.09.2010 р.).

**Мета дослідження** полягає в науковому обґрунтуванні, розробленні й експериментальній перевірці педагогічних умов і методичних аспектів удосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.

**Об'єкт дослідження** – професійна підготовка сімейних лікарів у вищих медичних навчальних закладах.

**Предмет дослідження** – особливості педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.

**Гіпотеза дослідження** полягає в тому, що підвищення якості педагогічної підготовки й ефективне формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів у медичному ВНЗ можна забезпечити за таких умов: формування мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної компетентності; узгодження педагогічної підготовки з фундаментальними і медичними дисциплінами; поетапне формування та розвиток у студентів педагогічної компетентності; упровадження інноваційних технологій теоретичної та практичної підготовки.

Для досягнення поставленої мети ставилися такі основні **завдання**:

1. Проаналізувати проблему педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у педагогічній теорії та практиці медичної освіти.
2. Визначити структуру педагогічної компетентності сімейного лікаря, критерії, показники та рівні її сформованості.
3. Розробити й апробувати модель педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.
4. Обґрунтувати й експериментально перевірити педагогічні умови ефективної педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичному університеті.
5. Розробити й апробувати методичні рекомендації щодо вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.

У дослідженні використано такі **методи дослідження**: *теоретичні* – аналіз сучасних психолого-педагогічних і методичних положень у філософській, медич-

ній, психолого-педагогічній літературі, нормативних документах, що дало змогу систематизувати й уточнити теоретичні засади розв'язання проблеми педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів; аналіз наукових джерел та емпіричного досвіду медичної освіти з метою визначення найпродуктивніших механізмів формування педагогічної компетентності студентів; проектування змісту, форм і методів педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному ВНЗ; *емпіричні* – спостереження за освітнім процесом, діяльністю студентів, бесіди, анкетування, самооцінювання та взаємооцінювання для виявлення стану педагогічної підготовки студентів; тестування й експертне оцінювання з метою визначення рівня сформованості компонентів педагогічної компетентності у студентів; логіко-педагогічний аналіз змісту психологічних, педагогічних дисциплін і практики; педагогічне моделювання для виявлення закономірностей системи педагогічної підготовки, обґрунтування педагогічних умов і розроблення методичних рекомендацій щодо вдосконалення педагогічної підготовки в медичному університеті; констатувальний і формувальний експерименти з метою визначення ефективності педагогічних умов і розробленої методики відповідно до визначених критеріїв; математичні та графічні методи опрацювання й аналізу результатів, статистичні методи для перевірки їх достовірності.

**Експериментальна база дослідження.** Експериментальне дослідження проводилося на базі чотирьох медичних ВНЗ різних областей України. В експерименті взяли участь 592 студенти й інтерни і 27 викладачів медичних університетів.

**Методологічну основу дослідження** становлять положення наукової теорії пізнання, праксеології, феноменології, гуманістичної парадигми філософії освіти; методологічні підходи: системний, аксіологічний, гуманістичний, особистісно-діяльнісний, компетентнісний і контекстний підходи, спрямовані на підвищення педагогічної підготовленості студентів і виконання педагогічних функцій сімейних лікарів; психолого-педагогічні теорії розвитку та саморозвитку особистості; принципи системного аналізу та моделювання педагогічних явищ; сучасні дидактичні підходи до змісту, методів і технологій формування особистості медичного



працівника, специфічні принципи лікарської діяльності, медичної етики та деонтології.

**Нормативна база дослідження.** Концептуальні положення щодо підготовки сімейних лікарів у ВНЗ викладені в Законах України «Про вищу освіту» [101], «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [102], Державній Національній програмі «Освіта (Україна XXI століття)» [86], Національній доктрині розвитку освіти [217], Національній стратегії розвитку освіти в Україні на 2012–2021 роки [218], Концепції розвитку охорони здоров'я населення України [143], Концепції реформування системи підготовки лікарів в Україні та приведення її у відповідність до вимог Болонської декларації [142], Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні, постанові Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» [257], наказа Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження плану поетапного переходу до організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини» і «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини».

**Теоретична основа дослідження:** положення та висновки наукових праць із філософії вищої освіти (В. Андрущенко, Г. Васянович, Б. Гершунський, І. Зязюн, В. Кремень, О. Новіков); наукові підходи до розгляду сутності та змісту професійної та педагогічної діяльності (О. Акімова, Ю. Бабанський, В. Загвязінський, М. Козяр, Ю. Кулюткін, Л. Лук'янова, Н. Ничкало, В. Сластьонін, С. Сисоева та ін.); проблеми формування та розвитку компонентів педагогічної компетентності (В. Гінецинський, С. Гончаренко, І. Зимняя, Е. Климов, Н. Кузьміна, І. Лернер, А. Маркова); питання вдосконалення навчального процесу (А. Вербицький, Р. Гуревич, Й. Гушулей, А. Литвин, П. Сікорський); психолого-педагогічні засади професійного розвитку особистості (Г. Балл, В. Моляко, В. Рибалка, С. Рубінштейн, Л. Руденко); проблеми змісту, методів, форм навчання та виховання майбутніх фахівців (Г. Дутка, М. Коваль, М. Ковтонюк, В. Третько, В. Шахов, Б. Шуневич); питання ефективного

функціонування системи охорони здоров'я (В. Бехтерев, П. Каптерев, В. Кащенко, М. Пирогов), реформування системи надання первинної медико-санітарної допомоги (І. Вітенко, Л. Галієнко, Е. Гілл, Т. Грінхелг, А. Зіменковський, Є. Латишев, Г. Лисенко, Дж. Сауз-Пол, Б. Старфілд, Н. Хаджинова, М. Хобзей) і підготовки медиків (Я. Базилевич, Ю. Вороненко, А. Ємець, О. Лисенко, А. Камільєрі, І. Остергаард, Ю. Остраус, І. Паламаренко, М. Саммут, Л. Сидорчук, М. Тимофієва, Н. Хаджинова, Я. Цехмістр, П. Чен та ін.).

**Наукова новизна і теоретичне значення одержаних результатів** полягають у тому, що: *вперше розроблено* модель педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті, *визначено* специфічні принципи педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичних університетах (гуманістичної спрямованості, емоційної активності, соціальної взаємодії, концептуальності, інтегративності, комплексності, поетапності, безперервності, технологічності, інноваційності); *обґрунтовано* педагогічні умови її реалізації (формування мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної компетентності; узгодження педагогічної підготовки з фундаментальними і медичними дисциплінами; поетапне формування та розвиток у студентів педагогічної компетентності; упровадження інноваційних технологій теоретичної та практичної підготовки), *розроблено* теоретичні засади методики вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті; *уточнено педагогічні функції діяльності сімейного лікаря* (когнітивно-діагностична, інформаційно-роз'яснювальна, консультативно-методична, коригувально-контролювальна), сутність, зміст і структуру педагогічної компетентності сімейного лікаря, *виділено* її основні структурні (професійно спрямована медико-педагогічна позиція; інформаційно-інструментальна здатність і готовність до освітньої діяльності; соціально та професійно значущі особистісні якості, розвинуті педагогічні здібності, педагогічна техніка та професійно-діяльнісна свідомість) і функціональні компоненти (мотиваційно-ціннісний, знаннєвий, професійно-комунікативний, організаційно-технологічний і рефлексивний), *визначено* критерії, показники і рівні сформованості педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів; *узагальнено* зару-

біжний і вітчизняний досвід педагогічної підготовки сімейних лікарів; *подальшого розвитку набули* концептуальні засади педагогічної підготовки і методика діагностики стану педагогічної підготовки студентів медичних ВНЗ.

**Практичне значення одержаних результатів** визначається тим, що висунуті теоретичні положення доведені до конкретної реалізації: обґрунтовано кваліфікаційні вимоги до педагогічної компетентності сімейних лікарів; розроблено й упроваджено у практику методичні рекомендації щодо змісту та методів поетапної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті (опанування основ педагогіки за модернізованою навчальною програмою; налагодження та реалізація міждисциплінарних зв'язків педагогіки з іншими дисциплінами; цілеспрямоване формування компонентів педагогічної компетентності під час вивчення спецкурсу «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики»; набуття практичного досвіду професійно-педагогічної діяльності сімейних лікарів під час інтернатури); апробовано модель і педагогічні умови ефективної педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичному університеті; розроблено методику комплексного впровадження та реалізації інноваційних педагогічних технологій (інтерактивних, ігрових, проблемного та контекстного навчання, інформаційно-комунікаційних); доповнено зміст і розширено тематику курсу «Основи педагогіки», розроблено навчально-методичні посібники і програми спецкурсу для студентів «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики» і спецкурсу для викладачів «Основи формування педагогічної компетентності майбутнього лікаря сімейної медицини»; систематизовано матеріали для контекстного навчання студентів; розроблено методику перевірки ефективності педагогічної підготовки студентів у медичних ВНЗ. Матеріали дослідження можуть бути використані в медичних університетах у теоретичному та практичному навчанні з педагогіки, елективних курсів педагогічної підготовки студентів, під час підвищення кваліфікації та післядипломної освіти науково-педагогічних працівників. Окремі положення можуть бути використані для розроблення навчально-методичних посібників, електронних освітніх ресурсів, інноваційних засобів навчання, педагогічних технологій, навчально-нормативної документації медичної освіти.

**Упровадження результатів дослідження.** Наукові положення, навчально-методичні матеріали впроваджено в навчальний процес Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (акт впровадження від 19.10.2016 р.), Івано-Франківського національного медичного університету (довідка № 14.7390 від 01.11.2016 р.), Львівського медичного інституту (довідка № 108 від 19.10.2016 р.), Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (акт впровадження від 15.12.2016 р.), Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (довідка № 03/5377 від 24.10.2016 р.).

**Апробація результатів дисертації** здійснювалася на: *міжнародних* науково-практичних конференціях «Сучасні освітні технології у професійній підготовці майбутніх фахівців» (Львів, 2009), «Сучасна українська нація: мова, історія, культура» (Львів, 2016), «Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців : методологія, теорія, досвід, проблеми» (Вінниця, 2016), «Modern Peculiarities of the Identity Formation and Social Adaptation in Conditions of the Liberal Values Crisis» (Лондон, 2016); *всеукраїнських* науково-практичних конференціях «Дидактичні умови загальноосвітньої підготовки учнів професійно-технічних навчальних закладів» (Львів, 2010), «Сучасні технології навчання у професійній підготовці майбутніх фахівців» (Львів, 2013), «Педагогіка і психологія професійної освіти: науковий пошук, проблеми, перспективи» (Львів, 2013), III Всеукраїнському педагогічному конгресі (Львів, 2009); *регіональних* науково-практичних конференціях «Психологічна служба у професійно-технічних навчальних закладах: досвід, проблеми, перспективи» (Львів, 2010), «Підвищення якості професійної підготовки майбутніх кваліфікованих робітників у професійно-технічних навчальних закладах» (Львів, 2015); *звітних* наукових конференціях Львівського НПЦ ПТО НАПН України (2009 – 2014); *семінарах*: «Формування професійних якостей майбутніх кваліфікованих фахівців сфери послуг» (Львів, 2014), «Актуальні проблеми викладання української (російської) мови іноземним студентам і аспірантам» (Івано-Франківськ, 2015), семінарах і засіданнях відділу

гуманітарної освіти Львівського НПЦ ІПТО НАПН України; засіданнях кафедри українознавства ЛНМУ ім. Данила Галицького.

**Публікації.** Основні положення та результати дослідження висвітлено в 16 одноосібних наукових і науково-методичних публікаціях, у тому числі: 2 навчально-методичних посібниках, 7 статтях (із них 5 – у вітчизняних наукових фахових виданнях, 1 – в іноземному періодичному виданні, 1 – в зарубіжній колективній монографії), 5 матеріалах конференцій, 1 методичних рекомендаціях.

**Структура дисертації.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (396 найменувань, із них 24 – іноземними мовами) і 11 додатків. Загальний обсяг дисертації – 282 сторінки. Основний текст викладено на 190 сторінках, із яких на 14,2 розміщено 18 таблиць і 16 рисунків.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПЕДАГОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

Сучасні соціокультурні процеси зумовлюють суттєву переоцінку стратегії підготовки медичних працівників: системі охорони здоров'я потрібні фахівці, що не лише обізнані в галузі медицини, а й орієнтуються в широкому полі теоретичних і прикладних проблем, у тому числі психологічних і педагогічних.

Загальнодержавною стратегією реформування системи охорони здоров'я в Україні та у світі є запровадження загальної практики (сімейної медицини), що визначено законодавством і регламентовано нормативними документами. Розвиток інституту сімейного лікаря (в Україні: лікар загальної практики – сімейної медицини) та відповідна модернізація медичної освіти є одним із найперспективніших напрямів у сфері охорони здоров'я. Медичну допомогу пацієнтам за цією стратегією надають широкопрофільні фахівці обізнані в питаннях педіатрії, хірургії, загальної терапії, кардіології, травматології, боротьби з інфекційними захворюваннями. Вони цілодобово несуть відповідальність за своїх пацієнтів, а також здійснюють гарантовану медичну, психологічну та соціальну допомогу.

Досвід розвинених країн показує, що сімейний лікар – провідна фігура системи охорони здоров'я. За даними Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я (ВООЗ), близько 80 % усіх проблем, пов'язаних зі здоров'ям, у світі вирішується в первинній ланці охорони здоров'я, а в 93 % випадків усі медичні проблеми родин вирішує сімейний лікар. На думку експертів охорони здоров'я, прогрес у медичному обслуговуванні спрямований, передусім, на профілактику, а не лікування захворювань. Її треба розглядати як управління (формування, охорона, зміцнення) здоров'ям пацієнтів, що неможливо без урахування спадкових особливостей кожного члена родини, психологічного клімату в сім'ї. Тому, крім медичних навичок, сімейному лікарю необхідно володіти технікою спілкування, знання прийомів педагогічної взаємодії та основ психотерапії.

На сьогодні в Україні гостро постає проблема підготовки сімейного лікаря, яка вимагає глибокого осмислення змісту професійної діяльності з метою забез-

печення актуальності та повноти знань, умінь і навичок майбутніх медиків. Необхідно також досягти усвідомлення взаємозв'язків між соціальними процесами і відповідними явищами в медичній галузі. Завдання професійної підготовки – пробудити у студентів інтерес до пізнання, навчальної та подальшої професійної діяльності, а також сформувати професійні етичні цінності. У 2000 році затверджена Постанова Кабінету Міністрів України «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» [257], в якій одним із провідних завдань упровадження сучасного типу медичного обслуговування населення визначено нагальне розроблення заходів, спрямованих на вдосконалення підготовки медичних кадрів. Сталий розвиток галузі охорони здоров'я потребує висококваліфікованих медичних працівників, підготовлених до роботи надання медичної допомоги. Концепція реформи медичної освіти в Україні чітко визначає поставлену мету: відповідність системи медичної освіти вимогам практичної сфери охорони здоров'я населення; підвищення якості підготовки медичних кадрів шляхом упровадження ефективної системи організації освітнього процесу; гармонізація вітчизняної медичної освіти з вимогами Євросоюзу [142].

Водночас, уряд України основними завданнями розвитку освіти визначив [217]: системне підвищення якості освіти на інноваційній основі; модернізацію та впровадження професійних стандартів у відповідності до світового досвіду, вимог європейського ринку праці, оновлення класифікатору професій; розроблення ефективної системи навчально-методичного забезпечення освіти; створення умов для розвитку індустрії сучасних засобів навчання (навчально-методичних, електронних, технічних, інформаційно-комунікаційних тощо). Розвиток української медичної освіти спрямовано на підготовку висококваліфікованого лікаря, який відповідає сучасному рівню медичної науки і вимогам суспільства, має ґрунтуватися на якісно новій методології організації навчального процесу за міжнародним зразком, в основу якого покладені європейські тенденції та національна стратегія. Зростання освіченості медичних працівників освітою сприятиме піднесенню соціального престижу професії.

## **1.1 Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів як наукова проблема**

Суттєві зміни, що відбуваються у вітчизняній системі охорони здоров'я, загострили проблему якості підготовки медичних працівників, передусім сімейних лікарів як медичних фахівців нового типу. Відбувається переоцінка системи підготовки медичних працівників і, особливо, лікарів щодо сукупності їхніх компетентностей. Нині загально визнано, що високий професійно-кваліфікаційний рівень випускників медичних ВНЗ сприяє задоволенню суспільних потреб. Це підтверджується високим статусом медиків у розвинутих країнах.

Питанням удосконалення медичної освіти та підготовки медичних працівників приділяється постійна увага: досліджено та методологічно обґрунтовано специфіку професійної діяльності медиків; визначено кваліфікаційні вимоги до фахівців медичного профілю; розроблено структуру медичної освіти та напрями її здійснення. Науковці підкреслюють важливість і значення безперервної освіти медичного персоналу, звертається увага на розбіжності в підготовці та практичних потребах охорони здоров'я. Для розвитку, адекватного завданням часу, в системі охорони здоров'я розроблена й упроваджена безперервна освіта медиків. Це стосується не лише післядипломного підвищення кваліфікації, а самої суті побудови всіх ланок ступеневої освіти – допрофесійної (профільної), власне професійної та постпрофесійної (у тому числі – неформальної), що є запорукою ефективної роботи медичних працівників у лікувально-профілактичних закладах і установах. Вплив основних загальнонаукових орієнтацій, педагогічних і методичних підходів сучасної професійної освіти, важливих для нашого дослідження, розкрито в працях В. Андрущенка [328], С. Батишева [19], Г. Васяновича [46], Б. Гершунського [59], С. Гончаренка [64], Р. Гуревича [74; 75], І. Зязюна [240], В. Кременя [150; 151], Н. Кузьміної [162], М. Махмутова [203], Н. Ничкало [222], О. Новікова [223], Г. Щедровицького [362], Е. Юдіна [365] та ін.

Проблемами підготовки медиків займалися М. Гребняк [70], О. Гуменюк [72], А. Дюкарева [95], В. Ніколаєнко [70], Х. Мазепа [192], В. Мельник [205], В. Ширококов [205]. Окремі аспекти медичної підготовки розглянуто в роботах



Л. Добровської [90], В. Дубрової [93], Н. Іванькової [121], Г. Кліщ [135], Л. Клос [136], Ю. Колісник-Гуменюк [140], І. Кузнецової [159], М. Лісового [185], А. Марлової [197], О. Неловкіної-Берналь [219], І. Радзієвської [263], О. Уваркіної [321], Я. Цехмістра [344], Н. Шигонської [357], Т. Шутько [360] та ін.

Низка праць присвячена проблемам історії медицини і медичної освіти (В. Белянової [24], С. Верхратський [50], В. Гуменюк [72], Б. Криштопа [152], І. Круковська [153], Ю. Лисицин [180], І. Шапіро [350]); психологічної підготовки майбутніх фахівців медичного профілю (В. Андронов [7], І. Вольперт [52], Ю. Зубарев [132], А. Зюбан [111], М. Кабанов [122], Б. Карварсарський [128], В. Менделевич [206], В. Ташликов [314]. У контексті нашого дослідження цікавими є роботи науковців (А. Агаркова [2], І. Крижанівська [227], В. Матвеев [199], К. Таджиров [228], В. Шатило [352], Г. Царегородцев [364] та ін.), котрі розглянули етико-деонтологічні проблеми підготовки сучасного медичного працівника. Однак сучасних розвідок, присвячених комплексному розв'язанню проблем підготовки медичних працівників (І. Булах [280], С. Бухальська [43], А. Волосовець [280], Ю. Вороненко [54], В. Гирін [62], Л. Дудікова [94], Б. Зіменковський [110], В. Москаленко [211; 212], М. Мруга [214], В. Подрушняк [251], С. Тихолаз [319], М. Шегедин [354] та ін.) вкрай недостатньо.

Психолого-педагогічна проблематика розвитку особистості майбутнього медика досліджена в публікаціях І. Балякової [17], М. Мурав'їова [216], Л. Островської [233], Н. Пахомової [236], Е. Самборської [269]. Деякі питання педагогічної підготовки медиків щодо навчання хворих розкрили І. Глінкіна [63], С. Двойніков [81], Д. Мачарадзе [204], В. Осипова [231], Т. Перцева [241], И. Тарасова [231]. Досить детально вивчена підготовка лікаря-педагога (М. Камілова [125], Н. Кудрява [156; 238], Л. Лонська [188], О. Лопанова [189], І. Новгородцева [239], С. Носкова [226]).

Нині постає нагальна потреба розширеного, комплексного погляду на підготовку медичних працівників, інтегруванні в підготовці медика різних теоретичних і практико орієнтованих компонентів навчання. Суспільство стає все більш людиноцентристським, тому відносини «лікар – пацієнт» вимагають належного рівня

комунікативної культури лікаря, яка формується у процесі психолого-педагогічної підготовки студента-медика і є одним із важливих показників рівня професійної підготовки [321].

Здатність бачити і вирішувати проблеми, пов'язані зі здоров'ям людей, у контексті конкретних ситуацій їхнього життя, з урахуванням особливостей міжособистісних стосунків, на основі розуміння всієї складності цих ситуацій і взаємин, розуміння індивідуальних особливостей пацієнтів і членів їхніх родин, спроможність визначати смисл тих чи інших подій і ситуацій і відповідним чином впливати на їх перебіг – складає, на думку М. Тимофієвої, головне завдання соціально-психологічної підготовки сімейного лікаря [317]. Дослідниця визначає типову позицію лікаря будь-якої спеціальності як професіоцентристську, що базується на природничо-науковому підході до людини, сім'ї та навколишнього середовища. Перебуваючи у цій позиції, лікар будує свої взаємини з пацієнтами як «суб'єкт-об'єктні», що робить пацієнта об'єктом впливу, а не суб'єктом активності у збереженні власного здоров'я. Безперечно, це не сприяє налагодженню ефективної міжособистісної взаємодії у лікувально-профілактичному процесі.

Окремі зі згаданих вище дослідники, зокрема Е. Самборська, наголошують на значенні впровадження педагогічної підготовки у процес навчання майбутніх лікарів. На їхню слушну думку, така підготовка сприятиме усвідомленню майбутніми медичними працівниками необхідності профілактики та ранньої діагностики різних захворювань, а не лише їх лікування у хворих [269]. Ми погоджуємося з твердженням М. Цуцунави, що медична освіта передбачає підготовку фахівців до виконання функцій організатора допомоги пацієнту, наставника, співрозмовника [345, с. 41]. У дослідженнях І. Балякової, Е. Терегулової та ін. [17; 315] справедливо відзначається, що для організації догляду за хворим медичний працівник зобов'язаний знати, що його діяльність (у сім'ях, дошкільних закладах, школах, лікарнях) має спрямовуватися не лише на вирішення медичних проблем, пов'язаних із біологічними порушеннями, а й психологічних і соціальних. Розв'язання одного з головних завдань педагогіки в медицині полягає у вихованні усвідомленого ставлення людини до питань здоров'язбереження і вимагає від медика психолого-

педагогічних знань, а також методів навчання населення знань і вмінь з охорони здоров'я.

Як зазначає Х. Мазепа, сучасний підхід до проблеми професійної підготовки медичних працівників передбачає створення базової системи психолого-педагогічних і методичних знань, умінь і навичок, яка забезпечує: оволодіння психолого-педагогічними закономірностями і сучасним комплексом методів, засобів і форм навчання, що дає змогу кваліфіковано вирішувати професійні проблеми [192]. Це дозволить медикам розглядати пацієнтів як індивідуальність і члена соціуму, а турботу про людей усвідомлено вважати основним завданням медичної справи. Отже, за сучасною концепцією підготовки лікарів значна увага має приділятися їхній педагогічній компетентності [17, с. 2].

Проте, не зважаючи на впровадження психологічних і педагогічних дисциплін, загалом педагогічній підготовці майбутніх лікарів в освітньому процесі українських медичних ВНЗ нині, як правило, належна увага не приділяється. У педагогічній науці ця проблема також, на жаль, залишається недостатньо вивченою. Разом із тим, у працях видатних учених-медиків (В. Бехтерева [30], В. Гіляровського [60], П. Каптерева [127], В. Кашенка [131], С. Корсакова [145], О. Лазурського [166], М. Пирогова [244] та ін.) наголошується на існуванні об'єктивних зв'язків між медициною та педагогікою [169]. Зокрема, В. Бехтереву належить формулювання відомого серед медиків принципового положення про те, що хворого потрібно не лише лікувати, а й навчати і виховувати. Він також вказував на необхідність формування в лікаря культури спілкування: «якщо хворому після розмови з лікарем не стає легше – це не лікар» [30]. Оскільки практично вся діяльність лікаря реалізується у процесі міжособистісної взаємодії з пацієнтом та його родиною, проблема професійної комунікації медичних працівників актуалізувалась ще у ХІХ ст.

Як стверджує Б. Бім-Бад, типи професійного мислення в лікарів і педагогів багато в чому подібні; у своїй діяльності вони базуються на загальних закономірностях норми і відхилень від неї [33]. Лікарю доводиться в ряді випадків наближувати свою діяльність до виховання та навчання [169]. Безперечно, лікар пови-

нен аналізувати, передусім, медичні ситуації, прогнозувати їх розвиток і можливі наслідки. Однак не менш важливим у його професії є «вміння будувати відносини з усіма категоріями пацієнтів, володіти різними стилями спілкування, швидко орієнтуватися в ситуаціях соціальної взаємодії і вибирати оптимальні прийоми впливу на пацієнтів з урахуванням їх психологічних особливостей тощо» [318, с. 6].

Вже у другій половині ХХ ст. в науково-медичній літературі описано педагогічну діяльність медичних працівників як особливу профілактичну методику. Зокрема, в 70-х рр. системи охорони здоров'я взяли на озброєння метод навчання хворих на цукровий діабет, який був суттєво розвинутий у 1989 р. після прийняття ВООЗ Сент-Вінсентської декларації. У цьому документі вперше офіційно проголошено необхідність оцінювання та покращення якості життя пацієнтів, а також, що важливо для нашого дослідження, потреба їхнього навчання як невіддільної складової лікувально-профілактичної діяльності. Соціальний запит на збереження та зміцнення здоров'я суспільства та його членів неможливо задовольнити без навчання і виховання населення, що необхідно здійснювати, спираючись на досвід і кращі традиції зарубіжної системи здорового виховання (*health education and health promotion*). Вона успішно функціонує завдяки оптимальній інтеграції знань різних галузей – медицини і фізіології, біології та антропології, філософії, психології та педагогіки [12].

Окремі аспекти педагогічної спрямованості медичного працівника всебічно розглянуті науковцями. Проте, формування педагогічної компетентності ривчалося лише щодо медичного працівника із середньою професійною освітою (І. Балякова [17]), а завдання цілісного дослідження процесу педагогічної підготовки лікаря практично не ставилися. У психолого-педагогічній літературі не розкриті зміст і структура поняття «педагогічна компетентність / готовність лікаря», не розроблена система форм і методів педагогічної підготовки, а також не обґрунтовано комплекс педагогічних умов, за яких процес формування педагогічної компетентності в майбутнього лікаря, зокрема сімейного, буде ефективним.

Зараз, як уже зазначалося, актуальними є дослідження нової для України ланки системи охорони здоров'я – сімейної медицини та, відповідно, проблеми

підготовки фахівців нового типу – сімейних лікарів. Упровадження сімейної медицини в Україні розпочалося в 1987 р. з експерименту в м. Дрогобич Львівської обл., де було відкрито першу амбулаторію загальної практики – сімейної медицини, а в 1995 р. розпочалася підготовка сімейних лікарів відповідно до програми Міністерства охорони здоров'я України. З цього часу було прийнято ряд постанов та затверджено значну кількість наказів Міністерства охорони здоров'я щодо впровадження та вдосконалення сімейної медицини, розроблено і затверджено пакет нормативних документів, які регламентують технології впровадження сімейної медицини в Україні, розроблено професіограму сімейного лікаря.

Запровадження інституту сімейних лікарів, як елементу оптимізації системи медичної допомоги, дозволило створити мережу закладів сімейної медицини, що сприяло розширенню видів, обсягу та доступності медичної допомоги населенню. В основу формування нової системи амбулаторно-поліклінічної допомоги покладено впровадження посад лікарів загальної практики – сімейних лікарів, введених МОЗ України до номенклатури лікарських спеціальностей ще в 1997 р., формування лікарських дільниць сімейної медицини, упровадження нових форм позастанціонарної медичної допомоги, поєднане використання лікувально-діагностичної бази лікарень і поліклінік, перерозподіл обсягу медичної допомоги між лікарями загальної практики і лікарями-фахівцями. При цьому, за даними М. Хобзея, діяльність сімейних лікарів за медичними результатами майже вдвічі ефективніша від роботи терапевтів, а коефіцієнт їхньої соціальної ефективності (що важливо для нашого дослідження) у 3,5 рази перевищує аналогічний у терапевтів [335, с. 22]. Результати соціологічних досліджень засвідчують позитивну оцінку населенням їхньої роботи.

Підготовці кадрів для закладів сімейної медицини нині приділяється значна увага: в усіх медичних ВНЗ відкрито кафедри загальної практики – сімейної медицини, у медичних академіях післядипломної освіти, на базі яких здійснюється їхня підготовка, перепідготовка і підвищення кваліфікації, створено факультети загальної практики – сімейної медицини.

Сімейний лікар – фахівець, що одержав спеціалізовану багатопрофільну підготовку з надання первинної медико-санітарної допомоги членам родини будь-

якого віку та статі [283]. Посаду сімейного лікаря може обіймати медик, який пройшов підготовку в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» (напрямок підготовки «Медицина»), або лікарі за спеціальностями «Лікувальна справа» та «Педіатрія», що пройшли підготовку в закладах післядипломної освіти за спеціалізацією із сімейної медицини й отримали сертифікат за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина». Контингент населення, який прикріплюється до сімейного лікаря для отримання первинної медико-санітарної допомоги, формується на основі права вільного вибору лікаря в межах затверджених нормативів навантаження. Порядок діяльності сімейного лікаря і його визначення встановлюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [256]. Положенням про лікаря загальної практики визначено такі моделі його роботи (Додаток А):

1. Індивідуальна чи групова практика в амбулаторії чи поліклініці.
2. Індивідуальна практика в самостійній установі сімейної медицини.
3. Групова практика в самостійній установі.
4. Об'єднання декількох групових практик у центрах здоров'я.

Всесвітня організація сімейних лікарів (WONCA) висуває шість основних вимог до сімейного лікаря:

1. Надання первинної медичної допомоги (вміння проводити первинне обстеження пацієнта; координація діяльності вузьких фахівців, залучених до лікування пацієнтів).

2. Особлива увага до інтересів пацієнта ( здатність приділяти увагу інтересам пацієнта; вміння встановлювати продуктивні відносини з пацієнтом і використовувати ці навички під час роботи з хворим; забезпечення безперервності надання медичної допомоги протягом тривалого часу).

3. Вміння вирішувати певні проблеми пацієнта (прийняття рішення на основі знань про захворюваність і поширеність певної патології серед визначеної групи населення; лікування хвороб на ранніх стадіях і негайне надання допомоги за нагальної необхідності).

4. Комплексний підхід (одночасне лікування гострих і хронічних станів пацієнта; організація для пацієнта необхідних оздоровчих і лікувальних заходів).

5. Соціальна спрямованість (узгодження потреб окремих пацієнтів із потребами всієї групи, що обслуговується, та наявними ресурсами).

6. Цілісне уявлення про захворювання (вміння застосовувати біо-психосоціальну модель з урахуванням культурних та екзистенціальних аспектів життя людей) [283].

Можемо стверджувати, що врахування пунктів 2, 5 і 6 неможливе без відповідної психолого-педагогічної підготовки сімейного лікаря, а решта пунктів опосередковано передбачають таку підготовку.

У процесі підготовки сімейних лікарів найістотніша проблема полягає у відсутності єдиної загальноприйнятої та науково обґрунтованої моделі підготовки таких фахівців у вищих медичних навчальних закладах. Тривають суперечки щодо функціональних обов'язків, термінів, змісту і технологій їх навчання, необхідного для цього навчально-методичного та науково-технічного забезпечення тощо. Дискусії навколо статусу сімейного лікаря визначили два основні підходи. За першим підходом, фахівці-медики різних спеціальностей намагаються обґрунтувати необхідність включення до програм підготовки сімейних лікарів саме «своєї» спеціальності; за другим – пропонується зробити одну-дві спеціальності базовими (наприклад, терапевт-педіатр), а за іншими подавати лише загальні знання і навички. Спільною є позиція більшості фахівців-медиків стосовно визнання профілактичної спрямованості як головної мети діяльності (і відповідно, підготовки) сімейного лікаря [318, с. 6].

Відзначимо, що в багатьох країнах накопичений значний досвід професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів і розвитку сімейної медицини (Додаток Б). Проблеми організації первинної медико-санітарної допомоги та різні аспекти професійної діяльності лікарів загальної практики – сімейної медицини досліджують зарубіжні науковці різних країн: М. Ансарі [372], Е. Гілл [380], Т. Грінхелг [377], Дж. Сауз-Пол [390], Б. Старфілд [391], Д. Тайлер [394], Дж. Хаггерті [378], В. Шефер [389] та ін. Питанням професійної підготовки сі-

мейних лікарів присвячені праці А. Камільєрі [373], О. Кларк [375], Р. Модслі [383], І. Остергаард [385], М. Саммут [388], П. Чен [374] та ін. Однак все ще нерозв'язаними залишаються такі питання: відсутність єдиної визначеної та науково обґрунтованої моделі підготовки таких фахівців; відмінності у підготовці лікаря загальної (сімейної) практики, її змісті та використанні технологій у різних країнах; нечітке формулювання функціональних обов'язків, необхідного організаційного і технічного забезпечення діяльності сімейного лікаря.

В українській науковій літературі нині теж активно досліджуються різні проблеми сімейної медицини (І. Вітенко [51], Л. Галієнко [55], Є. Горбань [66], М. Дью [260], І. Косарев [146], А. Кузеванова [157], Є. Латишев [168], Г. Лисенко [178; 179], Л. Матюха [200], М. Товт-Коршинська [260], М. Файда [325], Н. Хаджинова [331], М. Хобзей [335], І. Чопей [348] та ін.), більшість з яких стосуються її медичних аспектів. Проте лише окремі наукові праці українських дослідників присвячені особливостям професійної підготовки сімейних лікарів: Я. Базилевич [14], Ю. Вороненко [53], А. Ємець [97], Г. Лисенко [177], Ю. Остраус [232], І. Паламаренко [235], Л. Сидорчук [276], М. Тимофієва [317; 318], А. Царенко [343] та ін., а проблемі їхньої педагогічної підготовки увага практично не приділяється.

Ефективність роботи сімейних лікарів, яким доводиться працювати в напружених соціально-психологічних ситуаціях, залежить від рівня їхньої психолого-педагогічної підготовки, сформованості знань про психологічні особливості розвитку пацієнтів різних вікових груп, у тому числі дітей і підлітків. Йому важливі не лише одержані у ВНЗ знання, а й навички налагодження контактів, взаємодії та співпраці як із пацієнтами різного віку, так і з колегами-медиками з метою визначення правильного діагнозу й ефективного лікування хворих. Крім того, сімейний лікар повинен надавати широкий спектр психологічних і соціальних послуг, багато з яких мають виражений навчально-виховний характер.

Безперечно, систему навчання лікарів загальної практики – сімейної медицини в Україні необхідно будувати з урахуванням сучасних принципів Всесвітньої організації сімейних лікарів (WONCA) та Європейської академії викладачів



загальної практики (EURACT), а також міжнародних стандартів і накопиченого за кордоном кращого досвіду з підготовки сімейних лікарів. Зважаючи на це, а також на підставі огляду найновішої наукової літератури з досліджуваної проблеми **методологічною основою** педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів визначено комплекс підходів: системний, аксіологічний, гуманістичний, особистісно-діяльнісний, компетентнісний, контекстний. Розглянемо їх детальніше.

Оскільки вищі медичні навчальні заклади становлять цілісну динамічну педагогічну систему, процес удосконалення підготовки сімейних лікарів вимагає *системного підходу*. З філософської точки зору, цей підхід відображає загальний зв'язок і взаємозумовленість явищ і процесів навколишньої дійсності, що дозволяє: визначити об'єкт дослідження як систему; виокремити її складові; ізольовано розглядати кожен елемент системи щодо його особливостей і функціонування; з'ясувати та вивчити зв'язки і відносини між елементами системи; визначити сукупність принципів її організації та діяльності [20]. Системний підхід дозволяє також виявити інтегративні системні властивості та якісні характеристики, котрі відсутні у складових системи елементів, враховуючи їх всебічних зв'язки і розвиток [237, с. 90-91].

Як зазначає В. Кремень, освітні (педагогічні) системи мають об'єктивне призначення – забезпечити формування людини як особистості й оволодіння нею системною культурою людинознавства, виробленою попередніми поколіннями, дає їй життєві смисли та цілі, орієнтири розвитку [149, с. 15]. Н. Кузьміна розглядає педагогічну систему як «безліч взаємопов'язаних структурних і функціональних компонентів, що підкоряються цілям виховання, освіти і навчання» [160, с. 10.]. Сутність системного підходу стосовно педагогічної системи полягає в тому, що відносно самостійні компоненти розглядаються у взаємозв'язку та взаєморозвитку, аналіз раціональних методів організації навчально-пізнавальної діяльності забезпечує системний розвиток студентів, розгляд системи в розвитку дає змогу визначити найбільш доцільні шляхи вдосконалення освітнього процесу [20]. Як основа дослідження професійної підготовки, системний підхід дозволяє обрати найбільш раціональну структуру її побудови, скласти чітку картину взає-

модії та зв'язку її складових, розглянути освітній процес як цілісне явище. У навчанні сімейних лікарів системний підхід дає змогу розкрити цілісність, послідовність і наскрізність їхньої професійно-медичної та психолого-педагогічної підготовки, а також визначити механізми, що забезпечують її ефективність у ВНЗ медичного профілю, виявити її структуру, взаємозалежність і зумовленість компонентів, загальні особливості проектування, організації та вдосконалення.

Актуальність *аксіологічного* підходу визначається, передусім тим, що в сучасній освіті відбувається виокремлення та формування системи ціннісних орієнтацій як основи поведінки, стосунків, свідомості учасників освітнього процесу. До універсальних загальнолюдських цінностей С. Анісімов [9], М. Каган [123], А. Кир'якова [133], В. Сластьонін [285] відносять: життя в усіх його проявах; людину як найвищу цінність буття з комплексом гуманістичних якостей (любов, добро, спілкування, щастя, гідність тощо); пізнання та його компоненти (інформація, знання, культура, істина, засіб самовираження); красу, форми і способи її створення та прояви (мистецтво, творчість, прекрасне у природі, естетика праці та побуту); працю та її аспекти (засіб існування та самовдосконалення, джерело пізнання та радості, основа творчості та можливості самореалізації, основа професії); Батьківщину як умову існування особистості (форма вираження національної самосвідомості, умова дотримання соціальної справедливості, дотримання прав і свобод людини, гарантія безпеки і миру).

Важливість цього підходу для нашого дослідження визначається тим, що ціннісні орієнтації, як складова світогляду особистості, є важливим чинником її професійного становлення, що забезпечують їй кращу адаптацію до сучасних умов [21, с. 79]. У процесі професійної підготовки вони передусім впливають на мотиваційну сферу майбутнього фахівця та, відповідним чином, проектуються на розвиток його професійної культури та поведінки у процесі професійної діяльності. Слід враховувати, що ціннісні орієнтації та потребнісно-мотиваційна сфера особистості є взаємозалежними й детерміновані морально-соціальними нормами, які регулюють її діяльність [266, с. 69, 175]. Сучасні педагогічні цінності ґрунтуються на принципах демократизації, гуманізації, варіативності, диференціації та

інтеграції, національного характеру, творчого підходу до освітньої діяльності тощо. Їх реалізація в навчально-виховному процесі здійснюється через формування ціннісного ставлення до людини та визнання її розвитку провідним завданням освіти й виховання, забезпечення можливостей особистості щодо самовизначення, самоорганізації й самореалізації [346, с. 26]. Репрезентація та інтерпретація професійних цінностей в освітньому процесі дає можливість майбутнім фахівцям сформувати у себе їх систему відповідно до своїх потреб та інтересів.

Отже, у контексті нашого дослідження аксіологічний підхід дає змогу аналізувати процес педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів через формування у них ціннісного ставлення до змісту і результатів своєї діяльності. Він передбачає орієнтацію сучасного медичного працівника, а відтак сімейного лікаря, на загальнолюдські, національні та професійно-педагогічні цінності.

Цінності особистості, в тому числі професійні, передусім ґрунтуються на ідеях гуманізму. Формування ціннісної системи молодих фахівців відповідно до визначених Українською державою мети і пріоритетів освіти є важливою умовою реалізації гуманістичної парадигми особистісно орієнтованої освіти [217; 218]. У контексті лікарської професії вважаємо основоположним *гуманістичний підхід* до професійної підготовки медиків, спрямований на формування в них «особливої, власне людської форми ставлення до навколишнього світу і самих себе, своєї власної діяльності в ньому» [224, с. 54]. Відображаючи соціальну функцію медицини, гуманізм становить найважливішу характеристику професійної діяльності лікарів і виявляється в їхньому активному прагненні присвятити себе хворим і, долаючи труднощі, використати всі можливості для відновлення й охорони здоров'я людей, не спричиняючи їм додаткових страждань діями і словами [140, с. 80].

У світлі гуманістичного підходу сенс і зміст освіти трактується як необхідна умова самовираження і самоствердження особистості, надання їй можливості найбільш повно й адекватно відповідати природі людського «Я» [150, с. 36]. Його функція полягає в оптимізації взаємин людини і суспільства, трансляції культурних цінностей, норм, ідеалів тощо для забезпечення духовного розвитку нації. Таким чином, гуманізація освіти спрямована на розвиток особистості як суб'єкта

діяльності, пізнання та спілкування [71]. Вона стосується усіх ланок освітнього процесу (змісту, організації, управління) і передбачає відмову від авторитарної педагогіки і прийняття гуманістичних ідеалів, які стверджують повагу до особистості. Гуманістичні зміст, форми і методи навчання та виховання мають забезпечувати розкриття індивідуальності майбутніх фахівців і створювати умови, за яких вони будуть особисто зацікавлені в опануванні професії.

Гуманістичний підхід стосовно педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів висуває проблеми розвитку в них виховання поваги до пацієнтів, прагнення до самовдосконалення. З цього випливає низка вимог до змісту їхньої професійної освіти, серед яких відзначимо: виявлення нових областей педагогічного і психологічного знання, розроблення творчих завдань для формування здібностей і втілення можливостей студентів у професійній діяльності в галузі сімейної медицини, спрямування всіх компонентів навчання сімейного лікаря на людину як головну цінність. Реалізація гуманістичного підходу в процесі педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів вимагає розроблення нових технологій організації різних видів навчальної діяльності, які насамперед повинні забезпечувати паритетність стосунків між суб'єктами навчального процесу, заснованих на співробітництві, а також поєднання індивідуальних і групових форм навчання, покликаних цілеспрямовано формувати педагогічну компетентність студентів.

Основи *особистісно-діяльнісного підходу* в освіті закладені у працях І. Беха [29], Є. Бондаревської [41], Е. Зеєра [105], Л. Мітіної [209], О. Пехоти [242], В. Рибалки [264], А. Хуторського [340], І. Якиманської [368], котрі слушно стверджують, що професійна підготовка має розглядатися в єдності особистісного та діяльнісного компонентів. Особистісний компонент передбачає, що в центрі навчання знаходиться індивід з його мотивами, цілями, індивідуальними особливостями, який потребує визнання унікальності його особистості, її інтелектуальної і моральної свободи, права на повагу. Діяльнісний компонент відображає взаємодію викладачів і студентів та передбачає вивчення способів і засобів професійної діяльності. Він має створити умови для активної позиції суб'єкта діяльності, завдяки чому відбуватиметься свідоме, міцне засвоєння ним певного досвіду.

Як сукупність вихідних теоретичних положень і концептуальних уявлень про особистість і методико-психодіагностичних засобів, що сприяють її цілісному розумінню, вивченню та гармонійному розвитку в умовах чинної системи освіти [242, с. 43-44; 264, с. 12], особистісно-діяльнісний підхід спрямований на: забезпечення розвитку особистості через організацію її діяльності; єдність взаємозв'язку і взаємопереходу особистісної та предметної сторін діяльності; підпорядкування освіти на кожному рівні розвитку особистості її інтересам і здібностям; формування уявлення про навчально-пізнавальну діяльність як особистісно значущу [20]. Таким чином, основним положенням цього підходу є визнання провідної ролі діяльності у процесі навчання особистості, в тому числі професійного.

Психологічними засадами особистісно-діялісного підходу є обґрунтовані С. Рубінштейном особистісний принцип діяльності, положення про діялісну природу людини крізь призму ідеї суб'єктності, характеристику діялісності як прояву активності суб'єкта в системі його суспільних відносин [265, с. 492]. Основними ознаками діялісності є її цілеспрямованість, перетворювальний характер, структурність, а також суспільний характер, плановість, тривалість. Вона пов'язана з розвитком особистості, яка формується, виявляється і вдосконалюється в діялісності. Під діялісністю розуміють процес активної, свідомо регульованої взаємодії людини з навколишнім середовищем. Формування педагогічної компетентності медичного працівника – процес пізнання, а всяке пізнання здійснюється через діялісність. Виходячи з цього, зміст і структуру педагогічної підготовки сімейних лікарів слід розглядати на основі діялісного підходу.

На думку Н. Талізної, знання завжди засвоюються через включення в певну діялісність [310]. Таким чином, особистісно-діялісний підхід до професійної підготовки передбачає, що засвоєння фахових знань має відбуватися як процес їх застосування для вирішення теоретичних і практичних професійних завдань, у якому знання є або об'єктом пізнавальної діялісності, або складають її орієнтовну основу. Для професійної підготовки провідною є навчальна та пізнавальна діялісність студентів, спрямована не лише на формування їхньої індивідуальності, а й на всі інші види діялісності.

Стосовно нашої проблематики особистісно-діяльнісний підхід спрямований на реалізацію у вищих медичних навчальних закладах індивідуальних траєкторій професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів, методів самопроекування та самоконтролю на основі актуалізації механізмів самореалізації, самовиховання, необхідних для неперервного професійно-особистісного розвитку [353, с. 4-5].

Особистісно-діяльнісний підхід до педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у процесі навчання у ВНЗ розглядає особистість медика в його професійній діяльності, дає можливість по-новому підійти до вирішення проблеми оптимально ефективного отримання знань, умінь та їх застосування, раціонального співвідношення теорії і практики. Його використання у нашому дослідженні спрямоване на забезпечення професійно-особистісної готовності майбутніх медичних працівників до діяльності у галузі сімейної медицини і виражається у високому професіоналізмі як у медичній, так і у психолого-педагогічній сфері.

Методологічні аспекти *компетентнісного підходу* розробили зарубіжні дослідники: Дж. Берч, Дж. Каллаган, А. Кларк, Д. МакКлелланд [384], Д. Міллс, Дж. Равен [386], С. Спенсер [292], С. Робінс [387], Дж. Хантер, Г.-Х. Хофманн [337], А. Шелтен [355], Р. Уайт [395], С. Уіддет [322]; російські вчені В. Байденко [15], В. Болотов [38], Б. Гершунського [59], Е. Зеєр [105], І. Зимняя [108], Н. Кузьміна [161], А. Маркова [195], В. Сластьонін [288], Г. Селевко [270], Ю. Татур [313], А. Хуторський [339; 341], С. Шишов [358] та ін. Цій проблемі присвячені праці Н. Бібик [35], Р. Гуревича [75; 77], А. Гуржія [77], О. Дубасенюк [92], О. Пометун [255], С. Сисоєвої [278] та багатьох інших українських учених. Узагальнення їхніх думок дозволяє стверджувати, що компетентність визначає ступінь практичної реалізації сукупності знань, умінь та особистісних якостей, спроможність мобілізувати наявні знання та досвід, емоції та волю для вирішення конкретних проблем [355]. Основними ознаками компетентнісного підходу є:

- загальносоціальна й особистісна значущість знань, умінь, навичок, якостей і способів продуктивної діяльності, що формуються під час здобуття освіти;
- формування компетентностей як сукупності смислових орієнтацій, що базуються на ґрунті національної та загальнолюдської культури;

– створення ситуацій для комплексної перевірки вмій практичного використання знань і набуття життєвого досвіду;

– інтегративність характеристики особистості, котра пов'язана з її здатністю вдосконалювати набуті знання, вміння та способи діяльності у процесі соціалізації та накопичення досвіду життєдіяльності [118].

Компетентнісний підхід передбачає спрямованість освітнього процесу на формування професійної компетентності майбутнього фахівця як інтегрованої характеристики, що охоплює знання, вміння, навички, особистісні якості, досвід діяльності й моделі поведінки, котрі має опанувати студент у процесі професійної підготовки для подальшої успішної діяльності. Формування професійної компетентності не лише забезпечить якісне вирішення професійних завдань, а й сприятиме самоорганізації особистості та діяльності фахівця, виявленню й розвитку його творчого потенціалу [266, с. 77]. Цей підхід підсилює практичну зорієнтованість освіти, висуваючи на перший план уміння вирішувати життєві та професійні проблеми, тобто акцентує увагу на результатах освіти.

На нашу думку, професійна компетентність інтегрує теоретичну та практичну готовність особистості до діяльності та характеризує її професіоналізм. Враховуючи це, компетентнісний підхід у професійній освіті дозволяє перейти від орієнтації на відтворення знань до їх застосування; зробити пріоритетними міждисциплінарно-інтегровані вимоги до результату освітнього процесу; більш тісно пов'язати цілі навчання з конкретними знаннями, вміннями, навичками, необхідними для розв'язання практичних завдань професійної діяльності; орієнтувати навчальну активність студентів на широке розмаїття професійних і життєвих ситуацій [15; 337; 351]. Таким чином, застосування компетентнісного підходу забезпечує оптимізацію підготовки фахівців шляхом створення найбільш раціональних технологій навчання, спрямованих на скорочення часу і зусиль суб'єктів освітнього процесу для одержання необхідної компетентності [198, с. 50].

Щодо навчання майбутніх сімейних лікарів, компетентнісний підхід дає змогу підсилити практичну складову їхньої підготовки, підкреслює роль досвіду, здатності реалізовувати професійні та педагогічні знання й уміння, акцентує увагу

на реальних результатах освіти, спроможності медичного працівника вирішувати життєві й професійні проблеми, готовність діяти у складних, непередбачуваних ситуаціях, а також важливості розвитку в майбутнього сімейного лікаря професійно важливих особистісних якостей. Це забезпечує підготовленість випускників медичних ВНЗ до самостійного виконання професійної діяльності, а також поліпшує зв'язок навчання у ВНЗ із завданнями охорони здоров'я населення.

Реалізація компетентнісного підходу в процесі педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів передбачає формування їхньої педагогічної компетентності як професійно значущої якості, сутність якої полягає у зв'язках між вміннями й навичками медичних працівників та успішним виконанням певного професійного завдання в реальній життєвій ситуації, пошуку рішень для усунення труднощів, що виникають під час професійної діяльності. Це сприятиме формуванню вищого рівня готовності майбутніх лікарів до професійної діяльності. Варто відзначити, що важливим компонентом компетентності лікаря сімейної медицини, разом із професійно-медичним і психологічним, є педагогічний.

Ефективні заходи щодо «занурення» студентів у професію під час освітнього процесу пропонуються за допомогою реалізації *контекстного підходу* в професійній підготовці. Основною категорією контекстного навчання є лексема «контекст» (лат. *contextus* – тісний зв'язок, сплетення), що позначає відносини, оточення, зв'язок речей і явищ. У логіці та методології науки контекст розуміють як окреме міркування, фрагмент наукової теорії або теорію в цілому [326, с. 274]. Від кінця минулого століття це поняття набуває педагогічного значення: поєднання, цілісність, що пов'язує та пояснює явища, події, факти і відображає вплив умов майбутньої професійної діяльності фахівця на суть, процес і результат його навчальної діяльності. Е. Джонсон відзначає, що мета контекстного викладання та учіння – допомагати студентам побачити смисл у матеріалі, який вивчається, знаходити його зв'язки з особистим, соціальним, професійним і культурним життям [381]. Перехід від навчання до професійної діяльності може бути реалізованим через «професійний контекст» – сукупність предметних завдань, організаційних, технологічних форм і методів діяльності, ситуацій соціально-психологічної взає-



модії, притаманних певній галузі [57, с. 34]. У системі контекстного навчання виокремлюють декілька компонентів: налагодження змістових зв'язків; виконання значущої діяльності; саморегульоване навчання; співпраця в навчанні; критичне та творче мислення; виховання особистості; досягнення високих результатів; адекватне оцінювання [381]. Водночас зазначимо, що дослідники, на наш погляд, не створили повноцінної методики контекстного навчання, а переважно обмежуються лише загальними характеристиками, керівними вказівками і вимогами.

Найбільш повно обґрунтував контекстний підхід А. Вербицький, котрий запропонував зробити пізнавальну діяльність студентів адекватною професійній, до якої готується фахівець. Ця ідея спирається на діяльнісну теорію, відповідно до якої засвоєння соціального і професійного досвіду майбутніх фахівців здійснюється в результаті їхньої активної діяльності [48, с. 8-12]. З цього випливає, що формування педагогічної компетентності майбутніх медичних працівників має відображатися в діяльнісних аспектах їхньої професійної підготовки і передбачати: послідовну навчальну, квазіпрофесійну, навчально-професійну діяльність студентів; засвоєння студентами знань у змодельованих професійних ситуаціях; застосування збалансованого поєднання індивідуальних і групових форм навчання; відображення процесів, які відбуваються в медичній сфері; інтеграцію професійно-медичної та психолого-педагогічної діяльності студентів. Відповідно до проблеми нашого дослідження, професійний контекст передбачає педагогічні завдання, форми і методи професійно-педагогічної діяльності, ситуації соціально-психологічної взаємодії, характерні для фахівців галузі сімейної медицини.

На нашу думку, контекстний підхід є таким, що допомагає інтегрувати інші підходи. Його впровадження в освітній процес медичних університетів сприятиме ефективному формуванню педагогічної складової професійної компетентності майбутніх сімейних лікарів, що стане запорукою їхньої успішної діяльності. Усі методологічні підходи спрямовані як на підвищення загальної підготовленості студентів до професійної діяльності, так і на формування в них готовності до виконання педагогічних функцій, що розглянуті в наступному підрозділі.

## **1.2 Сутність педагогічної складової та педагогічні функції у професійній діяльності сімейного лікаря**

У системі медичної освіти України нині здійснюється низка заходів з її модернізації, зокрема у вищих навчальних закладах. Посилюється увага до теоретичної та практичної підготовки майбутніх лікарів з дисциплін, які становлять предмет їхньої професійної діяльності. Удосконалення освітнього процесу в медичних ВНЗ передбачає оновлення змісту і методів навчання, в результаті якого висококваліфікований медичний працівник повинен оволодіти достатнім обсягом знань, умінь і навичок, у тому числі психолого-педагогічних, для того, щоб планувати, здійснювати й оцінювати заходи, необхідні для профілактики патологій і захворювань, ранньої діагностики та ефективного лікування пацієнтів.

Професійна діяльність сімейних лікарів має певні особливості, оскільки спрямована на обслуговування та задоволення потреб людей. Суспільна значущість і складність професійних обов'язків медичних працівників вимагає високого рівня їхньої підготовки, фундаментальних знань із теорії та практики медицини, опанування навичок, тактики, методів і прийомів медичної діяльності, методів наукового пізнання та формування наукового світогляду. Щоб зрозуміти завдання педагогічної підготовки сімейного лікаря та визначити структуру його педагогічної компетентності необхідно проаналізувати педагогічну складову в його діяльності та виявити відповідні педагогічні функції. Зазначимо, що для нього характерні такі основні види робіт: діагностична, практична, профілактична; функції: проєктивна, організаторська, виконавська. Відповідно, види його професійної діяльності можемо інтерпретувати як: діагностично-прогностична, лікувальна, профілактична, психолого-коригувальна, пропагувально-просвітницька, аналітично-дослідницька, організаційно-операційна, оцінювально-рефлексивна.

У матеріалах Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, прийнятих у 1996 р., визначаються такі завдання діяльності медичних працівників:

- допомога людині у визначенні та досягненні фізичного, розумового, соціального здоров'я і благополуччя у тісному зв'язку із соціальним та екологічним оточенням людини;

- сприяння зміцненню та збереженню здоров'я;
- максимальна участь самої людини в піклуванні про своє здоров'я;
- попередження (профілактика) порушень стану здоров'я пацієнта.
- полегшення або зведення до мінімуму негативної дії слабкого здоров'я чи хвороби на особистість;
- задоволення потреб людей у фізичній, емоційній або соціальній підтримці у випадку хвороби, нездужання чи смерті [275].

Згідно з державними нормативними документами [102; 142; 143; 257] одним із видів медико-профілактичної діяльності медичних працівників є навчання пацієнта та його родини з питань підтримки здоров'я в різні вікові періоди, догляду і самогляду, профілактики загострень захворювань, ускладнень, травматизму, розроблення та здійснення освітніх програм щодо здорового способу життя.

На X Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій (2009 р.) було прийнято Етичний кодекс лікаря України, моральні засади якого узгоджені з положеннями Міжнародного кодексу лікарської етики, Гельсінкської декларації, Загальної декларації про геном і права людини та Конвенції про захист прав та гідності людини з огляду на застосування досягнень біології та медицини. Цим кодексом визначено головну мету професійної діяльності лікаря, яка полягає в збереженні та захисті життя та здоров'я людини. У контексті нашого дослідження привертають увагу такі зазначені в кодексі аспекти професійної діяльності лікарів:

- лікар зобов'язаний своєю поведінкою та іншими доступними йому засобами (лекції, бесіди, ЗМІ, Інтернет тощо) пропагувати здоровий спосіб життя і бути прикладом у дотриманні його норм і правил;
- дії лікаря повинні бути спрямовані на досягнення максимальної користі для життя і здоров'я пацієнта, його соціального захисту; лікар має враховувати персональні особливості пацієнта, стежити за його оцінкою свого стану;
- добровільну згоду пацієнта на обстеження та лікування лікар повинен одержати під час особистої розмови з ним; хворого необхідно обов'язково поінформувати про методи лікування, наслідки їхнього застосування, можливі ускладнення, а також альтернативні методи лікування;

- під час лікування дитини або хворого, який перебуває під опікою, лікар зобов'язаний надавати повну інформацію його батькам або опікунам, одержати їхню згоду на застосування методу лікування або лікарського засобу;
- лікар повинен поважати честь і гідність пацієнта, його право на невтручання в особисте життя, ставитися до нього доброзичливо, з розумінням сприймати занепокоєння рідних і близьких станом хворого [96].

У Положенні про лікаря загальної практики / сімейного лікаря серед його професійних завдань і обов'язків привертають увагу такі: проводить комплекс профілактичних, діагностично-лікувальних і реабілітаційних заходів для всіх вікових груп, стосовно всіх видів захворювань і пошкоджень відповідно до кваліфікаційної характеристики фахівця за спеціальністю «загальна практика (сімейна медицина)», надає термінову медичну допомогу у випадку невідкладних станів і травматичних ушкоджень, сприяє у вирішенні медико-соціальних проблем сім'ї; проводить санітарно-освітню роботу з виховання населення щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я членів сім'ї, само- і взаємодопомоги; надає консультативну допомогу родинам із питань планування сім'ї, етики, психології, гігієни, соціальних аспектів сімейного життя, виховання дітей, їхньої підготовки до дитячих дошкільних закладів, шкіл і профорієнтації, веде «школу батьків»; веде активну роботу щодо поширення медичних знань серед населення, пропаганди здорового способу життя, запобігання захворювань; дотримується принципів медичної деонтології [256]. Оскільки виконання лікарських функцій пов'язане зі спілкуванням із пацієнтами, а також у більшості випадків із комунікативною взаємодією із їхнім найближчим оточенням (сім'єю), в цьому документі подано окремий розділ, присвячений взаєминам, які лікар має вміти налагоджувати [256].

Викладені положення свідчать про те, що суспільна значущість роботи медичних працівників, відповідальність, складність і багатоаспектність їхніх професійних обов'язків вимагають від них не лише високого рівня професійної підготовки, фундаментальних знань теорії та практики медицини, опанування навичками, тактикою, відповідними методами і прийомами лікарської діяльності, а й передбачають володіння знаннями, вміннями і навичками, спрямованими на налаго-

дження довірливих взаємовідносин із пацієнтом і співпраці з ним, його близькими й родичами, сприяння усвідомленню й реалізації відповідального ставлення пацієнта до процесу обстеження та лікування, профілактики загострення хвороби тощо, викладення інформації доступною, зрозумілою для пацієнта мовою, з урахуванням його стану, особливостей і культурного рівня, що забезпечить найкраще надання медичної допомоги. Як бачимо, проаналізовані документи дають чіткі орієнтири педагогічної складової професійної діяльності медичних працівників.

Знання людини, її почуття і здатність до мислення виявляються, розвиваються і формуються в діяльності [10]. Будь-яка діяльність охоплює кілька етапів: фіксування потреби, визначення мети, проектування шляхів її досягнення, виконання необхідних дій, рефлексивна оцінка діяльності. Згідно з теорією діяльності О. Леонтьєва, види діяльності розрізняються залежно від об'єкта її спрямування [173]. Зважаючи на це, зміст професійної діяльності лікарів визначається їхніми обов'язками щодо покращення стану пацієнтів і способами їх виконання. Таким чином, робота сімейного лікаря спрямована на задоволення потреб пацієнта щодо здоров'язбереження шляхом надання йому кваліфікованої медичної допомоги, що передбачає педагогічну складову його професійної діяльності, яка, за нашими міркуваннями, охоплює:

- терапевтичне навчання пацієнта та його родини з питань підтримки здоров'я, догляду і самогляду, уникнення ускладнень, травматизму;
- налагодження міжособистісної педагогічної взаємодії та довірливих відносин із пацієнтом і співпраці з ним, його близькими та родичами;
- профілактичну медико-роз'яснювальну роботу та виховання в пацієнтів усвідомленого ставлення до збереження свого здоров'я;
- проектування та управління освітньою діяльністю пацієнтів; розроблення та реалізація освітніх програм;
- діагностику і контроль за освітньою діяльністю пацієнтів та їхніх сімей;
- педагогічну рефлексію та самонавчання лікаря.

Неготовність до реалізації хоча б однієї з цих складових суттєво знижує ефективність соціально-педагогічної діяльності сімейного лікаря та лікувально-

профілактичного процесу загалом. Розгляньмо детально найбільш важливі з них для нашого дослідження.

*1. Терапевтичне навчання пацієнта та його родини з питань підтримки здоров'я, догляду і самогляду, уникнення ускладнень, травматизму.*

Задоволення потреб пацієнтів із різних верств і вікових категорій населення щодо здоров'язбереження передбачає їх ознайомлення із сучасними способами профілактики, діагностування та лікування хвороби, визначення програми обстеження та лікування та переконанні в її ефективності, практичну реалізацію цієї програми, рефлексію виконаних дій. Мета навчання полягає в передачі знань, виробленні вмінь, розвитку здібностей їх активного та правильного застосування під час самогляду [81]. Це вимагає від медичного працівника спеціальних і психолого-педагогічних знань про здоров'я, способи його охорони, а також володіння методами навчання різних груп людей знань і вмінь щодо його збереження. Реалізація педагогічних цілей загальної практики відбувається за допомогою парного, групового, колективного навчання пацієнтів і навчання в малих групах. Як зазначає С. Ахмерова [12], у медичній практиці виокремлюють два основних типи учіння: метод проб і помилок і свідоме оволодіння знаннями.

Ефективним є терапевтичне навчання хворих, як комплекс цілеспрямованих дій щодо допомоги управління своїм лікуванням, запобігання загострень і відтермінування розвитку можливих ускладнень. Воно передбачає врахування психологічного середовища, в якому перебуває пацієнт, є частиною його життєдіяльності та стосується його родини і найближчого оточення. Якісне терапевтичне навчання має включати не лише необхідне інформування хворого, а й обов'язкову психологічну підтримку як пацієнта, так і тих людей, що його оточують. Важливість педагогічної психотерапії у лікарській професії відзначав В. Бехтерев, підкреслюючи, що цей вид лікувально-профілактичної діяльності, ймовірно, найбільш повно реалізує принцип «зцілення через свідомість» [30]. Для лікаря загальної практики – сімейної медицини це означає доброзичливо і терпляче неодноразово повторювати інструкції, положення, які допоможуть хворим позбавитися тривожності, помилок у своїх судженнях щодо здоров'язбереження, шкідливих звичок, страху

перед можливим загостренням захворювання тощо. Ці методи є дієвими під час надання медичної допомоги хворим, які потребують інструктажу для розвитку знань і вироблення потрібних навичок.

У науково-медичній літературі педагогічна психотерапія, що ґрунтується на досягненнях медицини, гігієни, психології, педагогіки й ораторського мистецтва, вважається вищим ступенем раціональної психотерапії (В. Шабалін [349]). Вона стимулює обох учасників терапевтичного навчання – і медичного працівника, і пацієнта, – до високопродуктивної, творчої взаємодії, сприяє становленню критичного медичного мислення, допомагає лікарю краще зрозуміти стан пацієнтів. Аналіз цього методу, здійснений В. Осиповою та І. Тарасовою [231], свідчить, що він дає додатковий терапевтичний ефект паралельно з іншими спеціальними лікувальними методами (фармакологічними, фізіотерапевтичним тощо), а саме: сприяє покращенню життя пацієнтів з хронічним захворюваннями, підвищує якість догляду за ними (оскільки пацієнти з тяжкими станами захворювання також використовують ці знання), а також дозволяє зменшити витрати медичних закладів і самих пацієнтів. Окрім того, педагогічна психотерапія сприяє виробленню гнучкості й оперативності клінічного мислення медиків, розширяє арсенал комплексної терапії, дозволяючи таким чином вирішувати найбільш актуальні проблеми інтенсивного лікування і профілактики. Таким чином, педагогічна терапія є важливою ланкою педагогічної діяльності медичного працівника; як природне продовження раціональної психотерапії, вона цілком відповідає сучасним завданням психоневрології та соматички [272].

Отже, терапевтичне навчання можна розглядати як зорієнтований на пацієнта освітній процес, що має враховувати низку чинників, серед яких відзначимо: адаптивність пацієнта, зумовлену його соціально-культурним рівнем, тобто здатність управляти своєю діяльністю щодо здоров'язбереження, контролювати ситуацію, свідомо ставитися до свого здоров'я; суб'єктивні й об'єктивні потреби пацієнта незалежно від ступеню та способу їх вираження. Застосування цього методу в практиці сімейної медицини дозволяє надавати хворим суттєву і важливу для них інформацію, застерігати їх від помилок, сильних переживань, зменшити рі-

вень тривожності й страху щодо свого стану здоров'я, обґрунтовано навіювати оптимізм стосовно перспектив лікування, соціально активувати хворих.

*2. Налагодження міжособистісної педагогічної взаємодії та довірливих відносин із пацієнтом і співпраці з ним, його близькими та родичами.*

Зазначимо, що практично вся діяльність сімейного лікаря реалізується у процесі міжособистісної взаємодії з пацієнтом та членами його родини, причому ця взаємодія, як правило, має комунікативний характер. У сучасній психології актуалізується ідея єдності спілкування й діяльності: люди не просто спілкуються у процесі виконання різних функцій, вони завжди спілкуються під час певної діяльності та з приводу неї. У такому випадку єдність спільної діяльності й спілкування тлумачиться як рушійна сила розвитку [109]. Спілкування організує та збагачує діяльність: побудова плану спільної діяльності потребує від учасників розуміння її цілей, завдань, усвідомлення специфіки її об'єкта і навіть можливостей кожного [172, с. 116]. Спілкування також дозволяє узгодити дії індивідів завдяки функції «зворотнього впливу спілкування на діяльність» [229]. Досягнення взаєморозуміння забезпечують внутрішні ресурси особистості, за допомогою яких вона конструктивно спілкується під час міжособистісної взаємодії у професійній сфері [266, с. 41]. Ці положення актуальні для нашого дослідження, оскільки дозволяють розглядати спілкування в професійно-педагогічній діяльності сімейного лікаря як один із найбільш дієвих інструментів для розв'язання освітніх завдань.

Аналіз досліджень із проблем професійно-педагогічного спілкування [18; 36; 126; 174 та ін.] у контексті діяльності лікаря сімейної медицини дозволив виокремити його структуру, яка охоплює: моделювання комунікативного процесу під час підготовки до педагогічної діяльності; організацію безпосереднього спілкування в момент первинної взаємодії з пацієнтами; управління міжособистісним спілкуванням під час педагогічного процесу; аналіз досягнутих у процесі комунікативної взаємодії результатів.

Специфічною рисою комунікативної взаємодії під час лікувально-профілактичного процесу є провідна роль у ньому лікаря [5]. Спілкування як компонент педагогічної діяльності сімейного лікаря не має зводиться до практичних



занять і просвітницьких бесід із різними категоріями населення, а синтезувати різні форми комунікативної взаємодії, в яких він має виявляти себе і лікарем, і педагогом, і психологом [312]. Щоб досягнути педагогічної мети, спілкування має бути інтелектуальним та емоційним, повністю захоплювати увагу слухачів. Практики порівнюють уміння медичного працівника конструктивно провести бесіду з хворим із мистецтвом.

*3. Профілактична медико-роз'яснювальна робота та виховання в пацієнтів усвідомленого ставлення до збереження свого здоров'я.*

Особливо актуальним завданням загальної практики – сімейної медицини вважаємо залучення населення до здорового способу життя, виховання у пацієнтів усвідомленого ставлення до збереження свого здоров'я, що потребує від сімейних лікарів володіння теорією виховання, розуміння його цілей і завдань, уміння орієнтуватися в його змісті та формах. Це завдання корелює з таким напрямом педагогічної діяльності сімейного лікаря як профілактика захворювань і попередження загострень уже наявних патологій. Проведення санітарно-просвітницької роботи у сім'ях, дошкільних закладах, школах, інших установах та організаціях, зокрема на виробництві, пов'язаному із ризиком для здоров'я передбачає розв'язання як медичних, так і психологічних і соціальних проблем. Для ефективності цього процесу необхідно адекватно добирати засоби його виконання, найбільш дієві методи впливу, прогнозувати наслідки тощо з урахуванням психічних, вікових, розумових особливостей пацієнтів. У цих випадках здебільшого продуктивними є методи групової роботи. Таким чином, діяльність пацієнта щодо формування саногенної поведінки виступає об'єктом педагогічного впливу лікаря, а зміни, що відбуваються з пацієнтом, – його предметом.

Важливим аспектом роботи сімейного лікаря є співпраця із соціальною службою (соціальними працівниками) у проведенні медико-соціальної роботи – мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного та соціально-правового характеру, спрямованої на відновлення, збереження і зміцнення здоров'я. Її головна мета – досягнення максимально можливого рівня здоров'я, функціонування та адаптації осіб із фізичною і психічною

патологією, а також соціальним неблагополуччям. При цьому сімейний лікар бере участь у координації різних видів медико-соціальної роботи. Патогенетична медико-соціальна робота охоплює заходи щодо організації медико-соціальної допомоги населенню, проведення медико-соціальної експертизи, соціальної роботи в різних напрямках охорони здоров'я. Профілактична медико-соціальна робота передбачає проведення заходів із попередження соціально залежних порушень соматичного, психічного та репродуктивного здоров'я, формування здорового способу життя, забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я тощо [336, с. 354]

*4. Проектування й управління освітньою діяльністю пацієнтів; розроблення та реалізація освітніх програм.*

Сімейний лікар має управляти діяльністю пацієнтів, спрямовуючи її на формування переконань у необхідності й дієвості визначених способів їхнього лікування. Педагогічні аспекти у професійній діяльності сімейного лікаря виявляються в моделюванні навчальних ситуацій та управлінні діяльністю пацієнта під час їх вирішення з метою отримати бажані зміни в його поведінці. Так, лікарю як педагогові потрібно продумати приписи щодо лікування пацієнта, визначати умови їх реалізації, тобто варіювати наявність суворо визначених об'єктів, спрямовуючи таким чином розгортання освітньої діяльності пацієнта в лікувальному процесі в потрібне русло. Тут сімейному лікарю, безперечно, необхідні знання з педагогічного проектування та управління навчанням.

Успішність неперервної навчальної та виховної роботи сімейного лікаря серед населення забезпечується розумінням значущості кожного з її етапів. Виокремлюють п'ять етапів цієї роботи сімейного лікаря: діагностика початкового рівня знань і вмінь пацієнтів; постановка освітніх цілей, планування змісту і вибір методів навчання; практична реалізація поставлених навчальних, розвивальних і виховних завдань; педагогічний контроль; аналіз одержаних результатів, у разі потреби – коригування певного етапу [268]. У цих етапах чітко відображені педагогічні функції діяльності медичного працівника.

*5. Діагностика і контроль за освітньою діяльністю пацієнтів та їхніх сімей.*

Оскільки значна кількість положень психогієни і психопрофілактики потребують вироблення у пацієнтів стійких навичок, дотримання обов'язкових правил і виконання рекомендацій, сімейному лікарю потрібно проводити постійні діагностику та контроль за освітньою діяльністю пацієнтів та їхніх сімей (підопічних лікаря). Залежно від призначення розрізняють «методи збирання фактичного матеріалу, його теоретичної інтерпретації, скерованого перетворення», «методи діагностики, пояснення, прогнозування, корекції, статистичного опрацювання матеріалу тощо» [99, с. 89-90].

Результати діагностики на основі одержаних результатів використовуються для: аргументованих висновків про схильності, інтереси, задатки, усвідомлення та спрямованість пацієнтів; добору продуктивніших форми і методів безпосереднього й опосередкованого педагогічного впливу; координації та планування педагогічних дій; прогнозування та передбачення успішності подальших освітніх дій; підготовки рекомендацій і побажань; посилення вимог; прийняття управлінських рішень тощо. Для ефективного виконання цієї діяльності сімейний лікар має вільно володіти педагогічною діагностикою, методами оцінювання та контролю.

#### *6. Педагогічна рефлексія та самонавчання лікаря.*

Як розглянуто вище, професійна діяльність сімейного лікаря вимагає вміння глибоко аналізувати як власне медичні, так і соціальні ситуації, прогнозувати їх розвиток і можливі наслідки, будувати взаємини з усіма категоріями пацієнтів, володіти різними стилями спілкування, швидко орієнтуватись у ситуаціях соціальної взаємодії й обирати оптимальні прийоми впливу на пацієнтів з урахуванням їхніх психологічних особливостей тощо [318]. Для успішного виконання педагогічної складової професійної діяльності сімейний лікар має володіти, як ми переконалися, комплексом психолого-педагогічних знань і вмінь, що дозволять йому точно зорієнтуватися в характері пацієнта, зрозуміти особливості його мислення, морально-етичні та соціальні установки, що допоможе передбачити можливі реакції на лікувально-профілактичний процес і навчально-виховний вплив. Це потребує вміння лікаря аналізувати й оцінювати власну освітню діяльність, активно переосмислювати різні аспекти педагогічної складової роботи своєї роботи, зміст

власної педагогічної підготовки та суб'єктивних станів, проведеної навчально-вихованої діяльності з пацієнтами та ефективність власної педагогічної взаємодії, а також вивчати, адаптувати і застосовувати на практиці кращий досвід для її вдосконалення. Тому необхідно сформувати в майбутніх сімейних лікарів прагнення та здатність до рефлексії (не лише лікарської, а й педагогічної), потребу до постійного самовдосконалення як медика і педагога, психолога, наставника.

Педагогічну рефлексію розуміють як усвідомлення себе самого суб'єктом освітньої діяльності: своїх особливостей, здібностей, а також усвідомлення цілей та структури цієї діяльності, засобів її реалізації та вдосконалення [320, с. 20]. Вона виявляється у здатності до самопізнання, спонукання самого себе до діяльності, самореалізації [34]. Зазначимо, що медичні спеціальності, як і педагогічні априорі передбачають багаторічну багаторівневу професійну підготовку, самоосвіту та неперервне самовдосконалення протягом усього життя (*lifelong learning*). Сучасна концепція висуває на перший план інноваційне навчання – орієнтацію на оновлення, пошук проблем та їх рішень і його конвергенцію із зберігаючим типом навчання, спрямованим на ефективну діяльність у відомих ситуаціях [332, с. 151].

Таким чином, сутність педагогічної складової роботи сімейного лікаря детермінована особливостями його професійної діяльності, які полягають у тому, що: 1) психологічні та педагогічні знання, вміння, навички, а також педагогічні здібності та властивості особистості сприяють успішному психологічному та терапевтичному впливу на пацієнтів і дозволяють ефективно організувати лікувально-профілактичний процес, регулювати різні його аспекти [17, с. 10]; 2) медична практика потребує сформованої системи гуманістичних цінностей особистості (близьких для медика та педагога), а також обов'язкового усвідомлення її сенсу, змісту, засобів і способів виконання (лікарську рефлексію); 3) педагогічна діяльність лікаря передбачає проектування елементів освітнього процесу як невід'ємну та надзвичайно важливу частину лікувально-профілактичного процесу та, відповідно, педагогічну рефлексію, тобто обов'язкове осмислення всіх параметрів і чинників успішності освітньої діяльності; 4) психолого-педагогічний вплив на суб'єктів лікувально-профілактичного процесу потребує врахування закономірно-

стей конструктивної міжособистісної взаємодії та, відповідно їх усвідомлення й самоаналізу [238]; 5) виконання освітньої складової професійної діяльності вимагає здатності лікаря до емпатії, поваги до своїх пацієнтів, вміння переконувати їх у доцільності та необхідності певних процедур тощо.

Урахування педагогічної складової в структурі професійної діяльності сімейного лікаря дозволяє по-новому розуміти медичну діяльність, зокрема завдяки застосуванню новітніх методів проведення профілактичної роботи з населенням, способів і прийомів популяризації здорового способу життя тощо. Водночас у процесі освітньої діяльності лікаря відображаються його загальна, професійна, і педагогічна культура, розвиваються його здатність до педагогічного мислення, функціональна готовність, підвищується рівень професійної компетентності. Зважаючи на це, ми включили в методологічну основу дослідження компетентнісний і контекстний підходи до педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів.

Керуючись результатами аналізу педагогічної складової лікарської практики (діагностично-прогностичної, лікувальної, профілактичної, психолого-коригувальної, пропагандувально-просвітницької, аналітично-дослідницької, організаційно-операційної, оцінювально-рефлексивної), спираючись на розробки попередників [17 та ін.] вважаємо за доцільне виокремити такі *педагогічні функції діяльності сімейного лікаря* в лікувально-профілактичному процесі:

- *когнітивно-діагностична*, яка виявляється в тому, що передусім лікар має провести всебічне обстеження (не лише медичне, а й психолого-педагогічне) пацієнта, вивчити режим його праці й відпочинку, поведінку, домашні умови, а вже потім приступати безпосередньо до різних аспектів попередження, запобігання та, в разі потреби, діагностики та лікування захворювань;
- *інформаційно-роз'яснювальна* – передбачає пояснення особливостей хвороби та її наслідків, доцільності та дієвості приписів, режиму вживання ліків тощо, бесіди з пацієнтом і членами родини стосовно способу догляду за хворим;
- *консультативно-методична* – виявляється під час навчання пацієнтів прийомів самодогляду, способів проведення різних процедур, консультацій та вказівок щодо профілактики шкідливих звичок, загострення хвороби, інструкту-

вання та демонстрації послідовності виконання необхідних дій, особливостей самогляду пацієнтові або його родичам під час догляду за ним;

- *коригувально-контролювальна* – передбачає перевірку правильного виконання лікарських приписів і надання допоміжних інструкцій щодо коригування їх виконання, що свідчить про ефективність педагогічної роботи лікаря.

Педагогічна діяльність сімейних лікарів має організаційний характер і передбачає навчання пацієнтів і членів їхніх родин на всіх етапах лікувально-профілактичного процесу відповідно до вимог сучасної охорони здоров'я. Однією з важливих педагогічних функцій діяльності лікаря сімейної медицини є інформаційно-роз'яснювальна. Її реалізація передбачає взаємодію медичного працівника і пацієнта. У сучасній психології поняття «взаємодія» розглядається як безпосередня чи опосередкована дія суб'єктів один на одного, яка породжує їхню взаємозумовленість [68, с. 21]. Тобто, змістом будь-якої взаємодії є зв'язок, обмін (діями, предметами, інформацією тощо) і взаємний вплив, а її складовими – взаєморозуміння, взаємодопомога, співпереживання. Результати педагогічної діяльності медичних працівників великою мірою детерміновані характером дій їхніх пацієнтів. Оскільки сімейний лікар є провідним суб'єктом діяльності в умовах лікувально-профілактичного процесу, то саме на ньому лежить відповідальність за створення комфортної атмосфери взаємовідносин з об'єктами його впливу.

Інформаційно-роз'яснювальна педагогічна функція в діяльності сімейного лікаря тісно пов'язана з консультативно-методичною. Наприклад, під час надання інструкцій щодо вживання ліків чи прийому процедур дії лікаря підпорядковані досягненню мети – навчити пацієнта правильному режимові виконання приписів, переконати його в необхідності його дотримання для кращого результату лікування. У зв'язку з цим доречно навести приклад навчання батьків дитини, які невпевнені в потребі вакцинації. У цьому випадку сімейний лікар має не лише пояснити їм усі позитивні та негативні її наслідки, а й переконливо проілюструвати вагому роль щеплення у профілактиці захворювань, проте надаючи батькам право свідомого вибору.

Розглянемо декілька суттєвих, на наш погляд, засад педагогічної діяльності лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Педагогічна діяльність є складною багаторівневою цілісною системою, що розвивається, всі рівні якої функціонують, водночас доповнюючи та зумовлюючи один одного. За М. Бершадським [27], будь-яка система є не лише багаторівневою, а й поліструктурною, елементи якої взаємопов'язані з іншими соціальними явищами. Ураховуючи це, педагогові для розв'язання певного навчального завдання необхідно виокремити потрібний об'єкт із сукупності цих явищ, вивчити його, з'ясувати механізми його функціонування, виявити зв'язки і відносини між елементами. Такий підхід надасть можливість одержати уявлення про структуру об'єкта, спроектувати процес педагогічної діяльності, обрати оптимальні засоби і способи її виконання, тобто здійснювати її організацію та регулювання.

Провідну роль у плануванні та здійсненні освітнього процесу відіграє педагог. У цьому контексті розглядається проблема об'єкта педагогічної діяльності у психолого-педагогічній літературі. Як слушно стверджує О. Акімова, «об'єктом пізнання вчителя є педагогічна реальність, яка включає особистість учня, зміст, форми й методи навчально-виховного процесу, педагогічні ситуації та явища» [3, с. 18]. На думку В. Сластьонина, об'єкт педагогічної діяльності має дуальну структуру: з одного боку це учень з усіма виявами його життєдіяльності, а з іншого – притаманні педагогові елементи суспільної культури, які становлять «будівельний матеріал» для формування особистості учня [237]. Дуальність педагогічної діяльності, в якій необхідно діалектично поєднувати як мінімум дві діяльності – вчителя і учня, відзначав також В. Серіков [274]. Складність і суперечливість педагогічної діяльності полягає в тому, – підкреслював він, – що вона може розглядатися як сукупна діяльність конкретного вчителя і учня на тлі подій, що розвиваються навколо. О. Леонтьєв вважав, що педагог має зосередити увагу на зовнішній діяльності, оскільки саме під час її виконання відбувається розмикання кола внутрішніх психічних процесів, завдяки чому предметний світ активно проникає в це коло [174]. Відповідно до цього, вирішальне значення серед різноманітних видів педагогічної діяльності має планомірне будівництво системи дій педагога стосовно

об'єкта педагогічного впливу. Ефективна педагогічна діяльність передбачає здатність визначати її цілі, обирати оптимальні для її реалізації засоби, володіння широким спектром методів педагогічного впливу, вміння передбачати наслідки педагогічних дій, контролювати їх і співвідносити з поставленою метою [370]. Отже, свідоме виконання педагогічної діяльності не повинно обмежуватися визначенням її спрямованості та цільових установок. На нашу думку, сімейний лікар має обов'язково співвідносити свої дії з особистістю і потребами пацієнта.

Таким чином, поліструктурність і багаторівневий характер педагогічної діяльності потребують врахування особливостей особистості як об'єкта її впливу. Це зумовлено тим, що педагогічна діяльність належить до типу «людина – людина» і спрямована на розвиток особистості, що визначає механізми її функціонування і формування. Викладене дає підстави вважати точкою відліку дослідження педагогічної діяльності сімейного лікаря системний і особистісно-діяльнісний підходи.

У медичній практиці педагогічна діяльність сімейного лікаря має спрямовуватися на зміну поведінки пацієнта. Саме на цьому акцентується увага в зарубіжних дослідженнях, присвячених проблемам здорового способу життя. Зокрема, Дж. Рейнертсен зазначає, що трансформування негативної для здоров'я поведінки в позитивний бік удвічі знижує ризик захворювань; Ч. Вільямс підкреслює, що здорову поведінку необхідно формувати в людини з ранніх років, причому важливо починати цей процес ще у пренатальний період, тому що помилки в поведінці вагітної матері можуть згубно позначитися на здоров'ї дитини. На думку Г. Елріка та Л. Макдуела, ефективність профілактичного впливу безпосередньо залежить від уміння лікаря змінити на краще поведінку пацієнта.

Відповідно до об'єкта спрямування, педагогічна діяльність є мета-діяльністю, тобто скерованою на іншу діяльність (в нашому випадку – на діяльність пацієнта стосовно виконання певних дій щодо покращення свого здоров'я). Як зазначає В. Загвязінській [100], специфіка педагогічної діяльності полягає в тому, що вона є не лише соціально-управлінською за своєю природою, а, передусім, зорієнтована на перетворення інших. Тобто, педагогічна функція медичного працівника щодо розвитку в пацієнта саногенної поведінки передбачає його залу-



чення до спеціальної діяльності в цьому напрямі. Сімейний лікар має спонукати пацієнта до перегляду його ціннісних орієнтацій стосовно свого здоров'я.

Як свідчить аналіз медичної літератури, нині потреба керування цим процесом актуалізувала у всьому світі вивчення людської поведінки в контексті здоров'я, оскільки чимало хвороб сучасної цивілізації безпосередньо пов'язані з поведінкою та способом життя людини (наприклад, атеросклероз, гіпертонія, алкоголізм, СНІД та ін.). Одне з основних завдань педагогічної діяльності медичного працівника щодо збереження та зміцнення здоров'я пацієнтів полягає в розвитку їхньої здатності самостійно робити вибір правильної для здоров'я поведінки, здорового способу життя і профілактики захворювань. Пацієнт має бути максимально включений у процес активної діяльності щодо здоров'язбереження, оскільки це зміцнює його мотивацію щодо «самозабезпечення власного здоров'я» [268].

У процесі керування зміною поведінки пацієнта дослідники виокремлюють персональні (різноманітні характеристики особистості, стиль її життя, режим тощо), сімейні та соціальні (соціальна підтримка, соціальний статус) детермінанти, на які має зважати лікар, здійснюючи педагогічний вплив на пацієнта. Науковці-медики одноставно вважають, що навчання пацієнта має обов'язково враховувати сімейну ситуацію, оскільки родина для нього є найбільш значущим соціальним оточенням. Крім того, зазначимо, що хворі та їхні родичі потребують його уважності, чуйності, доброзичливості, щирого бажання допомогти. В особі пацієнта лікар передусім має бачити людину з її болем, переживаннями і тривогою за своє здоров'я. Загальновідомо, що будь-яка хвороба впливає на психічний стан людини. Характер цих відхилень може коливатися від слабо виражених невротичних і неврозоподібних до короткочасних психотичних розладів, що здатні істотно змінити клінічну картину захворювання. Сімейному лікареві потрібно це обов'язково враховувати, щоб визначити відповідний стиль спілкування з пацієнтом, обрати моделі своєї поведінки і способи лікування.

Важливо, щоб діяльність лікаря ґрунтувалася на загальнолюдських і професійних цінностях, передусім гуманістичних. З огляду на це, методологічно вагомими в нашому дослідженні є аксіологічний і гуманістичний підходи до педагогі-

чної підготовки майбутніх сімейних лікарів. Вони базуються на положенні сучасної парадигми еволюції про те, що знання про Людину в системі Світобудови є інтегруючим гуманітарним знанням, що детермінує все розмаїття знань і вчинків людини. Медичний працівник у процесі виконання педагогічної діяльності формується як її суб'єкт, відкриває в собі нові резерви щодо взаємодії з пацієнтом, що сприяє досягненню кращих результатів у профілактиці та лікуванні захворювань.

Ураховуючи нагальну суспільну потребу здоров'язбереження населення, покращення профілактики захворювань та якості лікувальних заходів, увага до педагогічної діяльності медиків, зокрема лікарів сімейної медицини, як до ефективного засобу вирішення цих проблем, в останні роки зростає. Значний поступ спостерігається в галузі навчання хворих на цукровий діабет, бронхіальну астму, артеріальну гіпертонію, хворобу Паркінсона тощо, адже щодо цих захворювань розроблені й успішно застосовуються різні навчальні програми, визначені різноманітні форми і методи терапевтичного навчання.

Для прикладу розглянемо ситуацію з такою досить розповсюдженою хворобою, як бронхіальна астма. Численні дослідження, проведені в різних країнах, свідчать: лише половина хворих на бронхіальну астму беззаперечно виконують рекомендації лікаря; у 74 % випадків госпіталізації людей з важкими формами астми цього можна було б уникнути за умов дотримання пацієнтами лікувального режиму. Тому міжнародні нормативні документи визнають невід'ємною частиною лікувальної діяльності хворих на бронхіальну астму їхнє навчання. Це допоможе їм контролювати свій стан і здійснювати планомірне лікування, розроблене лікарем для кожного пацієнта з урахуванням особливостей перебігу його захворювання. Необхідність залучення до навчання, спрямованого на глибше розуміння хвороби, навичок правильного використання антиастматичних препаратів, підвищення результатів лікування, а також поведінки пацієнта у випадку погіршення стану стосується як самого хворого на астму, так і членів його родини.

У багатьох країнах створюються спеціальні астма-школи, пульмо- та астма-клуби, астма-кабінети і відповідні навчальні програми. У Франції діють астмологічні консультації, у США поширені астма-клуби, у Німеччині найбільш популяр-

ні так звані «групи самопідтримки», а у Швейцарії – семінари з навчання хворих. В Україні успішно розвивається система астма-клубів і астма-шкіл [241, с. 50], куди запрошуюються пацієнти і батьки хворих на бронхіальну астму дітей (діти віком понад 3 роки, як показує досвід, вже здатні самостійно оволодіти найпростішими навичками самодопомоги). У групах загальною кількістю від 8 до 15 осіб протягом кількох тижнів медичні працівники проводять цикл семінарів.

Світовий і європейський досвід застосування освітніх програм доводить, що навчання пацієнтів позитивно впливає на терапевтичний процес. Результати ефективності різних методів навчання хворих на бронхіальну астму свідчать, що трьох освітніх занять може вистачити для суттєвого зменшення кількості пацієнтів, які повторно надходять у відділення інтенсивної терапії [204]. Одним із важливих досягнень астма-шкіл є налагодження самоконтролю пацієнта за перебігом хвороби і лікуванням [324].

Доцільно наголосити також на значенні педагогічного впливу медичного працівника у процесі навчання інсулінозалежних хворих на цукровий діабет власноруч робити ін'єкції. У цьому процесі лікар має звернути особливу увагу на волюв'язкість та фізичну активність пацієнтів, оскільки техніка виконання ін'єкцій інсуліну потребує навчання точних рухів, спеціальних навичок, усвідомлення необхідності такої форми самодогляду. У дослідженнях І. Глінкіної [63] доведено, що навчання пацієнтів на сучасному етапі розвитку діабетології сприяє успішному лікуванню хворих і ставиться на один щабель із дієтою, фізичними навантаженнями, самоконтролем і медикаментозною терапією.

Отже, відповідно до проблеми нашого дослідження ми розглядаємо педагогічні функції роботи сімейних лікарів як ключові завдання, що визначають повноцінну реалізацію ними всіх аспектів педагогічної діяльності. Формуванню сучасного розуміння реалізації медичної діяльності в галузі охорони здоров'я пацієнтів сприяють психолого-педагогічні знання і вміння, що надають лікарям більш адекватні уявлення про методи і технології лікувально-профілактичної роботи з різними групами населення, способи та прийоми популяризації здорового способу життя тощо. Для ефективної реалізації педагогічних завдань, майбутні лікарі за-

гальної практики – сімейної медицини мають одержати під час навчання у ВНЗ відповідну теоретичну і практичну психолого-педагогічну підготовку, поглиблювати її в системі безперервної освіти, зокрема у процесі підвищення кваліфікації, вдосконалювати в подальшій професійній діяльності. Упровадження педагогічної підготовки у процес навчання майбутніх сімейних лікарів забезпечить отримання ними професійно важливої інформації не лише щодо лікування пацієнтів, а й щодо підвищення ефективності профілактичної роботи. Їхні педагогічні знання і вміння сприятимуть формуванню логічного мислення, рефлексії професійних дій, здатності до передбачення в галузі охорони здоров'я тощо. На наш погляд, важливими складовими педагогічної підготовки сімейного лікаря є, зокрема, знання психологічних особливостей пацієнтів, а також накопичений досвід взаємодії з хворими та їхніми родичами, соціальною службою, який сприяє одужанню пацієнтів і розвитку творчого потенціалу медичного працівника. Усі ці та інші аспекти становлять компоненти педагогічної компетентності сімейного лікаря.

### **1.3 Структура педагогічної компетентності сімейного лікаря**

Як показано в попередньому підрозділі професійна діяльність лікарів загальної практики – сімейної медицини потребує здатності та готовності до виконання низки специфічних функцій педагогічного спрямування. Відповідні соціально та професійно важливі якості фахівців медичного профілю нині розглядають крізь призму компетентнісного підходу та поняття «професійна компетентність».

Для того, щоб розкрити сутність цього поняття в контексті педагогічної підготовки сімейного лікаря, проаналізуємо терміни «компетентність» і «компетенція». Зауважимо, що нині їх обґрунтовано розмежовують, спираючись на аналіз змісту англійських термінів «*competence*» – «здатність, вміння», і «*competent*» (компетентність) – «повноправний, правомочний, встановлений, законний» [190]. Стосовно розмежування цих понять у професійній педагогіці звернемося до авторитетних досліджень у цій галузі. Наприклад, за В. Ледньовим, терміном «компетенція» позначається співвідношення між знанням і дією в людській практиці [69, с. 59]. Е. Зеєр визначає компетенцію як інтегративну цілісність знань, умінь і на-

вичок, що забезпечують професійну діяльність, здатність людини реалізовувати на практиці свою компетентність. Компетентність, на його думку, включає як результати навчання, так і систему ціннісних орієнтацій особистості, її звичок тощо [107]. У працях А. Хуторського пропонується таке розуміння: «компетенція – відчужена, задалегідь задана соціальна вимога (норма) щодо освітньої підготовки учня, необхідної для його ефективної продуктивної діяльності у певній сфері; компетентність – володіння учнем відповідною компетенцією» [338]. Подібне визначення подане в Енциклопедії освіти, згідно якої наслідком набуття компетенції є компетентність, яка передбачає особистісну характеристику, ставлення до предмета діяльності [35, с. 409]. Ці дефініції дозволяють зробити висновок, що компетенція позначає здібності, вміння, коло повноважень людини, а компетентність характеризує сформованість певної компетенції. Таке тлумачення є нині найбільш розповсюдженим; опиратимемося на нього у своїх міркуваннях.

Отже, компетенція є запланованим результатом освіти, вираженим у системі знань, умінь, навичок, особистісних якостей, практичного досвіду людини, що дозволяє ефективно працювати в певній галузі та передбачає готовність мобілізувати необхідні для цього внутрішні та зовнішні ресурси. Компетентність свідчить про освітній рівень особистості, досвідченість і охоплює також ставлення до діяльності, мотиваційно-ціннісні аспекти та інші якості, що дозволяють успішно виконувати професійні функції. Ми розуміємо компетентність як характеристику особистості, що володіє певною кваліфікацією, котра поєднує не лише знаннєвий і технологічний, а й мотиваційний, етичний, соціальний і поведінковий аспекти.

Для визначення сутності та структури педагогічної компетентності сімейного лікаря актуальною є концепція професіоналізму, розроблена А. Марковою [196], відповідно до якої у змісті поняття «компетентність» гармонійно поєднуються не лише знання й уміння, а система відносин, що визначають поведінку людини, та специфічні риси її особистості. На цьому підході ґрунтуються всі визначення поняття «професійна компетентність» у сучасній науково-педагогічній літературі (Додаток В). Додамо, що компетентність фахівців, які працюють в системі «людина – людина» (до якого належать лікарі сімейної медицини), визнача-

ється сформованістю сукупності ключових і професійних компетенцій, базових кваліфікацій, включає ціннісні орієнтації, враховує мотивацію діяльності, ставлення до себе й навколишнього світу. Таким чином, професійну компетентність розглядаємо як усталену здатність до ефективної діяльності обізнаної в певній галузі людини, що характеризується глибоким розумінням змісту й сутності виконуваних завдань і вирішуваних проблем. Вона передбачає актуалізовані знання, практичний досвід у певній галузі, вміння добирати оптимальні засоби і способи діяльності, відповідальність за досягнуті результати, а також розуміння тенденцій, найближчих і віддалених перспектив у професійній царині.

У змісті поняття *педагогічної компетентності* інтегруються теоретичні психолого-педагогічні знання, практичні вміння, набутий досвід і важливі для освітньої діяльності якості особистості, серед яких варто відзначити потребу самовдосконалення, наявність критичного мислення, прагнення до творчості, любов до педагогічної професії тощо. Як відзначав І. Зязюн, педагогічна компетентність є цілісною професійно-особистісною характеристикою, що відображає здатність і готовність людини професійно виконувати педагогічні функції згідно з прийнятими в суспільстві нормами і стандартами [112, с. 6]. Вона дозволяє ефективно виконувати навчально-виховну діяльність, цілеспрямовано організовувати педагогічну взаємодію, а також передбачає саморозвиток, самовиховання, вдосконалення особистісних якостей і майстерності педагогічного працівника.

Л. Столяренко пропонує розглядати педагогічну компетентність як сукупність інтересу до освітніх проблем; спроможності педагога осягнути суть навчання, з'ясувати причинно-наслідкові зв'язки, взаємозумовленість педагогічних явищ, проектувати педагогічні впливи; ключових педагогічних здібностей щодо організації міжособистісної взаємодії в навчанні; психолого-педагогічної спостережливості; педагогічної уяви, вираженої в здатності образно планувати і відтворювати освітній процес з усіма його формами, методами і засобами, уявно «програвати» педагогічні ситуації; здатність привертати й утримувати увагу аудиторії, стимулювати інтерес до змісту навчання, а також урахувати й реалізувати виховні та розвивальні аспекти різних методів і технологій навчання [305].

У дослідженнях із медичної педагогіки, виконаних І. Баляковою [17], К. Беляєвою [23], О. Гуменюк [72], Ю. Колісник-Гуменюк [140], А. Кузевановою [157], Х. Мазепою [192], Л. Островською [233], І. Савіною [267], М. Тимофієвою [318] та ін., зазначається, що педагогічно компетентному медикові притаманні: широка ерудиція, високий рівень загальної та професійної культури й інтелектуального розвитку, сформованість медичних знань, професійне володіння різноманітними педагогічними прийомами і методами, здатність до емпатії, вміння надавати допомогу пацієнтові, водночас стимулюючи його власні зусилля та бажання щодо здоров'язбереження, доброзичливе ставлення до нього, емоційна стабільність тощо. На основі цих тверджень педагогічну компетентність медичного працівника трактуємо як комплексну, багатофакторну характеристика особистості.

Вважаємо, що в педагогічній компетентності сімейного лікаря має відобразитися педагогічна складова його професіограми, як науково обґрунтованої моделі особистості, що передбачає наявність теоретичного підґрунтя, спрямованого на усвідомлення майбутніми лікарями особистісної потреби здобути педагогічні знання, виробити вміння планування, організації та здійснення педагогічної взаємодії з пацієнтами у процесі лікування та профілактики захворювань. У зв'язку з цим для нашого дослідження становлять інтерес концепції побудови професіограми педагогічного працівника (К. Левітан [170], І. Підласий [249], В. Сластьонін [237; 286], Л. Спірін [293]) та ін.

В. Сластьонін виокремлює у професіограмі педагогічного працівника: власності й характеристики особистості, що визначають її спрямованість і детермінують вимоги до психолого-педагогічної підготовленості, а також обсяг і комплекс професійно-теоретичної і професійно-практичної підготовки та зміст методичної підготовки за спеціалізацією [237]. У моделі педагога, розробленій І. Підласим [249] його здібності, соціально і професійно важливі особистісні якості диференційовані за трьома блоками: 1) володіння складовими педагогічної майстерності (педагогічні здібності, техніка, знання тощо), володіння технологіями навчання і виховання, загальна ерудиція, оптимізм, емпатія, рефлексія, організаторські вміння; 2) здатність до творчості, відповідальність, активність тощо; 3)

високі моральні якості, здоровий спосіб життя, гуманізм, духовність, повага до законів держави, активна життєва позиція.

Модель сімейного лікаря має будуватися з урахуванням особистісної складової та містити такі компоненти:

- психодинаміку особистості, тобто особливості її мотиваційної й емоційно-почуттєвої сфер та їх вплив на освітню діяльність;
- індивідуальні властивості особистості – спрямованість, система ставлень до навколишнього світу, професійної діяльності, інтелектуальний і творчий потенціал, професійні очікування, уявлення про своє місце у професійній спільноті;
- діяльнісні характеристики – практичні вміння та навички виконання необхідних для професійної діяльності операцій, креативність;
- гностичні якості – здатність до пошуку, сприймання й інтерпретування інформації, а також пізнавальні вміння й навички, ґрунтовні знання предмету професійної діяльності, готовність і прагнення до самоосвіти.

Важливого значення надається формуванню творчого мислення лікаря, включеного в педагогічну діяльність і спрямованого на вирішення специфічних завдань, пов'язаних з пошуком ідей, засобів оптимізації навчально-виховного процесу [3, с. 18], а також загальній і професійній культурі, ерудованості та прагненню саморозвиватися [44].

Для визначення сутності педагогічної компетентності сімейного лікаря важливим є врахування деонтологічних аспектів медичної та педагогічної діяльності [170]. Як правило, поняття «деонтологія» вживається разом із терміном «медична етика» і відображає догми професійних обов'язків у медицині. Медична етика оперує моральними і філософськими категоріями в охороні здоров'я, а деонтологія вивчає норми поведінки медичних працівників, аналізує взаємини між медиком і пацієнтом, визначає шляхи усунення наслідків неякісного медичного обслуговування [140, с. 55]. За К. Левітаном, педагогічна деонтологія є наукою про правила та норми поведінки педагога (в нашому випадку сімейного лікаря) у процесі професійної діяльності, специфіку професійно-педагогічних функцій і вимог, структуру соціально та професійно значущих особистісних якостей (Додаток Д).



Ураховуючи викладене та спираючись на розроблені попередниками (С. Ланик [167] та ін.) основні елементи педагогічної компетентності медичного працівника, пропонуємо такі *структурні компоненти педагогічної компетентності сімейного лікаря*:

- професійно спрямована медико-педагогічна позиція, заснована на системі деонтологічних поглядів, загальній педагогічній культурі, морально-правовій відповідальності та виявляється в мотиваційному комплексі особистості, щоденній самовідданій професійній діяльності, конструктивній комунікативній взаємодії з колегами, пацієнтами, їхніми родичами, безперервному саморозвитку та самовдосконаленні особистості лікаря;

- інформаційно-інструментальна здатність і готовність до діяльності, що передбачає володіння й оперування професійно-медичними і психолого-педагогічними знаннями й уміннями, необхідними для якісного виконання лікувально-профілактичних функцій з урахуванням педагогічних аспектів і освітніх завдань медичної практики (розумінням змісту та сутності виконуваних навчальних завдань і вирішуваних проблем, проектування навчально-виховного процесу, володіння методами навчання населення здоров'язбереження, виховання в пацієнтів усвідомленого ставлення до охорони здоров'я, урахування та реалізація виховних і розвивальних аспектів сучасних методів і технологій навчання тощо);

- соціально та професійно значущі особистісні якості, розвинуті педагогічні здібності, педагогічна техніка та професійно-діяльнісна свідомість, що ґрунтується на системі педагогічних цінностей, зорієнтована на розвиток особистості та передбачає педагогічну рефлексію, тобто усвідомлення етичних норм педагогічної діяльності, професійних і педагогічних поглядів, параметрів і чинників успішності виконання навчально-виховної діяльності.

Отже, педагогічна компетентність лікаря загальної практики – сімейної медицини охоплює особистісні та діяльнісні характеристики, соціально та професійно важливі якості медичного працівника, спрямовані на усвідомлення освітніх завдань медичної (лікувально-профілактичної) діяльності, врахування педагогічних закономірностей та застосування педагогічних знань, умінь і навичок для ефекти-

вного психологічного та терапевтичного впливу на пацієнтів, безперервний розвиток педагогічні здібності, коригування технологій педагогічної взаємодії, проведення самоаналізу та вдосконалення власної педагогічної майстерності.

Виконаний аналіз теорії та практики свідчить, що педагогічна компетентність сімейних лікарів є ваговою складовою лікувально-профілактичного процесу й обов'язково має розглядатися в контексті їхньої професійної підготовки. Це потребує розкриття сутності педагогічної компетентності лікаря, передусім, через педагогічні знання, вміння та навички. Тому вважаємо за доцільне розкрити сутність найбільш значущих із них у діяльності сімейного лікаря.

Категорія «знання» відрізняється багатогранністю змістового наповнення, різноманітні аспекти якого є предметом філософських, психолого-педагогічних, культурологічних і соціологічних досліджень (В. Андрущенко [8], С. Архангельский [11], Г. Балл [16], В. Біблер [31], О. Бондаревська [40], Г. Васянович [45], Б. Гершунський [59], В. Гінецинський [61], І. Зязюн [113], М. Каган [124], В. Краєвський [147; 148], С. Кримський [154], Н. Кузьміна [160], Ю. Кулюткін [164], В. Ледньов [171], І. Лернер [175], М. Скаткін [284], Г. Філіпчук [327] та ін.). Сучасна педагогіка розглядає це поняття, спираючись на власну науково-функціональну самостійність і враховуючи структуру професійної діяльності педагогічного працівника. Зазвичай, *педагогічні знання* характеризують як поєднання, взаємозв'язок різних видів знань: методологічних, науково-теоретичних і практичних (Н. Кузьміна, В. Сластьонін); науково-теоретичних і конструктивно-технічних або нормативних (В. Краєвський), змістових і операційних (М. Скаткін), фундаментальних та інструментальних (С. Архангельський), теоретичних і практичних (Ю. Кулюткін). Сутність педагогічного знання полягає в: розумінні, збереженні в пам'яті та умінні відтворювати провідні факти науки і теоретичні узагальнення (поняття, категорії, правила, закони), що впливають із них (І. Логвинов [186]; І. Харламов [333]). Нам імпонує визначення педагогічного знання як поєднання наукових фактів, закономірностей, сформульованих іншими науками, із власне педагогічними висновками, одержаними у процесі інтегративного науково-практичного пошуку [366]. Вважаємо, що це визначення досить по-

вно й адекватно відображає сутність поняття «педагогічне знання» в контексті різнопланової та багатоаспектної діяльності медичного працівника в яку інтегрована освітня складова, тому в нашому дослідженні ми будемо спиратися на нього.

Як бачимо, науковці досить широко трактують педагогічні знання, що закономірно актуалізувало проблему їх класифікації. Узагальнивши та проаналізувавши наукові підходи, можна виокремити теоретичні педагогічні знання, які на основі відомостей про педагогічні факти, сутність і закономірності функціонування освітніх об'єктів і явищ відображають і пояснюють педагогічну дійсність, і практичні, завдяки яким можна проектувати, виконувати і вдосконалювати освітню діяльність[26]. Діалектичний взаємозв'язок педагогічної теорії та практики виражається в тому, що збагачена найбільш значущими педагогічними фактами теорія, розвиваючись, відповідним чином впливає на педагогічну практику, котра, своєю чергою, виступає критерієм істинності педагогічної теорії.

У контексті нашої проблематики привертає увагу структура педагогічних знань, запропонована В. Гінецинським: про людину як об'єкт педагогічного впливу; про колектив як результат цього впливу; про діяльність як засоби його здійснення; про культуру як основу проектування педагогічного впливу на особистість [61]. Аналіз показує, що домінантою такої класифікації є одна з ключових функцій педагогічної діяльності – здійснення педагогічного впливу на особистість. Важливим для нашого дослідження є те, що компоненти знань виокремлено з урахуванням об'єктів педагогічного впливу (у нашому випадку – пацієнта, його родичів чи опікунів, соціальних працівників та ін.).

Виходячи із завдань і обов'язків, визначених у кваліфікаційній характеристиці та Примірному положенні про лікаря загальної практики – сімейної медицини, приступаючи до діяльності він має володіти необхідним для вирішення професійних завдань обсягом знань із медицини, загальнонаукових дисциплін в обсязі, необхідному для вирішення професійних завдань, анатомо-фізіологічних і психологічних особливостей людей різних вікових груп, специфіки розвитку дітей і підлітків, а також з основ психології, навчання та виховання [256]. Отже, як уже зазначалося в підрозділ 1.1, професійна компетентність сімейних лікарів, крім

суто медичного, охоплює і психолого-педагогічний компонент. Це означає, що для забезпечення ефективності лікувально-профілактичного процесу майбутні лікарі сімейної медицини повинні «засвоїти і прийняти педагогічні аспекти діяльності медичного працівника; опанувати основи педагогічних знань, підвищити загальну педагогічну культуру; зрозуміти значення педагогічних знань для розвитку своїх здібностей у період навчання і для професійного зростання» [125].

І. Тарновська вважає, що медичному працівникові необхідно опанувати педагогічні знання щодо: цілей і способів лікування; дотримання вимог техніки реалізації заходів зі здоров'язбереження; принципів формування у пацієнтів позитивної мотивації, самоконтролю, самодогляду [312]. Володіння системою цих знань забезпечує успішне виконання сімейним лікарем професійних функцій. На наш погляд, успішне формування педагогічної компетентності можна забезпечити шляхом поєднання навчання з вихованням і постійним самовдосконаленням особистості.

Вивчення фахової медичної та психолого-педагогічної літератури, власний досвід викладацької роботи в медичному університеті дали нам змогу запропонувати структуру педагогічних знань, які забезпечують оптимальне вирішення професійно-педагогічних завдань сімейного лікаря: загальнопедагогічні знання; знання медичної педагогіки; знання про людину як суб'єкт освітнього процесу; знання з педагогічної та вікової педагогіки; знання про закономірності педагогічної взаємодії та способи проектування освітньої діяльності; знання особливостей організації та управління освітньою діяльністю; знання норм педагогічної етики, засад педагогічної культури; знання основ безперервної освіти і самоосвіти тощо.

Звернемо увагу, що система допомоги пацієнтам із хронічними захворюваннями передбачає покращення якості їхнього життя, полегшення морального стану: вона має якомога менше впливати на обмеженість способів життєдіяльності, пацієнт, в міру можливості, має відчувати більшу незалежність і співпрацювати з лікарем під час лікувального процесу. Використання навчання як допоміжного лікувально-профілактичного методу передбачає адекватне розуміння лікарем того, що повинна знати людина, яка потребує допомоги [103]. Наприклад, сімейний лікар не зможе допомогти пацієнтові навчитися добирати харчування відпо-

відно до приписаної дієти, якщо він не знає, чи ознайомлений пацієнт із способами визначення вмісту калорій і поживних компонентів у певних продуктах тощо. Отже, педагогічні знання є важливим компонентом підготовки сімейного лікаря.

Проте, педагогічна підготовка не обмежується формування педагогічних знань. Вони мають практично реалізуватися в діяльності фахівця через *педагогічні вміння*. У психолого-педагогічній літературі вміння тлумачиться як здатність людини належно виконувати певні дії, заснована на доцільному використанні нею набутих знань. З різних точок зору ця педагогічна категорія розглядається у працях О. Абдуллої [1], Ю. Бабанського [13], В. Галузяка [56], С. Гончаренка [65], Н. Кузьміної [160], І. Лернера [176], В. Сластьоніна [289], М. Сметанського [56], Л. Спіріна [293], Д. Тхоржевського [207], В. Шахова [56; 353] та ін. Зокрема, Н. Кузьміна [160] вважає, що в педагогічних вміннях реалізується здатність особистості виконувати певні види діяльності на основі знань, і виокремлює в їх системі конструктивний, організаторський, комунікативний, гностичний і проектувальний компоненти. О. Абдуллої [1] поділяє педагогічні вміння на організаторські, дидактичні, виховні, пропагандистські, методичні та дослідницькі.

У нашому дослідженні ми спираємося на дефініції, запропоновані С. Гончаренком (уміння – засвоєний суб'єктом спосіб виконання дії, який забезпечується сукупністю набутих знань і навичок, формується шляхом вправ і створює можливість виконання дії не лише у звичних, а й у змінених умовах [65, с. 58]) і В. Нікіфоровим та А. Суригіним (уміння – це здатність людини продуктивно, з належною якістю і за встановлений час виконувати певну діяльність у нормативно-технологічних умовах відповідно до заданих вимог на основі освоєного змісту освіти і досвіду цієї діяльності [221, с. 96]). Отже, зміст категорії «педагогічні вміння» охоплює сукупність безпомилково виконуваних інтелектуальних і практичних дій під час вирішення педагогічних завдань, які забезпечують досягнення очікуваних результатів освітнього процесу [160].

У контексті професійної діяльності сімейного лікаря важливо класифікувати педагогічні вміння за вирішуваним завданням. Передусім, щоб надати висококваліфіковану й ефективну допомогу хворому, сімейний лікар має спиратися на його

обізнаність в галузі здоров'язбереження та самодогляду. Щоб навчити людину, потрібно враховувати його спосіб життя, звички, досвід і кваліфікацію, вміння визначати стиль його мислення та сприйняття. У зв'язку з тим, що стан пацієнта безпосередньо впливає на членів його родини, і навпаки, події, що відбуваються з ними, позначаються на пацієнті, лікарю сімейної медицини важливо усвідомити, що медичної допомоги потребує не лише пацієнт, а й уся родина, і враховувати це під час розроблення програми лікування. Це, безперечно, потребує вміння сімейного лікаря виконувати педагогічне спостереження. Він має вміння спостерігати за поведінкою пацієнтів, щоб навчити їх самоспостереженню, аналізувати ситуацію з метою встановлення причинно-наслідкових зв'язків, завдяки чому можна визначити оптимальні напрями лікувально-профілактичної діяльності для задоволення потреб людини щодо покращення свого здоров'я.

Значна увага має приділятися вмінням активізації діяльності пацієнтів. Педагогічна діяльність ґрунтується на знаннях головних дидактичних і виховних завдань і проектуванні способів їх вирішення та спрямована на створення належної атмосфери навчання [17, с. 65-66]. Пацієнтів треба зацікавити навчатися, спостерігаючи за діями медичних працівників. Інколи їх доречно задіяти в навчальних заходах (читання, обговорення). Пацієнти мають навчитися вирішувати власні проблеми, зокрема ознайомитися з ефектами використовуваних медикаментів та їх дозуванням. Подекуди пацієнтам необхідно одержати психомоторні навички для зміни пов'язок, вміння набрати у шприц розчин для ін'єкцій тощо. Під час таких занять вони мають відчувати себе учнями, які уважно слідкують за діями медика та їх відтворюють, виконуючи тренувальні вправи тощо.

Педагогічні вміння, безперечно, не можуть бути сформовані без педагогічних здібностей і одержаних педагогічних знань. Вони виявляються у здатності виконувати специфічні інтелектуальні операції, практичні дії, необхідні для виконання повсякденних завдань, розв'язання стереотипних і нестандартних ситуацій, що можуть виникнути під час педагогічної діяльності. Як свідчать спостереження, в сімейних лікарів виявляється неоднаковий рівень різних педагогічних умінь. Наприклад, лікар може вміння кваліфіковано навчати пацієнта, але не вміння органі-

зувати його самостійну роботу щодо збереження здоров'я. З огляду на це, вміння потребують уточнення стосовно кожного конкретного педагогічного завдання, оскільки забезпечують ефективність цілісного лікувально-профілактичного процесу. Вважаємо, що майбутнім лікарям загальної практики – сімейної медицини необхідно практично опанувати структуру педагогічних умінь на прикладі різних ситуацій щодо вирішення типових педагогічних завдань.

Зауважимо, що дослідники виокремлюють три групи педагогічних умінь медичних працівників – дидактичні, комунікативні та виховні. До першої групи відносять конструктивні, організаційні та гностичні вміння медика, які, відповідно, відображають його здатності щодо: створення системи навчальних завдань для пацієнтів, організації їхньої пізнавальної діяльності й аналізу опрацьованих у завданнях дидактичних ситуацій, здійснення ретельного розгляду педагогічної задачі та з'ясування умов її розв'язання. Комунікативні вміння: об'єктивно оцінювати й конструювати мовлення, аналізувати комунікативну ситуацію, організувати спілкування в групі, користуватися вербальними й невербальними засобами спілкування; обрати комунікативну установку, привернути увагу співрозмовника, швидко реагувати на його реакцію, переконувати, брати на себе роль лідера в комунікативному процесі тощо. Виховні педагогічні вміння медиків виокремлюють у самостійну підгрупу, проте не конкретизують [17, с. 68-70]. На нашу думку, розподіл на групи педагогічних умінь медичних працівників доцільно виконувати за педагогічними функціями (завданнями).

Головне педагогічне завдання сімейного лікаря полягає в навчанні й вихованні пацієнтів відповідно до програми його лікування і здоров'язбереження. Його успіх суттєво залежить від спілкування з пацієнтами, колегами тощо. Тому важливим елементом особистості кожного медика є його мовленнєва культура. Від мистецтва спілкування часто залежать і наслідки лікування, бо сила слова іноді не може зрівнятись із дією навіть найефективніших лікарських засобів. Пацієнт має повагу і довіру до сімейного лікаря, якщо той уміє переконувати. Звичайно, користуватися словом потрібно обережно, доброзичливо. Необхідно знати що, кому, коли і як говорити, враховувати психологічні особливості хворого, його стан, діа-

гноз, характер хвороби. Отже, погоджуємося з І. Баляковою, що спілкування відіграє одну з провідних ролей у професії медика, а комунікативна компетентність розглядається як система внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови ефективної професійної взаємодії. Успішне його здійснення потребує від лікаря відповідних комунікативних умінь, під якими розуміють синтез загальнопсихологічних, соціально-психологічних і професійних якостей особистості, що ґрунтуються на її підготовленості до спілкування у професійній сфері [266, с. 150]. Володіння ними дає змогу сімейному лікареві творчо використовувати педагогічні знання відповідно до конкретної комунікативної ситуації з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей пацієнта та мети спілкування.

У контексті цього визначення заслуговує на увагу перелік комунікативних умінь, складений за критерієм спрямованості на об'єкт спілкування. Медик має вміння пояснити пацієнтові, як здійснювати ті чи інші заходи щодо догляду за самим собою, викликати в нього інтерес до слухання і спостереження, спонукати до відповідних питань. Наприклад, медичному працівникові часто доводиться відповідати на питання з приводу дієти, гігієни тощо. Це передбачає не лише глибокі знання в галузі медицини, а й добре володіння літературною мовою, вміння правильно будувати свої думки і грамотно їх викладати. Для досягнення успіху в педагогічному спілкуванні компетентному сімейному лікарю необхідно володіти вмінням «відчувати» потреби та емоції пацієнта, мистецтвом переконувати його в доцільності визначеної програми лікувально-профілактичного процесу, налагоджувати конструктивну взаємодію, співпереживати, запобігати конфліктам тощо.

Серед важливих для лікаря загальної практики – сімейної медицини комунікативних умінь із цього переліку варто виділити вміння: об'єктивно сприймати інших людей (розуміти їх настрій, характер, стиль поведінки); орієнтуватися в комунікативних ситуаціях (дотримуватися відповідних норм та етики спілкування, налагоджувати контакти); співпрацювати (колективно ставити цілі, планувати шляхи їх досягнення, спільно виконувати, аналізувати й оцінювати досягнуте) [215]. Стосовно нашого дослідження, комунікативні вміння виконують важливі педагогічні функції діяльності сімейного лікаря – інформаційно-роз'яснювальну і



консультативно-методичну (див. підрозділ 1.2), які реалізуються у процесі організації спільної діяльності лікаря та пацієнта щодо виконання програми лікування.

Отже, педагогічні вміння є формою реалізації теоретичних знань і передбачають безпосереднє виконання педагогічної діяльності, зокрема планування, прогнозування, аналізування мети, змісту освітнього процесу, визначення дидактичних і виховних завдань, вибір прийомів і засобів їх вирішення, здійснення контролю й оцінювання результатів навчання. Тому, безперечно, є підстави вважати, що успішне формування педагогічної компетентності майбутнього лікаря сімейної медицини залежить від рівня сформованості його педагогічних умінь.

Наголосимо, що для ефективної діяльності фахівця необхідними є навички, завдяки яким професійні функції виконуються більш оперативно та продуктивно. У педагогічному словнику С. Гончаренка вони визначаються як «дії, складові частини яких у процесі формування стають автоматичними» [65, с. 221]. Формування навичок здійснюється шляхом багатократного виконання цілеспрямованих планованих вправ на основі застосування знань про відповідний спосіб дії і перетворення вироблених умінь (свідомих і точних дій) в автоматизовану діяльність. **Педагогічні навички** разом із знаннями й уміннями є невід'ємним компонентом педагогічної компетентності сімейного лікаря.

Ураховуючи педагогічні функції діяльності сімейного лікаря (див. підрозділ 1.2) для забезпечення найкращої медичної допомоги пацієнтам він має володіти такими педагогічними вміннями і навичками:

- психолого-педагогічного обстеження пацієнта;
- вивчення режиму життєдіяльності, особливостей поведінки, сімейних обставин;
- формування у пацієнтів позитивної мотивації щодо співпраці з лікарем для покращення стану здоров'я, профілактики та ранньої діагностики захворювань;
- пояснення пацієнтам цілей лікування, доцільності та дієвості приписів стосовно особливостей догляду та самогляду;
- інструктування та демонстрації послідовності виконання необхідних дій і заходів по догляду та самогляду;

- навчання пацієнтів способів і прийомів самоогляду, проведення різних медичних процедур, дотримання лікувального режиму, особливостей самоогляду тощо, а також вимог стосовно заходів зі здоров'язбереження;
- проведення консультацій щодо профілактики шкідливих звичок, загострення хвороби;
- реалізації принципів контролю і самоконтролю за виконанням приписів у процесі виконання програми лікування тощо.

У процесі педагогічної діяльності стосовно пацієнтів, медичні працівники виконують місію наставників, які проводять навчання в потрібному напрямі. Оскільки діти та дорослі по-різному сприймають навчальний процес, медик (передусім – сімейний лікар) має враховувати вікові, індивідуальні особливості пацієнтів, а також освіченість і досвід своїх «учнів». Тому для повноцінної реалізації своїх безпосередніх обов'язків медичний працівник повинен мати достатню теоретичну та практичну психолого-педагогічну підготовку, одержану в процесі навчання в медичному ВНЗ, а також розвинуту в системі безперервного освіти під час подальшого підвищення кваліфікації.

Отже, сукупність педагогічних знань, умінь і навичок становить основу педагогічної компетентності медичного працівника, оскільки вони сприяють реалізації педагогічних функцій у лікувально-профілактичному процесі. Проте не менш важливою складовою педагогічної компетентності лікаря загальної практики – сімейної медицини вважаємо соціально і професійно важливі якості його особистості. Лікар зобов'язаний докласти всіх зусиль для того, щобвилікувати хворого або полегшити його страждання незалежно від національної чи релігійної приналежності, суспільного становища або політичних поглядів пацієнта. Це означає надзвичайну суспільну значущість професійних якостей лікаря, від якого часто залежить доля людини, її життя та здоров'я. Медик зобов'язаний до останньої секунди боротися за життя хворого, роблячи все можливе й неможливе навіть у ситуації, яку теоретично вважають безнадійною.

До професійно важливих якостей особистості фахівця відносять: мотивацію, індивідуальні властивості особистості (здібності, риси характеру, психодинаміку)

та її інтегральні характеристики (самосвідомість, креативність тощо) [196]. Серед *соціально значущих якостей* лікаря пріоритетними є моральна відповідальність і громадянська зрілість особистості, її громадська активність, схильність до професії, гуманне ставлення до людей, висока вимогливість до себе і оточуючих, комунікабельність, психологічна сумісність з іншими членами колективу тощо [37]. Медичний працівник має бути освіченим, конкурентоздатним, мобільним, самостійним у прийнятті рішень, відповідальним за результати своєї діяльності. Однак особливо важливим вважаємо те, що медичні працівники мають усвідомлювати покладену на них відповідальність, бути доброзичливими, уважними до хворого, привітними і витриманими. Вагомою є зацікавленість медичного фахівця своєю професією, любов до неї, терпіння і цілеспрямованість, поєднання рішучості з обачливістю. У гуманістичному контексті пам'ять, спостережливість, логічне мислення набувають для медика специфічного особистого сенсу, стають невід'ємними якостями і засобом самоствердження. Людинолюбство допомагає йому стати психологом і педагогом стосовно хворого, підказує правильний вихід зі складної ситуації, виводить зі стану депресії у випадку неминучих професійних невдач і помилок [140, с. 80]. Для того, щоб знайти «спільну мову» з пацієнтом, лікар має виявити до нього повагу й доброзичливість, щиру зацікавленість його проблемою, емпатію. На нашу думку, згадані якості особистості медичного працівника є невід'ємною складовою його педагогічної компетентності. Наголосимо, що ступінь розвитку та вияву цих якостей в діяльності сімейного лікаря є важливим показником його професійного рівня.

З метою подальшого проектування та вдосконалення процесу формування педагогічної компетентності майбутнього сімейного лікаря (розд. 2) ми повинні розглянути структуру педагогічної компетентності. Розуміючи необхідність підготувати у ВНЗ медичного профілю конкурентоспроможного фахівця в галузі сімейної медицини, усвідомлюємо, що ця структура має не лише відображати його соціально та професійно значущі риси та якості, встановлені емпірично, а й демонструвати еталонну модель (професіограму) сімейного лікаря, на досягнення якої потрібно спрямовувати освітній процес у медичному ВНЗ.

Отже, педагогічна компетентність сімейного лікаря, на наш погляд, містить такі *функціональні компоненти*, представлені у вигляді схеми (рис. 1.1).



Рис. 1.1. Схема функціональних компонентів педагогічної компетентності майбутнього лікаря загальної практики – сімейної медицини

Аналіз змісту і структури компонентів педагогічної компетентності, сформованих системою підготовки лікарів сімейної медицини в медичних університетах, та їх порівняння з професіограмою дасть можливість виявити недоліки чинної освітньої системи і знайти шляхи її вдосконалення. Розгляньмо їх детальніше.

*Мотиваційно-ціннісний компонент:*

1. Гуманістична спрямованість особистості.
2. Здатність до конструктивної педагогічної взаємодії.
3. Позитивне ставлення до професійно-педагогічної діяльності та усвідомлення її цінності для покращення якості лікувально-профілактичного процесу.
4. Зацікавленість і бажання співпрацювати з пацієнтами та їхніми родинами.

5. Потреба в інтеріоризації деонтологічних і педагогічних цінностей, визнання їх значущості для ефективної професійної діяльності.

6. Почуття власної гідності.

7. Готовність сприяти духовному розвитку пацієнтів.

*Знаннєвий компонент:*

1. Знання основ педагогіки, психології, філософії, культурології, соціології, що формують систему знань про закономірності цілісного педагогічного процесу, сучасні психолого-педагогічні технології.

2. Знання медичної педагогіки, що вказує на особливості педагогічного процесу в системі «сімейний лікар – пацієнт».

3. Знання про людину як суб'єкт освітнього процесу, її вікових, індивідуальні особливості.

4. Знання закономірностей психічного розвитку і чинників, що сприяють вдосконаленню особистості.

5. Знання про закономірності педагогічної взаємодії та способи проектування освітньої діяльності пацієнта в лікувально-профілактичному процесі.

6. Знання особливостей організації та управління освітньої діяльності з пацієнтами, форм, методів і засобів здійснення педагогічного впливу.

7. Знання норм педагогічної етики, основ педагогічної культури, способів саморегуляції педагога.

8. Знання основ організації безперервної освіти, самоосвіти і саморозвитку.

*Професійно-комунікативний компонент:*

1. Уміння налаштовуватись на спілкування з пацієнтом.

2. Уміння бути гнучким відповідно до мінливих обставин і ситуацій спілкування у медичній практиці.

3. Уміння правильно планувати комунікативну взаємодію й реалізувати її шляхом здійснення педагогічного впливу.

4. Уміння знаходити адекватні конкретній ситуації комунікативні засоби, які сприяють навчанню пацієнтів з урахуванням їх індивідуальних особливостей.

5. Толерантне та коректне ставлення до пацієнтів, їх сімей, оточення.

6. Уміння й навички конструювання міжособистісної взаємодії, дотримання норм мовного етикету, розуміння, сприйняття й аналіз мовленнєвих дій співрозмовника, здатність до адекватної реакції на них у певній комунікативній ситуації.

7. Уміння будувати конструктивний діалог в педагогічному процесі й постійно відчувати і підтримувати зворотний зв'язок з об'єктом спілкування.

8. Уміння спрямовувати власну комунікативну поведінку на досягнення конкретних цілей.

*Організаційно-технологічний компонент:*

1. Уміння застосовувати ефективні форми і методи навчання та виховання.

2. Уміння реалізувати гуманістичні ідеї в педагогічній діяльності.

3. Наявність етико-деонтологічної культури у взаємодії з пацієнтами.

4. Уміння створювати атмосферу співробітництва, доброзичливості, відкритості в освітній діяльності лікувально-профілактичного процесу.

5. Уміння формувати в пацієнтів позитивне ставлення до результатів навчання.

6. Уміння прогнозувати конфліктну ситуацію, яка може виникнути у процесі навчання пацієнтів, надавати превентивну допомогу.

7. Уміння вирішувати конфлікти і запобігати їх виникненню.

8. Уміння формувати в пацієнта необхідні для ефективного навчання особистісні якості: терплячість, працьовитість, сумлінність, почуття гідності, здатність до взаємодії з іншими, доброзичливість.

*Рефлексивний компонент:*

1. Усвідомлення себе як суб'єкта професійно-педагогічної діяльності.

2. Уміння оцінювати свої почуття та стани під час взаємодії з пацієнтами.

3. Здатність до самоаналізу, самоконтролю й емоційно-психологічної саморегуляції у процесі освітньої діяльності.

4. Здатність до систематизації та узагальнення різнобічної інформації, створення на цій основі внутрішнього плану дій.

5. Здатність до узгодження та співвіднесення своїх дій з іншими учасниками лікувально-профілактичного процесу.

## 6. Готовність до саморозвитку та самовдосконалення в освітній діяльності.

Разом усі функціональні компоненти педагогічної компетентності (мотиваційно-ціннісний, знаннєвий, професійно-комунікативний, організаційно-технологічний, рефлексивний), на наш погляд, є основою для комплексної реалізації педагогічних функцій сімейного лікаря: когнітивно-діагностичної, інформаційно-роз'яснювальної, консультативно-методичної та коригувально-контролювальної (підрозділ 1.2).

Отже, *педагогічна компетентність сімейного лікаря* – це інтегрована характеристика особистості, яка відображає: системне сприйняття професійної реальності та її освітньої складової; сформований комплекс актуалізованих психолого-педагогічних і дотичних спеціально-медичних знань і вмінь; усвідомлене опанування формами, методами і способами навчально-виховної роботи та організації педагогічної взаємодії з пацієнтами, їхнім оточенням тощо. Педагогічна компетентність сімейного лікаря виявляється у: здатності навчати і виховувати себе та пацієнтів і людей, що за ними доглядають, ефективно використовуючи весь обсяг медичних і психолого-педагогічних знань; готовності активно впливати на розвиток і саморозвиток соціально і професійно важливих якостей у себе та пацієнтів; володінні навичками виконання соціально-педагогічних і навчально-виховних функцій під час профілактичних, діагностично-лікувальних і реабілітаційних заходів (попередження і ліквідування негативних проявів поведінки, надання консультативної допомоги, пропагування здорового способу життя, проведення різноманітних лекторіїв тощо). Таке розуміння цього поняття дає можливість цілісно розглядати логіку і вдосконалювати структуру освітньої діяльності в лікувально-профілактичному процесі, а також оптимально планувати й реалізувати навчання хворих, спираючись на закономірності, принципи і тенденції розвитку педагогічної системи.

З викладеного випливає, що проблема формування педагогічної компетентності майбутніх лікарів загальної практики – сімейної медицини є важливою й актуальною проблемою сучасної педагогічної науки, яка потребує створення моделі педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університе-

ті, обґрунтування необхідних для її реалізації педагогічних умов, розроблення та апробації відповідної методики.

### **Висновки до першого розділу**

Суттєві зміни, що відбуваються у вітчизняній системі охорони здоров'я, загострили проблему якості підготовки медичних кадрів, передусім сімейних лікарів як фахівців нового типу. Постає нагальна потреба розширеного, комплексного погляду на підготовку медичних працівників, інтегруванні різних теоретичних і практико орієнтованих компонентів навчання. За сучасною концепцією в підготовці лікарів значна увага має приділятися їхній педагогічній компетентності, проте в науковій науці ця проблема є недостатньо вивченою.

Професійна діяльність медичних працівників крім суто медичної вимагає ґрунтовної психолого-педагогічної підготовки. Педагогічні знання, вміння і навички лікар зобов'язаний застосовувати для налагодження відносин із пацієнтом і взаємодії з ним, сприяння усвідомленню й реалізації відповідального ставлення пацієнта до процесу обстеження, діагностики та лікування, профілактики загострення хвороби тощо. Методологічною основою педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів визначено: системний, аксіологічний, гуманістичний, особистісно-діяльнісний, компетентнісний і контекстний підходи, спрямовані на підвищення загальної підготовленості студентів і виконання педагогічних функцій.

Педагогічна складова професійної діяльності сімейного лікаря охоплює: терапевтичне навчання пацієнта та його родини з питань підтримки здоров'я, догляду і самодогляду, уникнення ускладнень, травматизму; налагодження міжособистісної педагогічної взаємодії та довірливих відносин із пацієнтом і співпраці з ним, його близькими та родичами; профілактичну медико-роз'яснювальну роботу та виховання в пацієнтів усвідомленого ставлення до збереження свого здоров'я; проектування та управління освітньою діяльністю пацієнтів; розроблення та реалізацію освітніх програм; діагностику та контроль за освітньою діяльністю пацієнтів, їхніх сімей; педагогічну рефлексію та самонавчання лікаря.



Педагогічна діяльність сімейних лікарів має організаційний характер і передбачає навчання пацієнтів і членів їхніх родин на всіх етапах лікувально-профілактичного процесу. На основі аналізу лікарської діяльності виокремлюємо такі педагогічні функції сімейного лікаря, що реалізуються під час терапевтичного навчання, проведення санітарно-просвітницької роботи шляхом міжособистісної взаємодії з пацієнтами: когнітивно-діагностична, інформаційно-роз'яснювальна, консультативно-методична, коригувально-контролювальна.

Структурними компонентами педагогічної компетентності сімейного лікаря є: професійно спрямована медико-педагогічна позиція; інформаційно-інструментальна здатність і готовність до освітньої діяльності; соціально та професійно значущі особистісні якості, розвинуті педагогічні здібності, педагогічна техніка та професійно-діяльнісна свідомість. Функціональні компоненти педагогічної компетентності сімейного лікаря (мотиваційно-ціннісний, знаннєвий, професійно-комунікативний, організаційно-технологічний і рефлексивний) є основою для комплексної реалізації його педагогічних функцій.

Педагогічна компетентність сімейного лікаря – це інтегрована характеристика особистості, яка відображає: системне сприйняття професійної реальності та її освітньої складової; сформований комплекс актуалізованих психолого-педагогічних і дотичних спеціально-медичних знань і вмінь; усвідомлене опанування формами, методами і способами навчально-виховної роботи та організації педагогічної взаємодії з пацієнтами, їхнім оточенням тощо. Вона виявляється у: здатності навчати і виховувати себе, пацієнтів і людей, що за ними доглядають, ефективно використовуючи весь обсяг медичних і психолого-педагогічних знань; готовності активно впливати на розвиток і саморозвиток соціально та професійно важливих якостей у себе та пацієнтів; володінні навичками виконання соціально-педагогічних і навчально-виховних функцій під час профілактичних, діагностично-лікувальних і реабілітаційних заходів.

Основні матеріали першого розділу висвітлено в публікаціях автора [294; 295; 299; 301; 302].

## РОЗДІЛ 2

### УДОСКОНАЛЕННЯ ПЕДАГОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

У розділі викладено теоретичні засади формування педагогічної компетентності та модель педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті, обґрунтовано педагогічні умови ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті та розроблено методичні рекомендації щодо вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.

Як доведено в першому розділі, одним із важливих напрямів професійної діяльності лікаря загальної практики – сімейної медицини є виконання педагогічних функцій. Для підготовки фахівців-медиків, що усвідомлюють важливість залучення пацієнтів до активної співпраці в лікувально-профілактичному процесі, необхідність їх навчання й виховання в галузі ведення здорового способу життя, здоров'язбереження, дотримання лікувального режиму тощо у процесі професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичних університетах має бути розроблена та реалізована низка організаційних і навчально-методичних заходів.

Професійна підготовка сімейного лікаря є складною за своєю структурою, багатоаспектною та багатофункціональною системою дидактичного впливу викладачів на особистість студента з метою формування певних компетентностей, необхідних для ефективного виконання майбутньої професійної діяльності, серед яких важливе місце займає педагогічна компетентність. Для її формування в медичному ВНЗ необхідно приділяти особливу увагу педагогічним аспектам професійно-теоретичної підготовки майбутніх лікарів сімейної медицини, враховуючи також важливість вироблення практичних навичок. Реалізація гуманістичної, особистісно-орієнтованої парадигми освіти, відповідно до якої розробляються програми підготовки сімейного лікаря в медичних ВНЗ, має сприяти, передусім, покращенню якості первинної медичної допомоги (сімейної медицини).

Вирішення багатьох завдань, що стоять перед охороною здоров'я, в значній мірі залежить від кваліфікації медичних кадрів, рівня їх підготовки, розробки ор-

ганізаційних і методичних основ неперервної професійної освіти фахівців з упровадженням найбільш ефективних форм навчання, задоволення потреби медичної галузі у кваліфікованих фахівцях. Аналіз показує, що проблема підготовки та використання медичних кадрів зберігає свою актуальність і значимість.

У «Концепції реформування системи підготовки лікарів в Україні та приведення її у відповідність до вимог Болонської декларації» серед основних принципів підготовки медичних працівників визначено формування загальнолюдських цінностей, морально-етичної та правової культури. Медичний працівник має гарантувати збереження медичної таємниці, бути коректним, гуманним, обов'язковим. Зважаючи на це, освітньо-професійна програма, зокрема її нормативна частина, включає гуманітарну і соціально-економічну підготовку (освітня та професійна орієнтація). Зміст цих дисциплін є загальним для програм відповідних освітньо-кваліфікаційних рівнів. Водночас у Концепції зазначається, що, порівняно з європейськими країнами, навчальні плани підготовки лікарів в Україні перевантажені теоретичними дисциплінами гуманітарного блоку, більшість із яких взагалі не вивчаються у країнах ЄС [142]. Виконання положень Болонської декларації щодо створення єдиного європейського освітнього простору [393] вимагає врахування міжнародних підходів і світових тенденцій у професійній освіті медичних працівників. Це детермінує відповідні зміни в українській системі медичної освіти, передусім стосовно практико спрямованої педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів.

## **2.1 Модель педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті**

Як з'ясовано в підрозділі 1.3, педагогічну компетентність сімейних лікарів становлять взаємопов'язані функціональні компоненти: мотиваційно-ціннісний, знаннєвий, професійно-комунікативний, організаційно-технологічний, рефлексивний. Щоб виявити механізми ефективного формування компетентності розглянемо роль кожного компонента в педагогічній діяльності сімейного лікаря.

Виокремлення *мотиваційно-ціннісного компонента* ґрунтується на розумінні мотивації як внутрішнього стану особистості, котрий спонукає її до активності в педагогічній діяльності та скеровує поведінку на досягнення мети освітнього процесу під час лікування. Сімейний лікар має усвідомлювати необхідність педагогічної підготовки та її значущість для успішної професійної діяльності; прагнути ефективно співпрацювати з пацієнтами та членами їхніх родин. Цінності досягнення характеризуються ціннісним ставленням до того, що викликає певні почуття, і чим сильніше ці почуття, тим більш значущими для людини є відповідні цінності. Усвідомлення майбутніми лікарями сімейної медицини особистісного смислу професії, потреби інтеріоризації деонтологічних і педагогічних цінностей, їх «вплітання» в ієрархію життєвих смислів сприяє дотриманню високих стандартів якості лікувально-профілактичного процесу, підвищенню моральної відповідальності та мотивації професійного розвитку. Отже, мотиваційно-ціннісний компонент педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів відображає сформованість у них внутрішньої мотивації досягнень кращих результатів у професійно-педагогічній діяльності, а також їхнє прагнення до самовдосконалення й особистісного зростання; планування власного розвитку в професійній сфері, ставлення до людини та її здоров'я як найвищої цінності тощо. Зміст особистісних мотивацій формують духовні цінності лікаря, тому формування мотиваційно-ціннісного компонента доцільно здійснювати з урахуванням взаємозв'язків між особистісними чинниками, ціннісно-сміслова складова яких виступає джерелом активності особистості та стимулює потребу її самовдосконалення.

Педагогічна компетентність у такому контексті оцінюється на основі виявлення особистості у професійно-педагогічній діяльності, що детермінується їхньою мотивацією та передбачає щире бажання допомогти хворому, полегшити його стан, виявляти співчуття тощо. Мотиваційно-ціннісний аспект взаємодії адекватно відображає суб'єкт-суб'єктний характер педагогічної діяльності сімейних лікарів, яка розгортається в якісно-оцінній сфері на внутрішньому тлі мотивації до її виконання. Отже, сукупність мотивів досягнення успіху в освітньому процесі, деонтологічних і педагогічних ціннісних установок формулює мотиваційну

сферу майбутніх сімейних лікарів, їхнє ставлення до професійно-педагогічної діяльності, визначає її гуманістичні пріоритети. У контексті професійної діяльності сімейних лікарів мотиваційно-ціннісний компонент справляє вагомий вплив на формування характеру особистості, розвитку в неї мотивації до вдосконалення професійно-педагогічних здібностей, самоосвіти й самовдосконалення та передбачає формування у студентів медичних ВНЗ стійкого прагнення до ефективної співпраці з пацієнтами та членами їхніх родин у поєднанні з альтруїстичним бажанням зберегти здоров'я людям, здатністю отримувати задоволення від взаємодії з ними, спроможністю конструктивно налагоджувати психологічний контакт, формувати довірливі стосунки на засадах узгодженості та взаємосприйняття.

*Знаннєвий компонент* педагогічної компетентності сімейних лікарів забезпечує коректне виконання ними професійно-педагогічної діяльності. На основі знань актуалізується здатність суб'єкта визначати шляхи і способи вирішення практичних завдань, проектування необхідних дій для досягнення й оцінювання результату, активізується його пізнавальна діяльність. Стосовно професійно-педагогічної діяльності сімейних лікарів мають значення знання її змісту, розуміння освітніх завдань, пошук і здобуття необхідної інформації та її інтерпретування, прийняття рішень і специфіка професійного мислення. Усе це сприяє опануванню пізнавальних методів і навичок прийняття обґрунтованих рішень.

У контексті нашого дослідження, яке стосується формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів, знаннєвий компонент охоплює систему знань із психології та педагогіки про закономірності цілісного освітнього процесу, особливості педагогічної взаємодії в системі «сімейний лікар – пацієнт», способи проектування, організації освітньої діяльності пацієнта та управління нею в лікувально-профілактичному процесі, форми, методи і засоби здійснення педагогічного впливу тощо. Успішність взаємодії учасників лікувального процесу забезпечать знання про людину як суб'єкт навчання, її вікові й індивідуальні особливості, знання закономірностей психічного розвитку та чинників, що сприяють удосконаленню особистості, норм педагогічної етики, основ педагогічної культури, способів саморегуляції педагога, психології міжособистісних стосунків.

Формування знаннєвого компонента педагогічної компетентності у процесі підготовки сімейних лікарів має спрямовуватися не лише на здобуття певної суми знань, а на осмислення їх як підґрунтя ефективної професійно-педагогічної діяльності під час лікувально-профілактичного процесу, усвідомлення їх значущості для професійного становлення й саморозвитку, адекватне сприймання професійно значущої інформації в конкретних ситуаціях тощо. Ці когнітивні процеси, на нашу думку, мають значний вплив на ефективність професійної діяльності лікарів сімейної медицини, оскільки їх зміст відіграє важливу роль у мисленні та сприйманні фахівців під час виконання діяльності, завдяки чому одержана інформація проектується на раціональне вирішення професійно-педагогічних завдань.

Отже, знаннєвий компонент педагогічної компетентності відображає свідомі уявлення сімейних лікарів про пацієнта, його спосіб життя, оточення. Водночас цей компонент дозволяє регулювати поведінку: знання специфіки сприймання людьми один одного і особливостей їхньої взаємодії дозволяють адекватно вибудувати поведінку в різних ситуаціях таким чином, щоб встановити з пацієнтами позитивні відносини, які сприяють налагодженню контакту, а не викликають заперечення чи тривогу. Його професійний контекст не лише містить професійно значущі знання з медицини, педагогіки і психології, а й пов'язаний із розвитком пізнавальних здібностей та особистісних потреб майбутніх сімейних лікарів щодо самоосвіти і постійного самовдосконалення, їхньої здатності до ефективного сприймання та осмислення професійно значущої інформації.

*Професійно-комунікативний компонент* педагогічної компетентності сімейних лікарів пов'язаний із комплексом комунікативних умінь і навичок, які забезпечують успішність виконання ними професійно-педагогічної діяльності. Як правило, навчання пацієнтів, їхніх родичів, проведення просвітницької роботи відбувається у процесі міжособистісного спілкування, яке обов'язково передбачає певний результат – зміну поведінки й діяльності інших людей. Міжособистісний характер спілкування сімейних лікарів у лікувально-профілактичному процесі для забезпечення його успішності вимагає умінь щодо сприймання, розуміння й адекватного моделювання особистості співбесідника, впливу на нього, а саме: налаш-

товуватись на спілкування з пацієнтом, планувати комунікативну взаємодію та здійснювати педагогічний вплив на нього, знаходити комунікативні засоби під час навчання пацієнтів з урахуванням їх індивідуальних особливостей і відповідно до конкретної ситуації, дотримуватись норм мовного етикету та поведінки, будувати конструктивний діалог у педагогічному процесі та постійно підтримувати зворотний зв'язок з об'єктами спілкування, спрямовувати власну комунікативну поведінку на досягнення конкретних педагогічних цілей тощо.

Таким чином, професійно-комунікативний компонент педагогічної компетентності лікарів загальної практики – сімейної медицини відображає їхню зорієнтованість у різних комунікативних ситуаціях, яка ґрунтується на знаннях і досвіді, а також їхню здатність ефективно взаємодіяти з пацієнтами та членами їхніх родин завдяки розумінню себе та інших на тлі постійних видозмін їхніх психічних станів. Це передбачає усвідомлення фахівцями не лише змісту педагогічного спілкування, а й відповідних методів і прийомів їх впливу на пацієнтів. Формування професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності у процесі підготовки в медичних ВНЗ передбачає активізацію внутрішніх ресурсів майбутніх сімейних лікарів, необхідних для ефективного спілкування в педагогічній діяльності, а також розвиток їхніх комунікативних якостей, які дозволять запобігати виникненню конфліктів і прогнозувати результативність педагогічного процесу.

Необхідність виокремлення *організаційно-технологічного компонента* педагогічної компетентності зумовлена тим, що педагогічна діяльність лікарів сімейної медицини потребує організації освітнього процесу з метою навчання та виховання пацієнтів, їхніх родичів, опікунів. Це передбачає визначення сукупності відповідних методів і розроблення механізмів їх застосування для досягнення поставленої мети, що сприятиме підвищенню якості навчання, забезпечить успішну педагогічну взаємодію і дозволить досягнути запланованого результату.

Щоб організувати ефективне навчання пацієнтів, сімейні лікарі мають володіти знаннями, вміннями і навичками з методики: застосування ефективних форм і методів навчання і виховання, створення атмосфери співробітництва, доброзичливості, відкритості в освітній діяльності лікувально-профілактичного процесу,

прогнозування конфліктних ситуацій та їх запобігання, формування в пацієнтів позитивного ставлення до навчання тощо. Успішність педагогічної взаємодії в лікувально-профілактичному процесі детермінована вибором методів, прийомів і засобів освітньої діяльності, мірою усвідомлення її цілей і завдань, необхідності використання новітніх досягнень психології та педагогіки, врахування дидактичних закономірностей і принципів. Крім того, успішність навчання пацієнтів залежить від їхньої зацікавленості й активності в бажанні видужати чи покращити стан здоров'я, тому лікар має організувати навчання таким чином, щоб хворі та їхні родини були переконані в необхідності та важливості цього процесу.

Отже, формування організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності у майбутніх лікарів сімейної медицини передбачає розвиток у них етико-деонтологічної культури у взаємодії з пацієнтами, а також здатності організовувати навчання пацієнтів на гуманістичних засадах шляхом реалізації дидактичних принципів, застосування оптимальних форм і методів для вирішення педагогічних завдань стосовно конкретного об'єкта.

Ступінь усвідомлення сімейними лікарями себе як суб'єктів професійно-педагогічної діяльності, розвитку їхньої самооцінки, відповідальності за результати своєї роботи відображає *рефлексивний компонент* педагогічної компетентності. У ньому концентрується зміст усіх компонентів, оскільки рефлексія не лише забезпечує усвідомлення і коригування цілей освітнього процесу, зумовлює критерії утворення ієрархії мотивів, а й здійснює можливу переоцінку складності педагогічного завдання, допомагає прогнозувати наслідки навчання тощо. Таким чином, рефлексія, яка забезпечує безпосередній самоконтроль поведінки людини та її здатність до співвіднесення своїх дій із ситуацією та їх координації відповідно до зміни умов і власного стану [129], є психологічною передумовою успішної педагогічної взаємодії, що ґрунтується на таких якостях особистості, як проникливість, чуйність, безоцінне прийняття та розуміння іншої людини тощо.

Формування рефлексивного компонента педагогічної компетентності майбутніх лікарів загальної практики – сімейної медицини передбачає вироблення в них умінь оцінювати свої почуття та стани під час взаємодії з пацієнтами, розви-



ток здатностей до самоаналізу, самоконтролю й емоційно-психологічної саморегуляції у процесі освітньої діяльності, систематизації та узагальнення різнобічної інформації, створення на цій основі внутрішнього плану дій, узгодження та співвіднесення своїх дій з іншими учасниками лікувально-профілактичного процесу. На основі самоосмислення професійно-педагогічної діяльності має сформуватися їхня готовність до саморозвитку та самовдосконалення в ній. Отже, рефлексивний компоненті педагогічної компетентності сімейних лікарів виявляється в обмірковуванні ними своєї професійно-педагогічної діяльності, її аналізі, ступені розгортання процесів прийняття рішень щодо її організації та проведення, схильності до самоаналізу тощо. У такий спосіб реалізується професійно-педагогічний розвиток та особистісне зростання сімейних лікарів.

З викладеного випливає, що формування кожного з компонентів педагогічної компетентності в майбутніх сімейних лікарів потребує вдосконалення їхньої підготовки в медичному університеті шляхом створення моделі педагогічної підготовки та обґрунтування відповідних педагогічних умов, що забезпечить формування належної педагогічної компетентності у студентів.

Конструювання моделі потребує передусім з'ясування вихідних позицій щодо проектування та моделювання системи педагогічної підготовки сімейних лікарів. Визначенню сутності цих процесів і використанню моделей у педагогічних дослідженнях приділена увага у працях М. Алексеєва [4], В. Герта [58], О. Дахіна [79], Є. Лодатка [187], О. Новікова [223], В. Пікельної [243], Р. Шеннона [356], В. Штоффа [359], Г. Щекатунової [363], В. Ясвіна [371] та ін. Проаналізувавши ці наукові джерела, можемо констатувати, що модель – це штучно створений об'єкт у вигляді схем, фізичних конструкцій, знакових форм чи формул, що є подібним до досліджуваного об'єкта (чи явища), відображає і відтворює в спрощеному вигляді структуру, властивості, взаємозв'язки і відносини між елементами цього об'єкта (О. Дахін [79, с. 22]); допоміжний об'єкт, обраний або перетворений у пізнавальних цілях, який дає нову інформацію про основний об'єкт (О. Новіков [223, с. 82]); уявлення об'єкта, системи або ідеї в формі, яка відрізняється від самої цілості та може слугувати для пояснення і кращого розуміння об'єкта, або для пе-

редбачення і (або) відтворення характеристик, які визначають його поведінку (Р. Шеннон [356]); мисленнєво уявлена або матеріально реалізована система, яка, відображаючи або відтворюючи об'єкт дослідження, здатна заміщати його таким чином, що її вивчення дає нову інформацію про об'єкт (В. Штофф [359, с. 19]). У педагогіці модель трактують як систему, що відображає досліджуваний педагогічний об'єкт і, перебуваючи з ним у відношеннях заміщення та подібності, слугує опосередкованим способом отримання інформації про цей об'єкт і допускає експериментальну перевірку. До основних характеристик моделі відносять: об'єктивну аналогію з відтворюваним оригіналом і максимальне наближення до нього, представлення досліджуваного об'єкта у спрощеному вигляді, можливість використання для вивчення або перетворення реального об'єкта.

Значущість моделювання для практичної педагогіки зумовлена його функціями. У педагогічних дослідженнях виокремлюють базові (Л. Іванова [120, с. 7–8], Л. Лур'є [191, с. 10], Н. Фунтікова [330, с. 185]) і специфічні (О. Дахін [79], Ю. Делімова [84], Т. Пушкар [261] функції моделі.

До базових функцій відносять: *евристичну*, що забезпечує аналогію з оригіналом і полягає у здатності моделі, як інструмента пізнання реального (або створюваного) об'єкта чи системи, заміщати їх під час дослідження та розкривати невідомі раніше властивості та механізми їх покращення; *прогностичну*, що відображає можливість проектування та передбачення результатів реалізації моделі та розвиток подій у межах досліджуваного явища, виявлення внутрішніх ресурсів ефективного розвитку змодельованої системи, визначення її проблемних ланок і накреслення шляхів удосконалення. Так, у випадку моделювання процесу педагогічної підготовки сімейних лікарів завдяки цій функції вдається спрогнозувати перспективи розвитку окремих компонентів педагогічної компетентності студентів як найбільш значущих для їхньої професійної діяльності.

Специфічними функціями моделі є описативна та нормативна. *Описативна* функція виявляється в тому, що завдяки абстрагуванню модель дає змогу спрощено розглянути явища і пояснити процеси, що вивчаються. Описативна функція моделі педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів полягає в тому, що, абст-

рагуючись від реалій кожного окремого медичного ВНЗ, можемо пояснити специфіку та зміст педагогічної підготовки студентів і встановити сутнісні характеристики педагогічної компетентності як соціально і професійно важливої якості сімейних лікарів. *Нормативна* функція моделі полягає в тому, що за її допомогою дослідник спроможний не лише відобразити чинну систему, а й сконструювати її нормативний образ. У нашому дослідженні нормативна функція моделі дозволить побудувати бажаний (ідеальний) образ процесу вдосконалення професійної підготовки майбутніх лікарів сімейної медицини у ВНЗ і формування у них педагогічної компетентності.

Ці функції та можливості ми враховували під час побудови нашої моделі. Отже, модель педагогічної підготовки майбутніх лікарів загальної практики – сімейної медицини розглядаємо як систему, що відображає її цілі, зміст, мету, і створена для дослідження особливостей освітнього процесу в медичних ВНЗ, педагогічних функцій професійної діяльності лікарів сімейної медицини, умов реалізації інновацій щодо вдосконалення педагогічної складової їхньої підготовки та перевірки їх ефективності, виявлення критеріїв формування педагогічної компетентності та способів їх діагностики. Її застосування дасть можливість більш чітко окреслити проблему нашого дослідження, визначити шляхи її розв'язання і передбачити результат, який дозволить перевірити гіпотезу.

Цілісність моделі забезпечується єдністю її структурних і функціональних компонентів. Зважаючи на те, що моделювання педагогічного процесу передбачає не лише проектування, а й накреслення шляхів її впровадження в освітню практику [353, с. 21], у структурі моделі педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів в медичному університеті виокремлено цільовий, концептуальний, організаційно-проектувальний, технологічний і контрольний-оцінний блоки (рис. 2.1).

**Цільовий блок** відображає актуалізацію моделі та ґрунтується на соціальному замовленні суспільства на висококваліфікованих лікарів загальної практики – сімейної медицини, здатних приділяти належну увагу пацієнтам з урахуванням їхніх індивідуальних особливостей та стану здоров'я, забезпечити якісну безперервну медичну допомогу хворим, на належному рівні виконувати лікувально-профілактичну, просвітницьку, соціально-організаторську та інші види робіт.

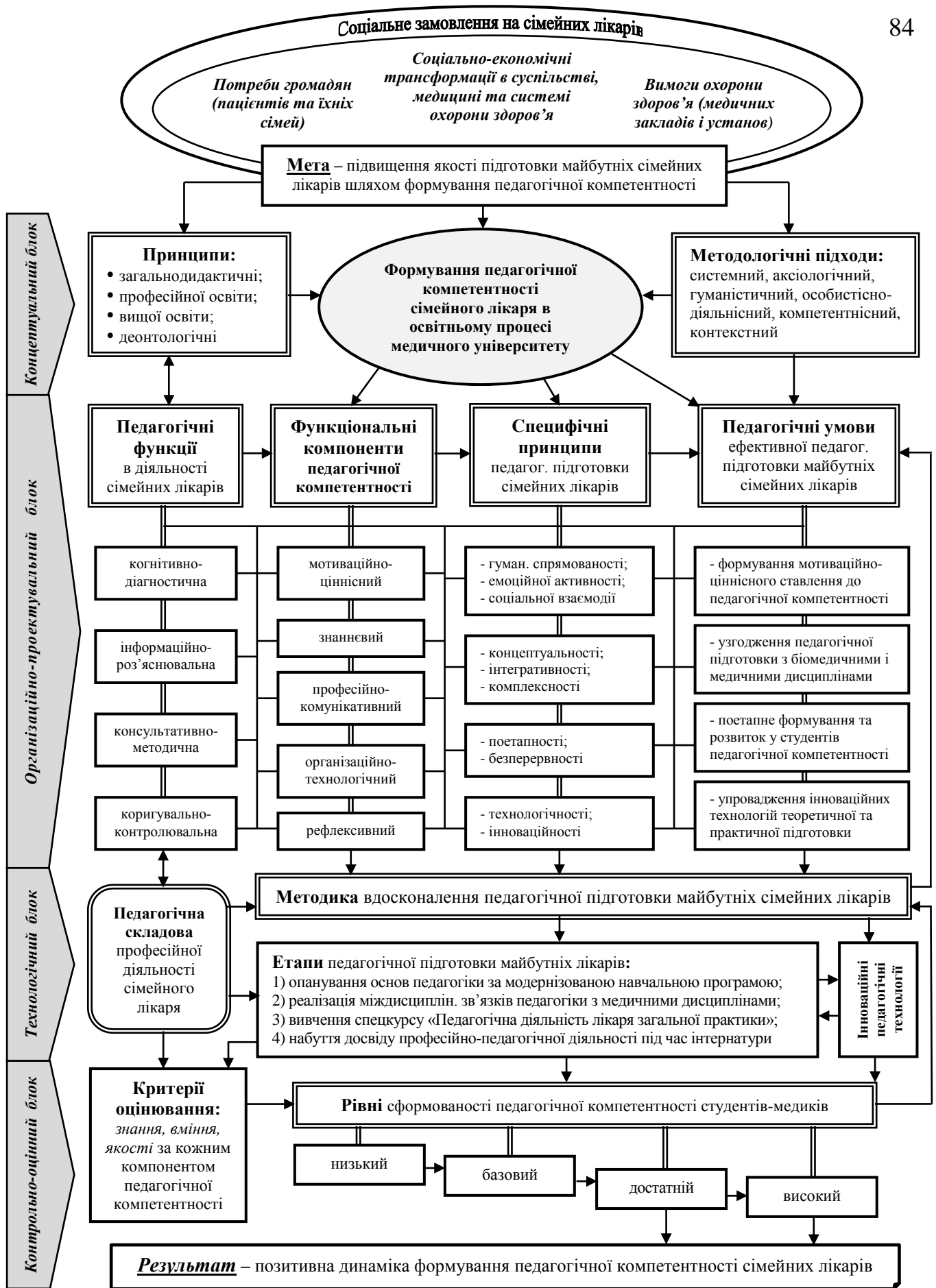


Рис. 2.1. Модель педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів

Педагогічна підготовка сімейних лікарів має проектуватися відповідно до соціально-економічних трансформацій, що відбуваються в суспільстві, медичній науці та галузі охорони здоров'я, враховувати потреби громадян в якісному медичному обслуговуванні та вимоги сучасної системи охорони здоров'я до медичних працівників.

Важливою ланкою цього блоку є мета проектованої моделі – підвищення якості підготовки майбутніх сімейних лікарів шляхом формування педагогічної компетентності, яка виявляється в їхній здатності навчати і виховувати пацієнтів, готовності здійснювати педагогічний вплив на них, реалізувати соціально-педагогічні та навчально-виховні функції під час лікувально-профілактичного процесу. Відповідно до цієї мети педагогічна підготовка майбутніх лікарів сімейної медицини у ВНЗ має спрямовуватися на озброєння студентів психолого-педагогічними і методичними знаннями, вироблення в них відповідних умінь і навичок, які дозволять кваліфіковано вирішувати професійно-педагогічні завдання за допомогою комплексу сучасних методів і технологій навчання. Таким чином, у процесі проектування моделі педагогічної підготовки сімейних лікарів цільовий блок є провідним, оскільки визначає сутність і наповнення інших її блоків.

**Концептуальний блок** репрезентує вихідні методологічні та психолого-педагогічні положення процесу формування педагогічної компетентності сімейних лікарів як інтегрованої характеристики особистості, що відображає усвідомлене сприйняття нею освітньої складової професійної діяльності; комплекс сформованих психолого-педагогічних і спеціально-медичних знань і вмінь; належний рівень опанування формами, методами і способами навчально-виховної роботи та організації педагогічної взаємодії з пацієнтами тощо. Основними методологічними підходами є: системний, що дозволяє домогтися цілісності процесу професійної підготовки в медичному ВНЗ; аксіологічний, відповідно до якого педагогічні цінності розглядаються крізь призму ціннісних орієнтацій сімейних лікарів; гуманістичний, що орієнтує всі компоненти навчання сімейного лікаря на людину як основоположну цінність; особистісно-діяльнісний, що визнає навчально-професійну діяльність умовою повноцінного розвитку і саморозвитку особистості; компетентнісний, як основа вироблення у студентів медичних ВНЗ умінь і на-

вичок для успішного виконання професійно-педагогічних завдань у лікувально-профілактичному процесі; контекстний, що сприяє інтеграції теоретичних і практико орієнтованих компонентів навчання в підготовці сімейних лікарів.

Провідними теоретичними положеннями, які зумовлюють конструювання моделі, є: загальнодидактичні принципи (розвивального і виховного характеру навчання, науковості, систематичності й послідовності, доступності, зв'язку теорії з практикою, індивідуалізації та диференціації та ін.), принципи професійної освіти (професійної спрямованості навчання, випереджувального характеру професійної підготовки, фундаменталізації освіти, наступності, інформатизації та ін.), принципи вищої освіти (наукового характеру; інтеграції з наукою і виробництвом; взаємозв'язку з освітою інших країн; гнучкості та прогностичності, єдності та наступності; безперервності та різноманітності освіти; поєднання державного управління і громадського самоврядування), деонтологічні принципи (гуманного ставлення до хворого; надання допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної і релігійної приналежності; солідарності усіх лікарів у повазі до гідності людей; збереження лікарської таємниці; участі в охороні життя людей від тих чи інших ексцесів, що їм загрожують; недопущення експериментів над людьми; утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії лікаря).

Стрижнем *організаційно-проектувального блоку* є структура педагогічної компетентності сімейних лікарів, розроблена відповідно до когнітивно-діагностичної, інформаційно-роз'яснювальної, консультативно-методичної та коригувально-контролювальної педагогічних функцій їхньої професійної діяльності. Вона включає п'ять взаємозумовлених і взаємопов'язаних компонентів: мотиваційно-ціннісний, знаннєвий, професійно-комунікативний, організаційно-технологічний і рефлексивний.

Цей блок також містить специфічні принципи педагогічної підготовки майбутніх лікарів сімейної медицини (гуманістичної спрямованості, емоційності, соціальної взаємодії, концептуальності, інтегративності, комплексності, поетапності, безперервності, технологічності, інноваційності), які узгоджуються з компонентами педагогічної компетентності та є підґрунтям педагогічних умов ефективної

педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичному університеті. Визначені педагогічні умови (спрямованість навчання на формування мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної компетентності медика; узгодження педагогічної підготовки із біомедичними і медичними дисциплінами; поетапне формування та розвиток у студентів педагогічної компетентності; упровадження інноваційних технологій теоретичної та практичної підготовки, що відображають соціально-педагогічний контекст професійної діяльності), які будуть проаналізовані в підрозділі 2.2., займають одне з центральних місць у моделі та спрямовані на досягнення основної мети – формування в майбутніх лікарів сімейної медицини педагогічної компетентності, ставлення до неї як до важливого чинника успішності лікувально-профілактичного процесу, усвідомлення необхідності професійно-педагогічного самовдосконалення через її розвиток, забезпечення готовності випускників медичних ВНЗ до майбутньої професійної діяльності з урахуванням вимог суспільства до галузі охорони здоров'я.

*Технологічний блок* моделі містить методику вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів, спрямовану на розвиток їхньої загальної, професійної та педагогічної культури, здатності до педагогічного мислення, формування функціональної готовності, підвищення рівня професійної компетентності. Етапи педагогічної підготовки сімейних лікарів та ефективні для кожного з них зміст, форми, методи навчання та відповідні педагогічні технології, які будуть висвітлені в підрозділі 2.3, визначені з урахуванням педагогічної складової професійної діяльності сімейного лікаря, яка охоплює: терапевтичне навчання пацієнта та його родини з питань підтримки здоров'я, догляду та самогляду, уникнення ускладнень, травматизму; налагодження міжособистісної педагогічної взаємодії та довірливих відносин із пацієнтом і співпраці з ним, його близькими та родичами; профілактичну медико-роз'яснювальну роботу та виховання в пацієнтів усвідомленого ставлення до збереження свого здоров'я; проектування та управління освітньою діяльністю пацієнтів; розроблення та реалізація освітніх програм; діагностику і контроль за освітньою діяльністю пацієнтів та їхніх сімей; педагогічну рефлексію та самонавчання лікаря (див. підрозділ 1.2).

Розроблена поетапна методика вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів узгоджується з обґрунтованими педагогічними умовами, передбачає наступність і взаємозумовленість розвитку всіх компонентів педагогічної компетентності лікарів сімейної медицини, що забезпечує єдність професійно-медичного і психолого-педагогічного розвитку студентів медичних ВНЗ.

**Контрольно-оцінний** блок відображає вимоги до якості професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті, визначені Державним стандартом та іншими нормативними документами. Цей блок пов'язаний зі створенням діагностичного апарату, який дозволяє визначити рівень педагогічної компетентності випускників, містить критерії оцінювання (знання, вміння, якості за кожним компонентом компетентності), показники і методи оцінювання, рівні її сформованості у студентів медичного університету (див. Додаток Е), а також очікуваний результат упровадження та реалізації моделі – позитивну динаміку формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів.

Ми пропонуємо виділити чотири рівні сформованості педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів: низький, базовий, достатній і високий, що відображають системність і послідовність розвитку досліджуваної якості у студентів, поетапну актуалізацію власних інтелектуальних і психічних ресурсів для ефективного виконання професійно-педагогічної діяльності, покращення якості лікувально-профілактичного процесу.

Отже, ми побудували й описали модель, що відображає педагогічні цілі, концептуальні засади, завдання, пріоритети й умови вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх лікарів сімейної медицини у процесі навчання. Дослідження результатів її апробації в медичних ВНЗ дає можливість виявити взаємозв'язки компонентів педагогічної компетентності, на цій основі обґрунтувати педагогічні умови ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті та розробити методичні рекомендації щодо вдосконалення їхньої педагогічної підготовки. Під час упровадження моделі доцільно проводити безперервний моніторинг об'єктів моделювання; оцінювання ефективності моделі та її складових; здійснювати необхідні коригувальні заходи для її вдосконалення.



Упровадження та реалізація моделі на практиці забезпечить системність і послідовність освітнього процесу, дасть змогу цілісно спрогнозувати результати професійно-педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів. В цілому це дозволяє здійснювати випереджувальне навчання з урахуванням перспективних вимог галузі охорони здоров'я до лікарів загальної практики – сімейної медицини і підвищити якість їхньої професійної підготовки в медичному університеті, а також конкурентоздатність на ринку медичних послуг. Адже в подальшому, як свідчить європейська практика та світові тенденції, пацієнти самостійно обирають сімейного лікаря за його професійними й особистісними якостями.

## **2.2 Педагогічні умови ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті**

Для обґрунтування педагогічних умов ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті важливо визначити принципи, спрямовані на підвищення якості освітнього процесу, на які опирається впровадження інноваційних технологій навчання. У педагогіці визначено спільні для організації освітнього процесу в усіх навчальних закладах дидактичні принципи (розвивального і виховного характеру навчання, науковості, систематичності й послідовності, доступності, зв'язку теорії з практикою, індивідуалізації та диференціації та ін.), що ґрунтуються на закономірностях навчання та тлумачаться як вихідні положення, що визначають характер розвитку педагогічної науки і практики [282, с. 120]. Їх дотримання у професійній підготовці майбутніх лікарів сімейної медицини має здійснюватися з урахуванням новітніх досягнень і тенденцій педагогічної науки. В. Кремень підкреслює, що основоположні дидактичні принципи в сучасній освіті мають відображатися на технологічному рівні, що не допускати відірваності теоретичних положень дидактики від конкретних методик і технологій навчання [151, с. 24-25]. Це сприятиме орієнтуванню на систему принципів, творче використання якої в конкретних умовах забезпечує ефективність освітнього процесу [367, с. 313], адже взаємозв'язок і взаємозумовленість

цих принципів узгоджують усі його ланки і визначають основні вимоги до змісту, управління, методів і форм організації навчальної діяльності студентів.

На основі загальнодидактичних принципів у педагогіці професійної освіти розроблені конкретні рекомендації щодо напрямів здійснення підготовки фахівців різного профілю, які стосуються регулювання суб'єкт-суб'єктних відносин учасників процесу професійної підготовки, з'ясування його провідних тенденцій і вирішення суперечностей, визначення напрямів його вдосконалення. Однак особливості освітнього процесу професійної підготовки потребує також врахування принципів, які відображають закономірності формування особистості кваліфікованого фахівця у ВНЗ (професійної спрямованості навчання, випереджувального характеру професійної підготовки, фундаменталізації освіти, наступності, інформатизації та ін.), а також завдання та проблеми сучасної професійної освіти [202, с. 15-16]. У нашому дослідженні вони стосуються передусім стратегії розвитку організаційно-педагогічного забезпечення навчання лікарів: оновлення змісту, застосування інноваційних форм і методів, забезпечення взаємозв'язку професійно-медичної та психолого-педагогічної підготовки тощо.

Оскільки проблема педагогічної підготовки сімейних лікарів розглядається в контексті їхнього навчання в медичному ВНЗ, то у процесі обґрунтування педагогічних умов її вдосконалення вважаємо за необхідне спиратися також на принципи вищої освіти (наукового характеру освіти; інтеграції з наукою і виробництвом; взаємозв'язку з освітою інших країн; гнучкості та прогностичності системи освіти, її єдності та наступності; безперервності та різноманітності освіти; поєднання державного управління і громадського самоврядування в освіті) [101]. У Державній Національній програмі «Освіта (Україна ХХІ століття)» наголошується, що вища освіта визначати рівень науково-культурного прогресу українського суспільства, інтелектуального потенціалу нації та всебічний розвиток особистості як найвищої цінності суспільства [86]. Відповідно до цього принципи вищої освіти позиціонуються як фундаментальні засади формування, функціонування й розвитку інституту вищої освіти, реалізації освітньої діяльності у ВНЗ і виступають векторами державної політики щодо розвитку вищої освіти в країні [220]. Вони

зорієнтовані на досягнення світового рівня вищої освіти, відродження її самобутнього національного характеру, оновлення змісту, форм і методів навчання у ВНЗ.

Аналіз професійної діяльності сімейних лікарів переконує, що забезпечення їхньої педагогічної підготовки має спиратися на принципи деонтології, які відображають сукупність етичних норм, необхідних для виконання ними своїх професійних обов'язків [137, с. 6]. Домінантою лікувально-профілактичного процесу є взаємодія сімейного лікаря з пацієнтом, членами його родини. Від того, на яких засадах вона побудована, залежить успіх попередження, виявлення та лікування патологій і захворювань. Отже, деонтологічні принципи поширюються не лише на відносини «лікар – хворий», а й на відносини «лікар – родичі пацієнта», «лікар – колеги». Їх реалізація в педагогічній підготовці майбутніх сімейних лікарів не лише забезпечить належне виконання професійно-педагогічної діяльності, а й сприятиме гуманізації медичної галузі, підвищенню престижу лікарської професії та суттєво зменшить вияви неякісного медичного обслуговування населення.

Отже педагогічну підготовку як один із важливих напрямів навчання майбутніх сімейних лікарів ми розглядаємо з позицій системного, аксіологічного, особистісно-діяльнісного, гуманістичного, компетентнісного та контекстного підходів з урахуванням загальнодидактичних принципів, принципів професійної освіти, принципів вищої освіти і принципів деонтології. Однак, спираючись на розробки В. Герта, О. Іванова, С. Корольової [58, с. 141; 115] відповідно до компонентів педагогічної компетентності сімейних лікарів, ми виокремили також такі **специфічні принципи педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичних університетах**: гуманістичної спрямованості, емоційної активності, соціальної взаємодії, концептуальності, інтегративності, комплексності, поетапності, безперервності, технологічності, інноваційності. Розглянемо їх детальніше.

*Принцип гуманістичної спрямованості* ґрунтується на ідеях людиноцентризму, покладених в основу сучасної парадигми освіти. Відповідно до неї, освітній процес у ВНЗ має спрямовуватися на підготовку фахівців, які мають розвинуті соціально та професійно важливі якості, що сприяють їхній успішній адаптації до майбутньої діяльності та самовдосконаленню в ній. Стосовно педагогічної підго-

товки сімейних лікарів однією з важливих передумов вирішення цього завдання є підвищення її ефективності у медичних університетах, зокрема, шляхом формування їхньої педагогічної компетентності та готовності до постійного самовдосконалення у професійно-педагогічній діяльності.

Принцип гуманістичної спрямованості передбачає формування особистості з високим рівнем самосвідомості, яка осмислює свою роль у суспільстві та здатна до критичного мислення, поваги до інших людей, гуманного ставлення до обраної професії та до своєї функції в ній. О. Новіков розглядає реалізацію цього принципу під кутом зору формування в людини «особливої, власне людської форми ставлення до навколишнього світу і самої себе, своєї власної діяльності в ньому» [224, с. 54]. Його дотримання в педагогічній діяльності виражається в умінні викладачів налагодити суб'єкт-суб'єктні відносини зі студентами та передбачає організацію освітнього процесу на засадах визнання їхніх позитивних якостей, права на вільний розвиток і вияв здібностей, самостійності й відповідальності за свої дії.

Гуманістичну спрямованість педагогічного процесу пов'язують зі ставленням до студента як до найвищої цінності, реалізацією творчого потенціалу особистості у професійній діяльності. Її аксіологічні аспекти виявляються під час педагогічної взаємодії [22, с. 5] та виражаються в повазі та позитивному ставленні її учасників один до одного, здатності об'єктивно сприймати інших. Сутність принципу гуманістичної спрямованості в нашому дослідженні передбачає вдосконалення професійної підготовки сімейних лікарів у медичних університетах на основі усвідомлення гуманістичного змісту професійно-педагогічної діяльності та формування ціннісного ставлення до неї. Його реалізація під час педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів потребує використання гуманістичного та аксіологічного підходів.

*Принцип емоційної активності* зумовлений природним розвитком особистості у процесі професійного становлення, коли майбутній фахівець розвивається інтелектуально й емоційно. Важливу роль тут відіграють емоції, які надають суб'єктного забарвлення тому, що відбувається навколо людини і в її свідомості. Емоції належать до особливого виду психічних процесів і характеризують стан

людини, пов'язаний з її потребами й мотивами, які виявляються у формі безпосередніх переживань. За твердженням К. Ізарда, в тому, що «...емоції мотивують, організовують і спрямовують сприймання, мислення та дії» [116, с. 17], полягає фундаментальний принцип людської поведінки. На думку І. Зязюна, емоції виконують роль адаптивних механізмів особистості в усіх сферах життєдіяльності. Пошук людиною емоційної інформації та її використання для осмислення власних життєвих позицій приводить до розуміння інших людей, розпізнавання власних емоцій і володіння ними. Це стимулює розвиток самосвідомості, емпатії, самосприймання, впевненості в собі тощо [208, с. 18-20]. Л. Рубінштейн довів, що емоції, як внутрішня спонукальна сила, суттєво впливають на перебіг діяльності [265]. Це відбувається за рахунок того, що емоція, маючи зовнішнє вираження через міміку, пантоміміку, дії, інтонацію, повідомляє оточуючим про стан людини, що відбивається в її поведінці під час взаємодії. У зв'язку з цим особливо важливим, на нашу думку є вміння викладача регулювати власні емоції, здійснювати емоційно активний педагогічний вплив на студентів, розвивати їхню емоційно-почуттєву сферу як чинник успішної професійно-педагогічної діяльності. Це спонукає студентів до виявлення емоційної активності та самостійності, які трансформуються у професійно важливі якості [82, с. 83]. Зауважимо, що вивчення емоційних зв'язків під час взаємодії з пацієнтами та їхніми родичами допомагає формуванню відповідального ставлення майбутніх сімейних лікарів до педагогічної діяльності. Реалізація принципу емоційної активності у процесі педагогічної підготовки сімейних лікарів передбачає розвиненість їхньої емоційно-почуттєвої сфери, формування спрямованості на глибоке розуміння емоційного стану пацієнтів та їх рідних, а також набуття й розвиток навичок контролю емоцій та емоційної саморегуляції в різних професійно-педагогічних ситуаціях.

Організацію співробітництва викладачів і студентів у процесі педагогічної підготовки майбутнього сімейного лікаря на паритетних засадах передбачає *принцип соціальної взаємодії*. Він ґрунтується на положенні про те, що людина є суспільною істотою, її діяльність розгортається в процесі міжособистісних стосунків під час співпраці з іншими. У суб'єкт-суб'єктній взаємодії особистість реалізує

свій інтелектуальний та духовний потенціал, і відбувається це, як правило, в діалогічній формі [266, с. 133]. Позитивне емоційне тло такої взаємодії сприяє утвердженню прагнення учасників до самовдосконалення, глибшому розумінню один одного, розвитку здібностей щодо усвідомлення стосунків з іншими. У цьому виявляється тісний зв'язок принципів соціальної взаємодії та емоційної активності.

Відповідно до принципу соціальної взаємодії особистість студента в процесі професійної підготовки потрібно розглядати крізь призму її відносин у певному соціумі. Ураховуючи це, під час підготовки майбутніх сімейних лікарів до ефективної педагогічної діяльності необхідно акцентувати увагу на характері педагогічної взаємодії як моделі майбутньої професійно-педагогічної діяльності, яка передбачає здійснення педагогічного впливу на студентів і одержання від них конструктивного зворотного зв'язку. Важливе значення тут має визначена педагогом стратегія взаємодії зі студентами. Перспективною в сучасному освітньому просторі вважається інтегративна стратегія співробітництва, орієнтована не лише на потреби учнів, але на створення ситуацій для розвитку особистості. Вона передбачає взаєморозуміння, довіру і взаємну вимогливість педагога і студента [83, с. 52, 56], а також їхню плідну співпрацю в освітньому процесі, встановлення ділових контактів, спільну постановку завдань, аналіз педагогічних ситуацій, їх вирішення, колективне оцінювання досягнутих результатів тощо.

У проєкції на майбутню діяльність сімейних лікарів застосування принципу соціальної взаємодії в їхній підготовці спрямоване на формування готовності до ефективної професійно-педагогічної взаємодії на паритетних засадах, а також до їхньої співпраці, як організаторів і активних суб'єктів освітнього процесу, з пацієнтами та їхніми родинами, які є його об'єктами; вироблення вмінь налагоджувати зворотний зв'язок, які передбачають гнучкість лікаря у педагогічній взаємодії та його здатність оперативно коригувати її перебіг.

*Принцип концептуальності* передбачає науковий підхід до педагогічної підготовки сімейних лікарів, який спирається на новітні досягнення в галузі медичної та педагогічної наук. Він ґрунтується на загальнонауковому принципі концептуальної єдності, який зумовлює спільність прийнятого, визначеного і нового, неви-

значеного, змінного, та означає логічний зв'язок усіх ланок освітнього процесу. В основу принципу концептуальності покладена вимога відповідності знань об'єктивній дійсності, рівню розвитку суспільних знань, сучасної науки і техніки [47, с. 85], що впливає на зміст освітнього процесу і потребує його вдосконалення відповідно до сучасних реалій. У професійній підготовці цей принцип виявляється насамперед у доборі навчального матеріалу і методів, що застосовуються в освітньому процесі та реалізується через розкриття сутності наукових теорій, явищ і процесів, що вивчаються, методів їх упровадження в різні галузі виробництва [181, с. 220]. Застосування концептуальності в педагогічній підготовці сімейних лікарів передбачає відображення в її змісті відомих науково-педагогічних фактів і перспективних ідей, доцільне поєднання традиційних навчальних методів із науковими інноваціями в галузі медицини і педагогіки.

На наш погляд, ефективність педагогічної підготовки в медичному ВНЗ можна забезпечити шляхом її інтеграції з професійною, реалізації міждисциплінарних знань, неперервного навчання, виховання та постійного особистісного самовдосконалення майбутніх сімейних лікарів. Це забезпечує впровадження в освітній процес *принципу інтегративності*, який посилює зацікавленість студентів професією, зокрема її педагогічною складовою, сприяє актуалізації потреби вдосконалення професійно-педагогічних якостей, активізує бажання студентів постійно підвищувати рівень професійно-педагогічних знань тощо. У сучасній педагогіці він вважається одним із дидактичних принципів, що визначає організацію будь-якої освітньої системи [78]. Наукові дослідження проблем інтеграції в освіті довели, що інтегративне навчання активізує інтелектуальну діяльність студентів, підвищує ефективність сприйняття ними навчального матеріалу та освітнього процесу загалом. Його застосування в професійній освіті передбачає аналіз професійного розвитку особистості у процесі навчання, перетворення традиційного змісту освіти та його спрямування на засвоєння інтегрованих знань [138, с. 26].

У контексті нашого дослідження впровадження принципу інтегративності потребує врахування специфіки професійної діяльності майбутніх сімейних лікарів і здійснення інтеграції відповідно до педагогічних вимог складових підготовки

в медичних ВНЗ. Це потребує об'єднанні різних способів одержання професійно-педагогічних знань і вмінь, накопичення досвіду педагогічної діяльності, як складової лікувально-профілактичного процесу, та їх спрямованості на максимальне взаємодоповнення. Отже, реалізація принципу інтегративності в педагогічній підготовці майбутніх сімейних лікарів передбачає взаємне підсилення медико-деонтологічних і психолого-педагогічних аспектів їхньої професійної компетентності та їх раціональне поєднання в структурі їхньої педагогічної компетентності.

Для підкріплення принципу інтегративності та забезпечення спрямованості педагогічної підготовки майбутніх лікарів сімейної медицини на синтез філософських, психолого-педагогічних, медико-деонтологічних знань і стимулювання їхніх професійно-педагогічних інтересів пропонуємо впровадити *принцип комплексності*. Його сутність відображає об'єктивну необхідність розподілу змісту та функцій підготовки між окремими дисциплінами та, водночас, потребу поєднання результатів освітнього процесу, що передбачає періодичне співставлення даних та їх узагальнення, в результаті чого налагоджуються взаємозв'язки між усіма підсистемами професійної підготовки [6, с. 302]. Принцип комплексності діалектично пов'язаний із системним підходом і забезпечує інтегративну сторону пізнання, що дозволяє цілеспрямовано поєднати різні елементи освітнього процесу педагогічної підготовки сімейних лікарів: методологічне підґрунтя, об'єкти впливу, теоретичну і практичну навчальну діяльність, напрями її реалізації тощо. Застосування принципу комплексності з метою обґрунтування педагогічних умов ефективної педагогічної підготовки студентів передбачає: виявлення чинників впливу на позитивну динаміку формування педагогічної компетентності сімейних лікарів; з'ясування основних суперечностей і недоліків педагогічної підготовки студентів у медичних університетах; визначення планомірних педагогічних заходів щодо підвищення її ефективності. Реалізація цього принципу орієнтована на забезпечення: відповідності професійно-педагогічної підготовки сімейних лікарів меті системи вищої медичної освіти та вимогам галузі охорони здоров'я; комплексного застосування новітніх знань, засобів, методів і технологій навчання у змісті їхньої педагогічної підготовки; врахування психолого-педагогічних і медико-



деонтологічних чинників професійного розвитку особистості лікаря сімейної медицини, а також чинників, що впливають на якість вищої медичної освіти.

*Принцип поетапності* педагогічної підготовки сімейних лікарів є похідним від принципу наступності, який відображає єдність цілей і взаємодію всіх ланок освітньої системи в досягненні загальної мети. У «Педагогічному словнику» С. Гончаренка зазначається, що це передбачає послідовне структурування навчального матеріалу, зв'язок і узгодженість ступенів та етапів освітнього процесу [65, с. 227]. Екстраполюючи основні ознаки наступності [184, с. 35], можемо відзначити, що її реалізація в педагогічній підготовці сімейних лікарів передбачає: розвиток освітнього процесу за висхідною спіраллю з опорою на одержаний досвід педагогічної діяльності; узгодження навчальних планів; діагностику, прогнозування й управління процесом педагогічної підготовки студентів; програмування етапів формування їхньої педагогічної компетентності в єдиній системі професійної підготовки; управління перехідними процесами між етапами формування й розвитку компонентів педагогічної компетентності; цілісність процесу та результатів професійно-педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичних ВНЗ.

Отже, поетапність педагогічної підготовки сімейних лікарів забезпечується методичним і психологічним обґрунтуванням побудови навчальних програм на засадах послідовного викладення матеріалу. Упровадження цього принципу має враховувати вимоги до знань і вмінь студентів на кожному етапі, а також форм, методів і прийомів навчання. Це дає змогу студентам послуговуватися вже наявним досвідом на основі внутрішніх взаємозв'язків засвоєваних знань, їх систематизації та застосування в лікувально-профілактичній діяльності.

Використання принципу поетапності має пов'язуватись із *принципом безперервності*. Його виокремлення як специфічного принципу педагогічної підготовки сімейних лікарів продиктовано необхідністю систематичного та послідовного формування їхньої педагогічної компетентності, зумовленою взаємодією і наскрізним взаємозв'язком різних ланок і рівнів професійного навчання. В основу цього принципу покладена ідея неперервної освіти, сутність якої полягає в особистісному, соціальному та професійному розвитку людини протягом життя, що

здійснюється з метою удосконалення якості життя як окремого індивіда, так і суспільства [376, с. 34]. Формування компетентності є успішним лише тоді, коли спирається на особистий пізнавальний і практичний досвід [288]. На нашу думку, це один із ключових принципів підготовки сімейних лікарів, який забезпечує постійне зростання їхнього професійно-педагогічного потенціалу протягом усієї професійної діяльності в галузі сімейної медицини.

Принцип безперервності є детермінантою вдосконалення педагогічної компетентності сімейних лікарів під час навчання у ВНЗ і після його закінчення, у процесі підвищення кваліфікації та самоосвіти. Провідними чинниками неперервного підвищення якості педагогічної діяльності лікарів є їхня мотивація щодо вдосконалення педагогічної компетентності, підвищення свого методичного рівня. Значущість принципу безперервності для підвищення ефективності педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів полягає в тому, що він відповідає за узгодженість і скоординованість цього процесу. Його реалізація передбачає: вироблення у студентів медичних університетів умінь і навичок постійно вчитися, широко використовувати самоосвіту для трансформації професійно-педагогічного досвіду, розвиток ціннісного ставлення до педагогічної діяльності; формування професійно-педагогічної свідомості, яка виявляється в самоактуалізації їхніх педагогічних цінностей. Безперервне вдосконалення педагогічної компетентності забезпечить якісне виконання сімейними лікарями педагогічних функцій.

Зорієнтованість педагогічної підготовки сімейних лікарів на гарантований результат відображає *принцип технологічності*, що ґрунтується на ідеях технологізації навчання, сутність якої полягає в чіткому окресленні його цілей, досконалому виборі засобів досягнення і встановленні жорстких правил їх використання [89, с. 29]. Характеристикою технологізації навчання є його уніфікація і стандартизація. Щоб бути активним суб'єктом освітнього процесу, студент має навчитися оперувати системними знаннями, виробити вміння «мислити цілями», визначати й використовувати адекватні засоби, проектувати результати власної діяльності.

Метою технологізації навчання є підвищення його ефективності шляхом конкретизації освітніх цілей, визначення етапів подання інформації та її засвоєн-

ня, розроблення об'єктивних критеріїв оцінювання, налагодження зворотного зв'язку тощо. Постановка мети педагогічної підготовки, координація професійно-теоретичної і професійно-практичної навчальної діяльності студентів має відбуватися на засадах їх диференціювання за здібностями та рівнем знань і вмінь; у процесі педагогічної підготовки мають органічно поєднуватись традиційні та інноваційні методи навчання, використовуватись інформаційно-комунікаційні технології, що сприятиме активізації інтелектуальної діяльності студентів та виявленню їхніх знань через застосування новітніх педагогічних прийомів тощо [230, с. 152].

Технологічність передбачає визначену послідовність дій, яка спирається на системні знання. Дотримання принципу технологічності вимагає систематизації професійно-педагогічних знань, умінь і навичок таким чином, щоб їх опанування відбувалося послідовно, розвивало творчий потенціал і самостійність студентів. Отже, вони мають одержувати технологізовані знання, які будуть успішно застосовані на практиці [334]. Вони розвивають здатність особистості до технологічного мислення, актуалізують спроможність чіткого виявлення проблеми, визначення шляхів її вирішення оперативного виконання необхідних дій для досягнення поставленої мети. Реалізація принципу технологічності у процесі педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів передбачає її розгляд у світлі вимог медичної галузі до сімейних лікарів, планування та поетапність її здійснення в медичному університеті, прогнозування результатів на кожному етапі навчання.

Зростання особистісного потенціалу студентів медичних університетів, сприяння їхньому самовдосконаленню має забезпечити інноваційне оновлення педагогічної системи [140, с. 131]. З цих міркувань вважаємо за доцільне у педагогічній підготовці сімейних лікарів спиратися на *принцип інноваційності*. Поняття «інновації» відображає створення, опанування та практичну реалізацію новітніх науково-педагогічних досягнень [139, с. 51]). Інноваційне навчання передбачає зміну характеру освітньої системи, оновлення змісту, методів, форм, педагогічних технологій, що сприяє розвитку критичного мислення та творчих здібностей студентів, підвищує їхній соціально-адаптивний рівень [89, с. 279]. У контексті педагогічної діяльності сімейних лікарів принцип інноваційності дозво-

ляє вносити в процес їхньої педагогічної підготовки нові елементи для підвищення його ефективності. Підґрунтям інноваційної професійно-педагогічної діяльності студентів є їхня вмотивованість, потреба інноваційних знань, активність щодо їх здобуття та засвоєння, усвідомлення необхідності саморозвитку в професії, вміння прогнозувати й моделювати ефективну педагогічну взаємодію, рефлексія власної діяльності тощо. Реалізація принципу інноваційності в педагогічній підготовці сімейних лікарів передбачає цілеспрямоване підвищення їхньої мотивації самовдосконалення в педагогічній діяльності, стимулювання потреби осмислення результатів упровадження педагогічних новацій у лікувально-профілактичний процес, сприяння виробленню адекватних критеріїв їхньої оцінки і самооцінки.

Кожен із охарактеризованих принципів має враховуватися в освітній діяльності, однак викладачам медичних університетів потрібно усвідомити, що всі дидактичні принципи і запропоновані специфічні принципи педагогічної підготовки сімейних лікарів комплексно відображаються в системі педагогічних умов та інтегровано впливають на методичні підходи, які будуть викладені в підрозділі 2.3.

Відомо, що успішність педагогічного процесу закономірно залежить від умов його перебігу. У науково-педагогічних дослідженнях поняття «педагогічні умови» пов'язується з вирішенням актуальних проблем освітнього процесу (підвищення ефективності навчання, формування необхідних якостей особистості тощо). Дослідник, як правило, обґрунтовує власне бачення певних способів розв'язання цих проблем [182, с. 30]. Широке коло проблем модернізації освітньої галузі, конкретні потреби навчальних закладів і відповідні цілі педагогічних досліджень є причиною різноманіття підходів до визначення педагогічних умов.

Більшість авторів пов'язують сутність педагогічних умов з ефективністю педагогічного процесу (Ю. Бабанський [13, с. 115], О. Бережнова [25], В. Манько [194], В. Нікіфоров та О. Суригін [221, с. 66], О. Пехота [247], Є. Яковлев та Н. Яковлева [369]), його цілісністю та системністю (І. Підласий [250, с. 280] та ін.). У цих дослідженнях педагогічні умови відображають сутність вимог до освітнього процесу, дотримання яких дозволяє впливати на зміну його результату. Науковці розглядають їх як систему певних форм, методів, матеріальних засобів,

обставин, що склалися об'єктивно чи зумисно створені, необхідних для досягнення конкретної педагогічної мети; сукупність чинників, необхідних і достатніх для виникнення, функціонування та зміни певної педагогічної системи. У працях М. Зверевої [104], А. Литвина [182, с. 28], В. Полонського [252, с. 36], А. Семенової [291, с. 243] педагогічні умови зорієнтовані на потреби суб'єктів освітнього процесу і трактуються як сукупність можливостей освітнього середовища та його впливу на педагогічну взаємодію; складний елемент цілісного навчально-виховного процесу, в якому беруть активну участь усі його суб'єкти; підґрунтя для розвитку особистісної сфери суб'єктів навчання.

У нашому дослідженні розглядаємо педагогічні умови як комплекс обставин і чинників, що впливають на ефективність досягнення поставлених освітніх цілей і забезпечують потрібний рівень сформованості якостей у випускників.

На думку дослідників, для формування педагогічної компетентності студентів у освітньому процесі медичного ВНЗ необхідно: викладачам усіх дисциплін приділяти увагу педагогічним аспектам майбутньої професійної діяльності з метою розвитку педагогічної компетентності студентів; створювати навчальні ситуації для виявлення та розвитку педагогічних здібностей майбутніх медичних працівників; послідовно підвищувати вимоги до якості педагогічної діяльності медичного працівника та здійснювати вплив на усвідомлення студентами себе як її активних суб'єктів тощо [17, с. 95]. Як бачимо, наголошується на важливості інтегрування професійно-медичної та педагогічної підготовки студентів-медиків, оскільки це значно підвищує їхню спроможність кваліфіковано вирішувати різні професійні ситуації згідно з вимогами суспільства до галузі охорони здоров'я.

Відповідно до об'єкта та предмета нашого дослідження педагогічні умови ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті мають функціонально забезпечувати комплексність професійно-медичної та педагогічної підготовки, що дозволяє формувати педагогічну компетентність сімейних лікарів, водночас розвиваючи їхні професійно важливі якості – соціально-педагогічні та медико-деонтологічні. Вони спрямовані на усвідомлення студентами необхідності формування педагогічної компетентності для підвищен-

ня продуктивності лікувально-профілактичного процесу, формування мотивації щодо її вдосконалення; включення комплексу педагогічних знань у пропоновану методику педагогічної підготовки; врахування особистої рефлексії студентів як суб'єктів професійно-педагогічної діяльності в галузі сімейної медицини.

Обґрунтування педагогічних умов педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті передусім має спиратися на її предмет, методологічні засади і визначений комплекс дидактичних принципів. Необхідним також є врахування різноманітних зовнішніх чинників впливу на перебіг освітнього процесу в медичних ВНЗ, всебічне сприяння гармонійному розвитку професійно-медичної і психолого-педагогічної компетентності студентів для забезпечення якісного виконання ними лікувально-профілактичних функцій. Узагальнюючи викладене, *педагогічними умовами ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті вважаємо комплекс педагогічних заходів, що забезпечують оновлення змісту навчання, застосування новітніх методик і технологій, цілеспрямоване формування у студентів компонентів педагогічної компетентності та, як результат, – підвищення якості професійної підготовленості до майбутньої професійно-педагогічної діяльності.*

У пошуку можливих напрямів підвищення ефективності педагогічної підготовки сімейних лікарів ми враховували виявлену сутність педагогічної складової та визначені педагогічні функції їхньої професійної діяльності (підрозділ 1.2), проаналізували структуру їхньої педагогічної компетентності (підрозділ 1.3) та розглянуті особливості формування кожного її компонента (підрозділ 2.1) у медичному університеті. Також брався до уваги принцип комплексності, що спонукає розглядати в єдності всі складники освітнього процесу професійної підготовки. У результаті були обґрунтовані необхідні *педагогічні умови*, що забезпечують ефективну педагогічну підготовку майбутніх сімейних лікарів:

- спрямованість навчання на формування мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної компетентності медика;
- узгодження педагогічної підготовки із загальнонауковими (фундаментальними біомедичними) і професійно орієнтованими (медичними) дисциплінами;

- поетапне формування та розвиток у студентів педагогічної компетентності;
- упровадження інноваційних технологій теоретичної та практичної підготовки, що відображають соціально-педагогічний контекст професійної діяльності.

Охарактеризуємо кожен з них та їх роль у підвищенні ефективності педагогічної підготовки сімейних лікарів.

1. *Спрямованість навчання на формування мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної компетентності медика.*

Професійна діяльність сімейних лікарів пов'язана із задоволенням потреб людей у фізичній, емоційній і соціальній підтримці у випадку хвороби, нездужання. Педагогічний аспект діяльності щодо лікування і збереження здоров'я пацієнтів передбачає їх ознайомлення із сучасними способами профілактики, діагностування та лікування захворювань, навчання самодогляду, а також рефлексію лікаря. Студенти медичних ВНЗ мають усвідомити, що успішність лікувально-профілактичного процесу великою мірою залежить від організації лікарем продуктивної педагогічної взаємодії з пацієнтом і ставитися до педагогічної компетентності як до професійної та особистісної цінності, яка допоможе здійснювати ефективний педагогічний вплив. Крім того, сімейний лікар, спираючись на досвід, має спрогнозувати педагогічну взаємодію з урахуванням індивідуальних особливостей хворого. Досягненню максимальної результативності педагогічної діяльності лікаря сімейної медицини сприяє рефлексія, яка забезпечує його саморозвиток на основі системи ціннісних орієнтацій. Студенти медичного університету, як суб'єкти рефлексії, мають свідомо ставитися до педагогічної підготовки та бачити в ній перспективу професійної практичності та значущості знань для покращення медичного обслуговування людей. на основі цінностей вимог до діяльності, сенсу, установок і власних прагнень у самостійному пошуку знань [248, с. 228-229]. Адекватність рефлексивних процесів забезпечується належним розвитком у майбутніх лікарів здатності розуміти пацієнта, його емоційний стан, вміння аналізувати мотиви своїх дій і передбачати їх наслідки, контролювати й оцінювати свою діяльність у різноманітних професійно-педагогічних ситуаціях.

Рефлексія закономірно стимулює підвищення мотивації самовдосконалення, яка ґрунтується на усвідомленні майбутніми лікарями сімейної медицини значущості педагогічної компетентності для їхньої лікувально-профілактичної діяльності. Саме завдяки рефлексії вони можуть впливати на вмотивованість пацієнта до активної співпраці з лікарем щодо покращення стану його здоров'я. Суб'єкт-суб'єктний характер педагогічної діяльності сімейного лікаря відображається у способах організації цієї взаємодії та детермінований його внутрішньою мотивацією до професійно-педагогічної діяльності в якісно-оцінній сфері. Спираючись на інтеріоризацію педагогічних цінностей, мотивація професійного розвитку стимулює потребу студентів у вдосконаленні педагогічної компетентності.

Отже, спрямованість на формування мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної компетентності медика, відображаючи принципи гуманістичної спрямованості, емоційної активності, соціальної взаємодії, передбачає:

- формування потреби вдосконалення педагогічної компетентності, прагнення до професійно-педагогічного самовдосконалення, підвищення власного професійного статусу в педагогічній діяльності;
- розвиток мотивації студентів щодо підвищення рівня педагогічної компетентності й усвідомлення її важливості для ефективної лікувально-профілактичної діяльності;
- орієнтація на формування ціннісного ставлення до педагогічної діяльності як дієвого чинника якісного надання медичної допомоги хворим;
- сприяння зростанню активності студентів у розвитку їхніх професійно-педагогічних якостей;
- актуалізацію педагогічних здібностей студентів з метою рефлексивного аналізу власного професійно-педагогічного потенціалу;
- формування рефлексивного ставлення студентів до професійної діяльності та її педагогічної складової.

2. *Узгодження педагогічної підготовки із загальнонауковими (фундаментальними біомедичними) і професійно орієнтованими (медичними) дисциплінами.*



На наш погляд, продуктивними шляхами вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів є її професійна спрямованість, нерозривний зв'язок із практикою, врахування професійних, психологічних і соціальних аспектів подальшої професійної діяльності студентів, оновлення не лише форм, методів засобів, а й змісту педагогічної складової навчання [304, с. 110]. Аналіз професійної діяльності сімейних лікарів свідчить про доцільність налагодження взаємозв'язків їхньої педагогічної підготовки зі змістом фундаментальних біомедичних (психологією, фізіологією та ін.) дисциплін і професійно орієнтованих (медичних) дисциплін професійної спеціалізації лікаря. Для цього під час оновлення змісту вищої медичної освіти (яке має відбуватися динамічно та прогностично відповідно до Державних стандартів, соціального замовлення, вимог галузі охорони здоров'я) необхідно вносити відповідні корективи в навчальні програми, інтегруючи їх зміст у медичних ВНЗ. Реалізувати цю умову пропонуємо спираючись на викладені вище принципи концептуальності, інтегративності, комплексності та технологічності, в яких відображаються вимоги, що ставляться до змісту знань, умінь і навичок сімейних лікарів, необхідних для виконання професійної діяльності, а також враховуючи структуру і сутність їхньої педагогічної компетентності (підрозділ 1.3). Важливим для реалізації цієї умови є забезпечення структури навчальних планів, що дозволить спроектувати дидактично оптимальну інтеграцію спеціально-медичної, психологічної та педагогічної підготовок. Зміст педагогічної підготовки сімейних лікарів має враховувати зміни в медичній галузі та вдосконалюватись і координуватись відповідно до потреб системи охорони здоров'я. У його структурі повинна відображатись логічна послідовність навчальних елементів, спрямованих на поетапне формування компонентів педагогічної компетентності студентів, міститися професійні завдання та педагогічні ситуації, що сприяють їх розвитку. Для цього доцільно уточнити перелік і обсяг навчального матеріалу з усіх дисциплін, що потребують узгодження змісту педагогічних знань.

Об'єктивна потреба інтегрування педагогічних знань із психологічними і спеціально-медичними пов'язана з необхідністю узагальнення й ущільнення матеріалу з метою покращення та спрощення механізмів зберігання, передавання,

засвоєння та використання цих знань на практиці, їх класифікації, систематизації у свідомості медика, а також взаємопроникнення різних методів пізнання, відтворення цілісності когнітивних об'єктів [236, с. 4]. Як зазначає Р. Гуревич, застосування інтегративних міждисциплінарних зв'язків «дозволяє домогтися, щоб студенти не лише засвоювали навчальний матеріал із конкретної дисципліни, а й розуміли зв'язки предметів, що вивчаються, явищ і процесів, які вони описують. Тим самим у них формується науковий світогляд» [76, с. 15].

Вважаємо, що вдосконалення змісту педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів із метою формування в них готовності до подальшої професійної діяльності потребує включення до навчальних планів медичних ВНЗ спецкурсу «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики», а також врахування педагогічної складової у програмі первинної професійної спеціалізації (інтернатурі) сімейних лікарів з метою вдосконалення їхньої педагогічної техніки. Теоретичний і практичний матеріал цього курсу має тісно пов'язуватись із медичними аспектами і практикою роботи сімейних лікарів у системі охорони здоров'я. Взаємозв'язок і взаємопроникнення змісту біомедичних, професійно орієнтованих медичних і педагогічних дисциплін через упровадження елементів педагогічних знань у загальнонаукову та спеціально-медичну підготовку забезпечуватиме формування педагогічної компетентності майбутніх лікарів сімейної медицини.

Отже, узгодження педагогічної підготовки із загальнонауковими (фундаментальними біомедичними) і професійно орієнтованими (медичними) дисциплінами спрямоване на інформаційну динамічність навчального матеріалу, відповідність професійно-педагогічних знань майбутніх сімейних лікарів основним напрямкам розвитку педагогічної науки і медичної галузі, налагодження чіткого зв'язку навчального матеріалу з майбутньою педагогічною діяльністю, цілісність змісту педагогічної підготовки за допомогою інтегрування знань і вмінь із різних дисциплін. Це передбачає:

– побудову змісту педагогічної підготовки у ВНЗ з орієнтацією на Державні стандарти освіти, поточні та перспективні плани розвитку медичної галузі та світові тенденції професійно-педагогічної підготовки лікарів сімейної медицини;

- приведення обсягів і змісту педагогічної підготовки студентів медичних ВНЗ у відповідність до діагностично визначених цілей щодо розвитку їхньої педагогічної компетентності;
- урахування педагогічної складової у змісті професійної діяльності сімейних лікарів, чітке її відображення у кваліфікаційних характеристиках, відповідно до яких здійснюється їхня підготовка в медичних університетах;
- систематичний перегляд навчальних планів із дисциплін медичної спеціалізації, біомедичних наук і педагогіки й оновлення навчальних програм відповідно до зростаючих вимог галузі охорони здоров'я;
- відбір і структурування змісту педагогічної підготовки сімейних лікарів з урахуванням особливостей їхньої професійно-педагогічної діяльності та структури педагогічної компетентності;
- здійснення педагогічної підготовки на міждисциплінарній основі з установами інтегративних зв'язків у навчальному матеріалі спеціально-медичної, психологічної та педагогічної підготовки, що забезпечує формування у студентів усіх компонентів педагогічної компетентності.

### *3. Поетапне формування та розвиток у студентів педагогічної компетентності.*

Формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів у нашому дослідженні розуміємо як спеціально організований цілеспрямований процес, який передбачає декілька етапів: опанування курсу педагогіки відповідно до навчального плану; засвоєння елементів педагогічних знань і вмінь у процесі вивчення окремих загальнонаукових (біомедичними) і професійно орієнтованих (медичних) дисциплін; вивчення педагогічно орієнтованого спецкурсу на випускному курсі; набуття власного досвіду практичної професійно-педагогічної діяльності майбутніх сімейних лікарів під час первинної професійної спеціалізації (навчання в інтернатурі). Проектування його форм, методів і засобів надає навчанням ознак технологічності, робить його керованим, наперед визначаючи якісні показники [181, с. 42]. Ця педагогічна умова відображає принципи концептуальності, поетапності та безперервності педагогічної підготовки сімейних лікарів. Її впро-

вадження передбачає цілеспрямоване невпинне та поетапне формування професійно-педагогічних якостей студентів медичних ВНЗ.

Педагогічна компетентність сімейних лікарів, як інтегрована характеристика особистості, охоплює систему їхніх соціально та професійно важливих якостей (підрозділ 1.3), якій властиві складні, різнорівневі внутрішні зв'язки. Вона є вагомою складовою лікувально-профілактичного процесу та неодмінно має розглядатися в контексті їхньої професійної підготовки. Тому вважаємо, що ефективна педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів обов'язково має враховувати компоненти їхньої педагогічної компетентності (мотиваційно-ціннісний, знаннявий, професійно-комунікативний, організаційно-технологічний і рефлексивний). Для забезпечення дієвого педагогічного впливу викладачам медичних ВНЗ потрібно розробляти та застосовувати стратегії професійно-теоретичної та професійно-практичної діяльності; приймати та реалізовувати управлінські рішення; здійснювати аналіз різноманітних інформаційних потоків; організовувати й управляти інноваційними педагогічними процесами; керувати груповою динамікою та упорядковувати міжособистісні стосунки студентів.

Проектування форм, методів і засобів розвитку педагогічної компетентності сімейних лікарів відображає характер педагогічного впливу на її формування у процесі професійної підготовки. Для керованого формування та розвитку компонентів педагогічної компетентності важливо організувати педагогічну підготовку в медичному університеті таким чином, щоб забезпечити: використання різних форм організації освітнього процесу з метою зацікавлення студентів педагогічними аспектами майбутньої професійної діяльності, стимулювання мотивації щодо вдосконалення професійно-педагогічних якостей; поєднання традиційних та інноваційних методів і сучасних педагогічних технологій із метою формування навичок педагогічної діяльності; надання студентам широких можливостей для творчого застосування педагогічних знань, умінь і навичок у реальних і змодельованих професійно-педагогічних ситуаціях; організацію контролю й оцінювання рівня сформованості в майбутніх сімейних лікарів кожного з компонентів педагогічної компетентності. Для цього пропонуємо включити розширений комплекс

педагогічно спрямованих тестових питань в ліцензійні інтегровані іспити «Крок», які складають студенти та інтерни з основних медико-біологічних і професійно орієнтованих дисциплін. Їх зміст затверджується щорічно Міністерством охорони здоров'я України і повинен відповідати освітньо-професійним програмам, які узгоджуються Міністерством освіти [258]. Побудова освітнього процесу на таких засадах сприяє ефективному опануванню студентами педагогічною діяльністю та дає їм змогу самореалізуватися вже під час навчання в медичному університеті.

Таким чином, проектування та використання форм, методів і засобів поетапного формування та розвитку в освітньому процесі педагогічної компетентності у студентів спрямоване на підвищення ефективності педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів і передбачає:

- зорієнтованість форм, методів і засобів розвитку педагогічної компетентності студентів на формування їхньої готовності продуктивно виконувати професійно-педагогічну діяльність;

- організацію педагогічної взаємодії, доцільний відбір форм, методів і технологій навчання для збагачення та систематизації цінностей, норм і знань, спрямованих на формування педагогічної компетентності студентів;

- забезпечення майбутніх сімейних лікарів педагогічними знаннями і практичними вміннями і навичками виконання професійно-педагогічної діяльності на основі їх поетапної інтеріоризації у процесі навчання;

- задоволення потреб майбутніх сімейних лікарів у невинному підвищенні педагогічної компетентності, розширенні світогляду, вивчення вітчизняного і зарубіжного досвіду професійно-педагогічної підготовки відповідно до досягнень сучасної психолого-педагогічної науки і новітніх технологій навчання.

4. *Упровадження інноваційних технологій теоретичної та практичної підготовки, що відображають соціально-педагогічний контекст професійної діяльності.*

Педагогічна компетентність сімейних лікарів ґрунтується на вміннях планувати освітній процес під час лікування пацієнтів, самостійно підходити до вирішення професійно-педагогічних завдань на основі аналізу ситуації, чітко виконувати заплановане, здійснюючи необхідну корекцію відповідно до одержаних ре-

зультатів. З метою розвитку в студентів цих умінь процес педагогічної підготовки у ВНЗ має відповідати завданням і реаліям системи охорони здоров'я. Насправді ж вивчення педагогічних дисциплін та одержання практичних умінь і навичок не завжди дає студентам можливість уявити процес професійно-педагогічної діяльності в конкретних ситуаціях, оскільки його неможливо достеменно відтворити під час навчання. Стосовно сімейних лікарів цей аспект ускладнюється тим, що досить важко об'єктивно змоделювати педагогічну взаємодію з пацієнтом і створити універсальний шаблон її перебігу в реальному лікувально-профілактичному процесі. Подоланню цих труднощів сприятиме максимальне наближення технологій педагогічної підготовки до медичної практики, внаслідок чого підвищиться готовність студентів психологічно адаптуватися до професійної діяльності.

Ця педагогічна умова відображає принципи емоційної активності, соціальної взаємодії, комплексності, інноваційності, відповідно до яких формування педагогічної компетентності як вагомого чинника успішності лікувально-профілактичного процесу має здійснюватися за допомогою розроблення й упровадження інноваційних педагогічних технологій.

На особливу увагу в процесі педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів заслуговують технології, здатні суттєво покращити основні показники сформованості їхньої педагогічної компетентності. Її формування, безперечно, залежить від зацікавленості й активності студентів, їхнього бажання досягти високого рівня професійної кваліфікації. У зв'язку з цим у педагогічній підготовці сімейних лікарів доцільно використовувати технології навчання, продуктивність яких «спричинюється їхньою проблемізацією, структурним наповненням прийомами логічного мислення (аналіз, синтез, порівняння, підсумування, узагальнення, систематизація, індукція, дедукція, аналогія) і посилюється внутрішнім коефіцієнтом активності» [281, с. 96]. Вони мають відрізнятися інтенсивною подачею матеріалу, пізнавальною та емоційною активністю студентів, постійним самоконтролем, діалогічністю, проблемністю тощо. Ефективними засобами педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів є застосування інноваційних джерел навчальної інформації (Інтернет, електронні освітні ресурси, бази даних тощо).

Упровадження у процес педагогічної підготовки майбутніх лікарів сімейної медицини інноваційних технологій має відбуватися системно та комплексно як на теоретичних, так і на практичних заняттях. Їх доцільно спрямовувати на: проектування індивідуального особистісного розвитку кожного студента, стимулювання навчальної діяльності за допомогою розв'язання практичних ситуацій, постановки і творчого вирішення проблем, обмін досвідом; формування компонентів педагогічної компетентності з урахуванням індивідуальних особливостей студентів та їхніх схильностей; забезпечення взаємозв'язку освітніх цілей із безпосередніми професійно-педагогічними завданнями сімейного лікаря тощо [117].

Одним із найважливіших чинників, що забезпечують мотивацію студентів до формування педагогічної компетентності є емоційне переживання сутності змісту педагогічної підготовки й усвідомлення її важливості для успішної професійної діяльності. Завдяки застосуванню інноваційних технологій навчання стає особистісно значущим, оскільки студенти залучаються до самостійного вирішення складних проблем, які можуть виникнути в реальній професійно-педагогічній діяльності, зокрема у відносинах лікаря з пацієнтами, його родичами тощо. Це актуалізує предметний і соціальний контексти педагогічної діяльності сімейних лікарів та відображає її зміст у їхній професійній підготовці, дає змогу формувати та розвивати педагогічну техніку як основу педагогічної майстерності.

Отже, упровадження інноваційних технологій теоретичної та практичної підготовки сімейних лікарів студентів передбачає:

- цілеспрямоване використання на теоретичних і практичних заняттях з педагогічної підготовки досягнень психології та педагогіки, інноваційних технологій навчання, які підвищують ефективність професійно-педагогічної діяльності;
- застосування контекстного навчання, що забезпечує цілісне уявлення студентів про предметний і соціальний зміст професійно-педагогічної діяльності;
- зорієнтованість технологій педагогічної підготовки сімейних лікарів на вироблення системи внутрішніх засобів регуляції професійно-педагогічних дій;
- постійний моніторинг сформованості компонентів педагогічної компетентності студентів і коригування педагогічної підготовки за його результатами.

Отже, на підставі аналізу й узагальнення практики і тенденцій професійної підготовки сімейних лікарів вважаємо, що для їхньої ефективної педагогічної підготовки в медичному університеті необхідно забезпечити належні педагогічні умови. Завдяки формуванню мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної складової професійної діяльності, інтеграції педагогічних, психологічних, медичних знань, умінь і навичок, що відповідає потребам лікарської практики, використанню форм і методів навчання, що забезпечують інтенсифікацію цього процесу, застосуванню ефективних засобів педагогічної підготовки, сучасних джерел навчальної інформації, а також інноваційних технологій в майбутніх сімейних лікарів формуються всі компоненти педагогічної компетентності.

Уважаємо, що за цих умов педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів сприятиме досягненню такого рівня якості медичної освіти, що дасть їм змогу швидко включитися у професійну діяльність, бути готовими правильно діяти у складних професійних ситуаціях, виявляти належну компетентність, моральну відповідальність і розвивати власну професійну, в тому числі професійно-педагогічну, позицію сімейного лікаря.

### **2.3 Методичні рекомендації щодо вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті**

В основу підготовки сімейних лікарів до педагогічної діяльності, покладене положення про те, що професійна підготовка має здійснюватися з урахуванням специфіки обраної професії та орієнтуватися на модель особистості майбутнього фахівця, в якій прогностично відображена структура подальшої діяльності.

Як ми з'ясували в першому розділі, педагогічна підготовка сімейних лікарів у медичних університетах спрямована на формування в них готовності до ефективного комплексного навчання та виховання пацієнтів та інших верств населення у процесі лікувально-профілактичної та просвітницької роботи, організації ефективної комунікативної різнопланової взаємодії з колегами в колективі медичного закладу, в тому числі щодо розповсюдження професійного досвіду, а також продуктивного самонавчання й опанування інновацій шляхом безперервної освіти. У



процесі педагогічної підготовки у студентів необхідно сформувавши мотиваційно-ціннісне ставлення до освітньої діяльності як важливої складової лікувально-профілактичного процесу, озброїти їх системою педагогічних знань, виробити вміння та навички виконання цієї діяльності та потребу в психолого-педагогічному самовдосконаленні. З огляду на це під час навчання в медичному університеті в студентів має бути сформована педагогічна компетентність, у структурі якої ми виділили: професійно спрямовану медико-педагогічну позицію; інформаційно-інструментальну здатність і готовність до освітньої діяльності; соціально та професійно значущі особистісні якості, розвинуті педагогічні здібності, педагогічну техніку та професійно-діяльнісну свідомість. Функціональні компоненти педагогічної компетентності: мотиваційно-ціннісний, знаннєвий, професійно-комунікативний, організаційно-технологічний і рефлексивний (підрозділ 1.3). Отже, методика педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів має комплексно вирішувати завдання формування у студентів кожного з цих компонентів.

Зазначимо, що традиційні форми і методи підготовки в медичному університеті, переважно пасивного характеру, використовують ілюстративно-пояснювальний метод навчання, не вирішують завдань, поставлених суспільством і галуззю охорони здоров'я перед вищою медичною школою. Не відкидаючи позитивних аспектів, оскільки вони, в дусі кращих традицій вітчизняної та світової медицини, біоетики й охорони здоров'я, спрямовані на ґрунтовне формування значного обсягу доконечно необхідних лікарю знань і вмінь, вважаємо, що загалом вони не відповідають завданням педагогічної підготовки, яка передбачає, передусім, суб'єкт-суб'єктну взаємодію. Дослідники одностайно визнають, що підвищити якість підготовки сімейних лікарів, котрі повинні мати не лише глибокі, міцні та різнобічні знання, якісну фундаментальну і загальнопрофесійну підготовку, а й бути здатними швидко адаптуватися до змін, що відбуваються, засвоювати нові технології, у тому числі навчально-виховної роботи з пацієнтами, можна лише впровадивши активні й інтерактивні методи і технології навчання.

Педагогічна підготовка сімейних лікарів містить теоретичну та практичну складові. Основна мета теоретичної складової полягає у формуванні знаннєвого

компонента на мотиваційно-ціннісній основі, що потребує включення в курс педагогіки актуальної для професійно-педагогічної діяльності сімейних лікарів тематики, а також розроблення та впровадження спецкурсу з формування педагогічної компетентності студентів. Здійснюючи педагогічну підготовку майбутніх лікарів сімейної медицини, необхідно враховувати психологічні, соціальні, а також педагогічні аспекти їхніх майбутніх функцій. Особливим завданням є виокремлення практико орієнтованого матеріалу, який слугуватиме для моделювання педагогічних ситуацій, можливих у реальній лікарській діяльності [156, с. 14].

Практична спрямованість навчання передбачає формування професійно-комунікативного та організаційно-технологічного компонентів педагогічної компетентності у студентів шляхом вироблення й розвитку вмінь педагогічної діяльності та трансформації їх у відповідні навички під час практичних занять і медичної практики в інтернатурі. Важливо зазначити, що як на теоретичних, так і на практичних заняттях має відбуватися формування і розвиток рефлексивного компонента педагогічної компетентності, оскільки саме рефлексія впливає на усвідомлення значущості педагогічної компетентності сімейних лікарів для ефективності лікувально-профілактичного процесу та становлення мотиваційно-ціннісного ставлення до педагогічної діяльності. Професійно-педагогічні знання сімейні лікарі мають використовувати для рефлексії власної підготовленості (компетентності) та регуляції своєї діяльності, у зв'язку з чим їм необхідна найсучасніша інформація про різні діагностичні засоби, експертні підходи тощо.

Результати аналізу навчальних програм із педагогіки в медичних ВНЗ засвідчили, що зміст курсу належним чином не відображає специфіки педагогічної діяльності як складової лікувально-профілактичного процесу та не передбачає професійної спрямованості викладання педагогіки майбутнім сімейним лікарям. З метою усунення цих недоліків ми вважаємо за доцільне викладачам педагогіки спільно з викладачами загальнонаукових і професійно орієнтованих (медичних) дисциплін узгодити зміст курсів і розробити цільову програму педагогічної підготовки сімейних лікарів, зорієнтовану на цілісне, поетапне формування та розвиток у студентів усіх компонентів педагогічної компетентності. Це передбачає допов-

нення матеріалу різних навчальних дисциплін професійно-педагогічною тематикою та внесення в їх зміст навчальних завдань, успішне виконання яких не лише зумовить інтеріоризацію знань (формування розумових дій і внутрішнього плану свідомості), а й актуалізацію вмінь і навичок освітньої діяльності студентів.

Удосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті базується на розробленій нами моделі (підрозділ 2.1), яка передбачає декілька етапів, упродовж яких відбувається формування та розвиток педагогічної компетентності студентів: опанування основ педагогіки за модернізованою навчальною програмою; налагодження та реалізація міждисциплінарних зв'язків педагогіки із загальнонауковими (фундаментальними біомедичними) і професійно орієнтованими (медичними) дисциплінами; цілеспрямоване формування компонентів педагогічної компетентності під час вивчення спецкурсу «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики»; набуття практичного досвіду професійно-педагогічної діяльності під час первинної професійної спеціалізації (інтернатури). Водночас мають неухильно дотримуватися педагогічні умови ефективною педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичному університеті.

На *першому етапі* формування педагогічної компетентності студентів, під час вивчення курсів «Основи психології та педагогіки» («Основи педагогіки», дисципліни за вибором), розглядаючи професіограму особистості сімейного лікаря доцільно акцентувати увагу на гуманістичній спрямованості професійно-педагогічної діяльності, актуалізуючи здатності студентів бути доброзичливими і толерантними, уміння створювати атмосферу співробітництва, будувати педагогічну взаємодію на гуманістичних засадах. Виробленню й удосконаленню цих якостей сприяє опанування понять деонтологічної культури та культури професійного спілкування, розвиток умінь усвідомлювати результати своєї діяльності тощо. Особливу увагу в процесі вивчення педагогіки необхідно приділити навчально-виховним аспектам лікувально-профілактичної діяльності сімейних лікарів. На практичних заняттях доцільно пропонувати студентам завдання, які передбачають вироблення умінь і навичок планування, організації, проведення й аналізу педагогічної взаємодії лікарів сімейної медицини з пацієнтами, вдосконалення їхніх ко-

мунікативних якостей, розвиток рефлексії. Розроблена, апробована та рекомендована відповідна тематика творчих робіт студентів (Додаток Ж.1).

Ураховуючи викладене, пропонуємо доповнити зміст курсу «Основи педагогіки» («Основи педагогіки та психології») такими темами:

- 1) Педагогічна складова професійної діяльності медичного працівника;
- 2) Вплив педагогічної майстерності сімейного лікаря на ефективність лікувально-профілактичного процесу;
- 3) Особливості педагогічної взаємодії медичного працівника та пацієнта;
- 4) Специфіка педагогічного спілкування лікаря;
- 5) Організація навчально-виховної діяльності лікаря.

Сутність *другого етапу* формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів у медичних університетах полягає в налагодженні та реалізації міждисциплінарних зв'язків педагогіки із загальнонауковими (фундаментальними біомедичними) і професійно орієнтованими (медичними) дисциплінами у процесі педагогічно спрямованого вивчення окремих тем і розділів.

Система професійних медико-деонтологічних знань виробляється передусім під час вивчення медичних дисциплін професійної спеціалізації лікарів сімейної медицини, завдяки яким у них формуються професійно-медичні знання, вміння їх застосування відповідно до завдань і обставин лікувально-профілактичної практики. Тут треба використовувати міждисциплінарні зв'язки, як засоби, що сприяють організації педагогічно спрямованої пізнавальної діяльності студентів. Завдяки добору змісту інтегрованого характеру забезпечується співвіднесення та взаємодоповнення професійно-медичних і педагогічних знань і вмінь студентів із різних дисциплін, їх узагальнення та систематизація. Доцільно робити посилання на підручники і наочні посібники, які використовуються у професійно-теоретичній і професійно-практичній медичній підготовці, пропонувати педагогічні завдання, спроектовані на різні професійні ситуації тощо. Налагодження міждисциплінарних зв'язків впливає на активізацію пізнавального процесу, внаслідок чого педагогічні знання набувають системності, актуалізується педагогічна спрямованість, професійні інтереси студентів, розвивається креативність.

На *третьому етапі* формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів пропонується впровадити в освітній процес медичних університетів авторський спецкурс «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики» (36 год.), який передбачає цілеспрямований вплив на формування компонентів педагогічної компетентності студентів. Його опанування забезпечить їм готовність до професійно-педагогічної діяльності. Спецкурс складається з двох частин: лекції (20 год.) та семінарські заняття (16 год.). Їх тематика подана в Додатку 3 (табл. 3.1). Під час їх розроблення ми враховували, що:

- пріоритетним завданням є відповідність педагогічної підготовки конкретного соціально-професійному контексту освітньої діяльності медика;
- освітній процес має передбачати залучення студентів до вирішення професійно-педагогічних ситуацій, максимально наближених до реальних, містити елементи професійно-педагогічної взаємодії лікаря й пацієнта;
- викладач має не лише організувати ефективну взаємодію, а й стати активним координатором педагогічної діяльності майбутніх сімейних лікарів;
- на практичних заняттях перевага має надаватися інтерактивній підготовці – імітаційним іграм, завданням із вирішенням конкретних професійно-педагогічних проблем із використанням дискусій, дебатів, моделювання ситуацій.

Добір навчального матеріалу здійснювався за допомогою проектування професійно-педагогічних знань, умінь і навичок на нестандартні ситуації, які можуть виникати в лікувально-профілактичному процесі. Творчий пошук конструктивного вирішення запропонованих педагогічних ситуацій дозволяє знаходити оригінальні способи їх розв'язання на засадах гуманістичної педагогіки.

У процесі вивчення спецкурсу майбутні сімейні лікарі навчаються планувати й організувати педагогічну взаємодію, здійснювати позитивний педагогічний вплив на пацієнтів; конструктивно вирішувати різні педагогічні ситуації під час лікувально-профілактичного процесу, застосовуючи сучасні педагогічні технології; самореалізуватися та самовдосконалюватися у професійно-педагогічній діяльності на основі її рефлексивного аналізу. Реалізація третього етапу формування педагогічної компетентності сімейних лікарів забезпечить готовність випускників

медичних ВНЗ застосовувати одержані професійно-педагогічні знання, набуті вміння та навички в лікувально-профілактичній діяльності.

Значну роль у вдосконаленні педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів, безперечно, має відігравати лікарська практика, під час якої сформовані теоретичні знання переходять у практичну площину професійної діяльності. У такий спосіб відбувається формування когнітивної свідомості [174], що відображається в актуалізації вже засвоєних знань, необхідних для вирішення професійно-педагогічних завдань, і виробленні потреби подальшого розвитку педагогічної компетентності. Необхідність застосування педагогічних знань у практичному лікувально-профілактичному процесі значно підвищує значущість педагогічної діяльності для студентів. Зважаючи на це, ми виокремили у процесі формування педагогічної компетентності *четвертий етап*, під час якого в самостійній практичній діяльності лікарів-інтернів на основі педагогічних знань кристалізуються педагогічні вміння та навички, виховуються педагогічні якості. Професійно-педагогічна діяльність у межах лікарської практики є дієвим засобом досягнення майбутніми сімейними лікарями реального навчально-виховного процесу, під час якого вони мають реалізувати педагогічні функції професійної діяльності, конструювати освітній вплив, аналізувати його результати та, за необхідності, здійснювати відповідні корективи. Вона має потужний потенціал для синтезування знань із теорії педагогічної діяльності, одержаних на попередніх етапах педагогічної підготовки, що детерміновано її комплексним характером. Це дає їм змогу інтернам як помічникам лікаря брати участь у проектуванні та реалізації процесу навчання та виховання пацієнтів, що передбачає:

- планування освітньої діяльності (формулювання цілей навчання; добір необхідного навчального матеріалу; його інтерпретацію відповідно до специфічних особливостей пацієнта; визначення логіки і методики навчання тощо);
- організацію та виконання розробленого плану освітньої діяльності (організація продуктивної педагогічної взаємодії з пацієнтом(ами) на гуманістичних засадах, актуалізація його індивідуального досвіду, спонукання до активної співпраці з сімейним лікарем під час лікувально-профілактичного процесу);

– рефлексивний аналіз виконаної професійно-педагогічної (навчально-виховної) діяльності та визначення шляхів її подальшого вдосконалення.

Як важлива складова педагогічної підготовки, виробнича практика лікарів-інтернів має спрямовуватися на вирішення низки педагогічно важливих завдань: актуалізацію педагогічних знань, розвиток та інтенсифікацію педагогічного мислення, треування методів і прийомів організації продуктивної педагогічної взаємодії з пацієнтами; розширення професійно-педагогічного світогляду; вдосконалення професійно-педагогічних комунікативних навичок; формування потреби самовдосконалення в педагогічній діяльності; накопичення досвіду рефлексивного аналізу та прогнозування освітнього процесу тощо. Ці завдання підпорядковуються педагогічним функціям діяльності сімейних лікарів, а їх розв'язання сприяє повноцінній сформованості всіх компонентів їхньої педагогічної компетентності.

Щоб підготувати викладачів медичних ВНЗ до здійснення ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів, розроблено педагогічний практикум, який доцільно запровадити в системі підвищення кваліфікації професорсько-викладацького складу. Для опрацювання та обговорення педагогічним працівникам медичних ВНЗ пропонуються такі теми:

1. Основні кваліфікаційні вимоги до лікарів загальної практики – сімейної медицини в контексті положень Всесвітньої організації сімейних лікарів і державних нормативних документів, що стосуються сімейної медицини;
2. Педагогічні аспекти професійної діяльності сімейних лікарів;
3. Актуальність формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів для підвищення якості медичного обслуговування населення;
4. Особливості педагогічної взаємодії в діяльності сімейних лікарів;
5. Методичні основи формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів у процесі педагогічної підготовки в медичних університетах.

Крім того, для підвищення ефективності педагогічної підготовки сімейних лікарів викладачі медичних ВНЗ мають володіти сучасними освітніми технологіями й алгоритмами їх упровадження в освітній процес, що відображено в четвертій педагогічній умові (підрозділ 2.2).

У науковій літературі педагогічна технологія визначається як: змістова техніка реалізації освітнього процесу [28, с. 5]; системний метод створення, застосування і визначення усього процесу навчання й засвоєння знань з урахуванням технічних і людських ресурсів та їх взаємодії, який ставить своїм завданням оптимізацію освіти [65, с. 331]; системна сукупність і порядок функціонування особистісних, інструментальних і методичних засобів, що використовуються для досягнення педагогічних цілей [134, с. 9]; система функціонування всіх компонентів педагогічного процесу, що побудована на науковій основі, запрограмована у часі й просторі, спрямована на досягнення запланованих результатів [271, с. 4]. Інноваційні педагогічні технології поєднують новітні досягнення педагогічної науки і практики, традиційні та новітні методи навчання й виховання, відображають модернізаційні процеси, що відбуваються в освітній галузі, спрямовані на досягнення конкретної освітньої мети та, за висловом С. Сисоевої, визначають взірць реалізації професійно-педагогічної діяльності [279, с. 661]. Це означає, що якісно змінюючи зміст, структуру, форми, методи, засоби навчання, педагогічна технологія забезпечує успішну взаємодію його суб'єктів, що дозволяє ефективно розв'язувати педагогічні завдання та гарантує досягнення запланованих результатів.

Упровадження інноваційних педагогічних технологій у педагогічну підготовку майбутніх сімейних лікарів означає виявлення сукупності найбільш доцільних (дієвих) із них і розроблення механізмів їх застосування у процесі навчання для досягнення поставленої мети – формування педагогічної компетентності студентів. Щоб здійснювати педагогічну підготовку майбутніх сімейних лікарів на високому технологічному рівні, викладачі медичних ВНЗ мають виконати низку процедур: чітко сформулювати мету навчання як «образ» очікуваного результату; спроектувати освітній зміст у вигляді системи пізнавальних і практичних завдань, а також орієнтовні способи їх вирішення; визначити етапи навчальної діяльності та виробити жорсткий алгоритм, за яким вони реалізуються; розробити способи педагогічної взаємодії із студентами, що забезпечують їх мотивацію до пізнавальної діяльності, формування всіх складових педагогічної компетентності та належний моніторинг успішності майбутніх лікарів. Тобто педагог організує навчання,



створюючи належні умови для взаємодії зі студентами, активно впливаючи на їхню діяльність за допомогою управлінських важелів.

Ефективну взаємодію учасників освітнього процесу такого типу забезпечують *інтерактивні технології навчання*, що допомагають актуалізувати знання студентів і «розкрити» їхню ініціативність [382, с. 44]. Це дозволяє інтегрувати процеси засвоєння теоретичних знань і вироблення практичних умінь і навичок, що сприяє реалізації особистісного потенціалу студентів [42, с. 239]. Інтерактивні технології навчання послуговуються методами, засобами і формами навчання, які стимулюють пізнавальний процес [254, с. 130] і спрямовані на розвиток соціально та професійно важливих якостей майбутніх сімейних лікарів. У контексті нашого дослідження вважаємо доцільним застосовувати дискусії, диспути і дебати.

*Дискусія* є дієвим засобом формування та розвитку педагогічної компетентності, сутність якої полягає в обміні думками. Проблемою для дискусійного обговорення є складне практичне або теоретичне питання, суперечлива ситуація, що може виникнути в лікувально-профілактичному процесі, з'ясування позицій щодо визначення напряму педагогічної взаємодії лікаря з пацієнтом тощо. Участь у педагогічних дискусіях дає змогу студентам висловлювати й аргументувати свої думки щодо вирішення проблеми, знаходити точки перетину з ідеями інших учасників. Дискусії можна проводити у формі: *круглого столу* (5–7 студентів обмінюються думками); *засідання експертної групи* (4–6 студентів беруть участь в обговоренні проблеми, керує засіданням призначений з їх числа голова); *форуму* (всі студенти групи задіяні в обговоренні визначеного питання); *симпозіуму* (кожен студент виступає перед групою, висвітлюючи свою думку щодо проблемного питання) [140, с. 142-143]; *прес-конференції* (обговорення лаконічних виступів студентів, що обирають ролі журналістів, науковців, експертів) тощо.

Для успішного проведення дискусії викладач має розробити її сценарій: підготувати вступне слово, у якому обґрунтувати актуальність обраної теми дискусії; чітко окреслити питання, винесені на розгляд; продумати способи активізації студентів. Підготовка педагога до дискусії передбачає уточнення правил її проведення, визначення конкретних завдань для учасників, формулювання ключових по-

ложень, які необхідно визначити спільними зусиллями, а також добір необхідних технічних засобів і наочності. У педагогічній підготовці майбутніх сімейних лікарів дискусію доцільно використовувати з метою аналізу конкретних професійно-педагогічних ситуацій, які ґрунтуються на реальній медичній практиці. Керівник дискусії має спонукати студентів до висловлення різних думок щодо педагогічно коректного вирішення конкретної ситуації, після чого студенти мають колективно обрати найбільш ефективні з них.

Продемонструвати свої педагогічні знання, поділитися їх практичним застосуванням і конструктивними ідеями щодо педагогічних аспектів лікувально-профілактичної діяльності дозволяє проведення *дебатів*, які можна організувати з групою студентів до 20 осіб як командну інтелектуальну гру, під час якої учасники протягом визначеного часу аналізують та аргументують актуальні події [91, с. 67]. У ході дебатів команди змагаються між собою, їх результати оцінюють обрані студентами судді, які визначають переможця. У педагогічній підготовці сімейних лікарів це дає можливість скерувати студентів у позицію суб'єктів пізнання, співпраці та комунікативної взаємодії. Під час дискусій і дебатів майбутні сімейні лікарі вчаться аналізувати педагогічні явища та вирізняти їх головні особливості, у них виробляються важливі для педагогічної діяльності вміння активного слухання і конструктивного ведення діалогу, формуються навички толерантного ставлення до думок інших тощо.

Корисними є інтерактивні *тернінги*, а також методи: *мікрофон*, *мозковий штурм*, *навчаючи – вчусь*, *ажурна пилка*, *аналіз ситуації*, *дерево рішень* (групова форма); *спільний проект*, *коло ідей*, *асоціативний куц*, *акваріум* (в малих групах).

Під час упровадження технологій інтерактивного навчання необхідно звертати увагу на те, щоб студенти навчилися: самостійно здобувати знання та осмислювати одержану інформацію; брати активну участь в обговоренні поставлених питань; користуватися універсальними стереотипами щодо прийняття рішень, оцінювання і самооцінювання власної позиції та думок інших; обґрунтовувати й аргументувати свої рішення тощо. Таким чином, за допомогою технологій інтерактивного навчання організація педагогічної підготовки студентів медичних ВНЗ

відбувається у формах співпраці з педагогами, коли вони взаємодіють один з одним, обмінюються інформацією, спільно виконують завдання, моделюють педагогічні ситуації, оцінюють дії колег і власну діяльність [307]. Це мобілізує мотиваційну сферу студентів і забезпечує ефективність пізнавального процесу, сприяючи розвитку їхнього мислення, поглибленню професійно-педагогічних знань, формуванню власної професійно-педагогічної позиції. У такий спосіб швидко набувається досвід педагогічної діяльності майбутніх сімейних лікарів. Отже, застосування цих технологій сприяє глибшому усвідомленню засвоєних педагогічних знань, підвищенню мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної компетентності та активізує становлення її компонентів. Найбільш доцільні із застосованих інтерактивних технологій подані в Додатку Ж.2.

Формування педагогічної компетентності майбутніх лікарів сімейної медицини потребує розвитку їхнього педагогічного мислення, здатності творчо й ефективно вирішувати професійно-педагогічні завдання. Важливу роль у цьому процесі відіграють *технології проблемного навчання*, сутність яких полягає у створенні ситуацій, коли студенти на основі одержаних знань мають самостійно визначати способи їх вирішення. Ці технології в науково-педагогічній літературі розглядаються як педагогічна взаємодія, орієнтована на формування пізнавальної самостійності студентів, стійкості навчальних мотивів і розвиток розумових здібностей під час засвоєння ними наукових понять і способів діяльності, детермінована системою проблемних ситуацій [201]; дидактична система, що ґрунтується на закономірностях творчого засвоєння знань і способів діяльності, прийомах і методах викладання й учіння з елементами наукового пошуку [329]; спеціально створена система специфічних прийомів і методів, що сприяють самостійному здобуванню знань студентів, а також вчать їх застосовувати ці знання для вирішення нових пізнавальних і практичних завдань [347].

Аналіз особливостей проблемного навчання [119, с. 56] дав змогу визначити його функції у процесі формування педагогічної компетентності сімейних лікарів: формування інтересу студентів до педагогічної діяльності та мотивації щодо розвитку педагогічної компетентності; активізація самостійної діяльності студентів

під час опанування педагогічних знань; використання одержаних знань для вироблення педагогічних умінь і навичок та їх застосування в нестандартних професійно-педагогічних ситуаціях; виявлення рівня сформованості педагогічної компетентності як професійно-особистісної характеристики сімейного лікаря.

У нашому дослідженні важливою рисою проблемного навчання є його здатність впливати на мотивацію пізнавальної діяльності студентів: у процесі розумової праці, пов'язаної з пошуками вирішення проблеми, у них виникає внутрішня зацікавленість, що перетворюється на чинник активізації пізнавальної діяльності [329]. Одним із різновидів проблемного навчання є *кейс-метод* (від англ. *case* – випадок, ситуація), який передбачає аналіз обставин у роботі лікаря з пацієнтом, що можуть виникнути під час педагогічної взаємодії. Наприклад, можна запропонувати студентам проаналізувати конфліктні ситуації з лікарської практики, виявити причину їх виникнення, з'ясувати глибину конфлікту, стадію його розвитку тощо. Завдання полягає в тому, щоб педагогічно коректно локалізувати обставини конфлікту. Це сприяє розвитку в студентів здібностей аналізувати труднощі, що трапляються в лікувально-профілактичному процесі, виробленню вмінь їх конструктивно вирішувати, тактовно й толерантно будувати комунікативну взаємодію. У результаті майбутні лікарі сімейної медицини навчаються краще розуміти людей та орієнтуватися в обставинах, що допоможе їм приймати правильні рішення та запобігати різноманітним ускладненням у професійній діяльності, наприклад, під час переконання батьків у потребі застосування вакцин для імунізації дітей.

Застосування технологій проблемного навчання з метою формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів передбачає створення проблемних ситуацій, які дозволяли б їм звертатись до власного досвіду й узгоджувались із професійними інтересами. Для цього викладачам потрібно: виконати структурування навчального матеріалу відповідно до логіки науки, адекватно цілям і завданням освітнього процесу, та розробити способи управління пізнавальною діяльністю студентів на засадах поступового підвищення рівня складності завдань із метою розвитку їхнього педагогічного мислення [40]. Проблемне навчання дозволяє: активізувати пізнавальну діяльність студентів, поглиблюючи

їхні педагогічні знання шляхом концентрації навчальної інформації та її систематизації за допомогою міждисциплінарних зв'язків; підвищити рівень самостійності студентів; розвинути здатність до рефлексії власної педагогічної діяльності. Їх дидактична цінність виявляється також у формуванні оригінальності мислення, сприянні виробленню вмінь самостійного пошуку способів конструктивного вирішення поставлених завдань. Отже, застосування технологій проблемного навчання у процесі педагогічної підготовки сімейних лікарів сприятиме ефективному розвитку мотиваційно-ціннісного, знаннєвого, професійно-комунікативного і рефлексивного компонентів їхньої педагогічної компетентності.

Як уже зазначалося, формування педагогічної компетентності студентів-медиків ґрунтується на цілісному уявленні про предметний і соціальний зміст їхньої майбутньої професійної діяльності. Перехід майбутніх сімейних лікарів від навчання до професійно-педагогічної діяльності під час лікарсько-виробничої практики передбачає не лише безпосередню участь у лікувально-профілактичному процесі, а й ознайомлення із його інформаційними моделями і формами педагогічної діяльності лікаря. Ефективну трансформацію навчальної діяльності студентів-медиків у професійно-педагогічну на основі поступової зміни професійних мотивів, цілей, дій, засобів, методів і результатів цієї діяльності забезпечує *технологія контекстного навчання*. Вона спирається на положення про те, що засвоєнню соціального та професійного досвіду майбутніх фахівців сприяє їхня активна діяльність, а перехід від навчання до професійної діяльності реалізується через професійний контекст – «систему внутрішніх і зовнішніх умов життя і діяльності людини, яка впливає на сприйняття, розуміння і перетворення нею конкретної ситуації, надаючи сенс і значення цієї ситуації в цілому та її компонентам. Внутрішній контекст складають індивідуально-психологічні особливості, знання і досвід людини; зовнішній – предметні, соціокультурні, просторово-часові та інші характеристики ситуації, в яких вона діє» (А. Вербицький) [48, с. 40].

Отже, контекст є сукупністю предметних завдань, організаційних, технологічних форм, методів, обставин діяльності та соціально-психологічної взаємодії, властивих певній галузі діяльності та функціонально самостійних у загальній

структурі професійної сфери [88, с. 405]. Стосовно педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичних університетах, навчання у професійному контексті передбачає розв'язання на заняттях педагогічних завдань лікувально-профілактичного процесу, вибір і застосування адекватних ситуації форм і методів професійно-педагогічної діяльності, створення та вирішення ситуацій педагогічної взаємодії з пацієнтами та їхніми родичами. Таким чином, застосування контекстного навчання у педагогічній підготовці сімейних лікарів характеризується тим, що засвоєння педагогічних знань «накладається» на канву професійно-педагогічної діяльності. Її активна реконструкція у предметному та соціальному аспектах становить сутність контекстного навчання. Важливо, щоб перехід від навчання до професійної діяльності проектувався як система, що містить навчальні ситуації, пропонує вирішити проблеми і завдання, які поступово наближаються до професійно-педагогічних, типових для діяльності лікаря сімейної медицини.

Серед видів контекстного навчання, які доцільно використовувати у процесі формування педагогічної компетентності сімейних лікарів відзначимо *квазіпрофесійне*, що дозволяє моделювати цілісні фрагменти педагогічної взаємодії з пацієнтами з урахуванням їхніх індивідуальних особливостей, і *навчально-професійне*, яке реалізується під час лікарської практики відповідно до норм професійно-педагогічної взаємодії. Застосування квазіпрофесійного контексту в педагогічній підготовці сприяє підвищенню інтересу майбутніх сімейних лікарів до педагогічної діяльності, стимулює їхнє зацікавлення життям, проблемами та внутрішнім світом пацієнтів, а також дає змогу ефективно розвивати здатності студентів до емпатії, усвідомлення мотивів поведінки пацієнта на основі психолого-педагогічних знань, виробленню вмінь зняти напруження у відносинах тощо. Навчально-професійний контекст пов'язаний із виконанням студентами педагогічної діяльності (навчання й виховання пацієнтів, методичне забезпечення цього процесу) під час лікарської практики. Це передбачає: розроблення індивідуального плану педагогічної діяльності на весь період практики; планування освітнього процесу відповідно до індивідуальних особливостей пацієнтів, вікових груп тощо; забезпечення належної організації освітнього процесу; проведення навчальних

занять та індивідуальної виховної роботи з пацієнтами; оформлення необхідної навчальної документації; аналіз виконаної педагогічної роботи. Для належного методичного забезпечення освітнього процесу майбутнім сімейним лікарям потрібно: опрацювати науково-методичну літературу, програмно-методичні та інструктивні документи щодо організації пізнавальної діяльності пацієнтів; підготувати та, в разі потреби, виготовити необхідні наочні засоби.

Крім того, в межах навчально-професійного контекстного навчання студентам доцільно здійснювати педагогічне спостереження за діяльністю сімейних лікарів та їхньою комунікативною взаємодією з пацієнтами. Для виконання цього завдання студенти мають заповнити таблицю [245; 259], в якій фіксують результати спостереження за характеристиками сімейного лікаря, що належать до педагогічної техніки: зовнішність і манери, постава, жести, педагогічна комунікація, педагогічна взаємодія (Додаток И). Спостерігаючи за медичними працівниками у процесі навчання та виховання пацієнтів на практиці, студенти виділяють вдалі прийоми, використовувані в спілкуванні, необхідні особистісні якості лікарів тощо. Це допоможе їм удосконалити свою педагогічну компетентність, навчить давати об'єктивну оцінку власної діяльності, коригувати власну поведінку, ефективно застосовувати вербальні та невербальні засоби спілкування під час взаємодії.

Використання квазіпрофесійного та навчально-професійного контексту в педагогічній підготовці майбутніх сімейних лікарів спрямоване на розвиток комплексного мислення, підвищення активності, стимулювання інтересу до майбутньої професії шляхом «занурення» в її атмосферу. Це дає змогу студентам пов'язувати в одне ціле характерні для професійно-педагогічної діяльності сімейного лікаря факти, явища та проблеми, підвищує мотивацію, активізує перетворення їхніх педагогічних знань у професійно-педагогічні вміння та навички, сприяє вдосконаленню компонентів педагогічної компетентності та швидшій адаптації випускників до лікувально-профілактичної роботи.

Отже, педагогічна підготовка майбутніх лікарів сімейної медицини в медичних університетах потребує послідовного моделювання змісту їхньої професійно-педагогічної діяльності. Це відбувається завдяки поетапному переходу студен-

тів від навчальної діяльності до квазіпрофесійної та навчально-професійної та до безпосередньої професійно-педагогічної за допомогою технології контекстного навчання. Її провідна мета полягає в цілеспрямованому розвитку здатності студентів кваліфіковано виконувати педагогічні функції професійної діяльності, педагогічно коректно розв'язувати проблеми і завдання, що виникають у лікувально-профілактичному процесі, а також формуванні цілісного уявлення про професійну діяльність лікаря сімейної медицини.

Для ефективного формування педагогічної компетентності майбутніх лікарів сімейної медицини пропонуємо застосовувати у процесі педагогічної підготовки *ігрові технології*, які активізують мислення і поведінку студентів, підвищують їхню зацікавленість, спонукають висловлювати свої погляди щодо вироблення пропозицій і прийняття рішень. Педагогічний потенціал ігрових технологій досить широкий: активізація та інтенсифікація освітнього процесу, що стимулює навчальну мотивацію студентів; відтворення міжособистісних стосунків, процедур прийняття колективних рішень студентами в ситуаціях, що моделюють обставини професійної діяльності; необмежена варіативність навчального матеріалу, використовуваного в ігровій ситуації; гнучке поєднання традиційних та інноваційних методів навчання; моделювання будь-якого виду професійної діяльності (Н. Вернигор [49], Л. Корнеєва [144], Ю. Кулюткін [164]).

Педагогічна цінність ігрових технологій визначається тим, що у грі відтворюються реальні людські стосунки, які виявляються в діяльності учасників [155]. Дидактичні ігри спрямовані на формування алгоритмів поведінки особистості, розвиток професійних умінь і навичок, набуття досвіду міжособистісної взаємодії, творчого ставлення до діяльності тощо. Кожна з таких ігор виконує декілька функцій [67]; розглянемо їх у площині проблеми нашого дослідження:

- навчальну (активізація пізнавальної діяльності майбутніх лікарів, вироблення професійно-педагогічних умінь і навичок, зокрема щодо організації та проведення педагогічної взаємодії з пацієнтом);
- розвивальну (гармонійний розвиток соціально та професійно важливих якостей особистості й активізація її професійно-педагогічного потенціалу);



- виховну (корекція поведінки особистості в ігрових моделях професійно-педагогічних ситуацій);
- комунікативну (об'єднання студентів у групи, налагодження емоційних контактів, розвиток їхніх професійно-комунікативних якостей);
- психотехнічну (формування навичок самоналаштування на ефективну педагогічну діяльність);
- релаксаційну (зняття психологічного й емоційного напруження, яке виникло внаслідок інтенсивної навчальної діяльності);
- розважальну (створення невимушеної атмосфери, яка сприяє зацікавленню студентів педагогічними ситуаціями і стимулює їхню пошукову діяльність щодо способів їх вирішення).

Завдяки їх реалізації актуалізується педагогічний потенціал майбутніх лікарів сімейної медицини, що стимулює розвиток у них компонентів педагогічної компетентності в режимі навчально-ігрової діяльності. Структура її організації:

1. Визначення місця педагогічної гри в загальній системі навчальної діяльності (мета, місце, час проведення).
2. Організація самостійної діяльності студентів у ході педагогічної гри (мотивування необхідності та значущості педагогічної гри, роз'яснення критеріїв і показників ефективності діяльності студентів).
3. Обговорення результатів (підсумки, вказівки і поради студентам за результатами проведеної роботи).

Особливо ефективними для медичної освіти є *імітаційні ігри*. Імітація професійно-педагогічної діяльності у грі активізує механізми саморозвитку студентів і дає можливість застосовувати освітні новації для вдосконалення педагогічних умінь і навичок [174]. Як інструмент формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів, імітаційна гра створює оптимальні обставини для самостійного оволодіння педагогічними знаннями, підвищує мотивацію студентів щодо вдосконалення педагогічних здібностей, позитивно впливає на їхній професійно-педагогічний розвиток, сприяє виробленню вміння організовувати власну педагогічну діяльність під час взаємодії з пацієнтами. Її характерними рисами є:

цілісність і предметність ситуації, уподібнення до професійно-педагогічної діяльності, обов'язкова проблематизація та звернення до рефлексії на кожному ігровому кроці. Дидактична сутність імітаційної гри виявляється в тому, що її учасникам пропонується педагогічна ситуація, типова для реального лікувально-профілактичного процесу (наприклад, навчання пацієнта та його родини з питань підтримки здоров'я, догляду та самогляду; конструювання педагогічної взаємодії з пацієнтом, його близькими і родичами; профілактична роз'яснювальна робота щодо здоров'язбереження з різними верствами населення; управління та контролювання освітньої діяльності пацієнтів тощо). У ході імітаційної гри студенти мають адаптуватися до визначеної правилами функції та відповідно до неї виконувати навчально-виховну діяльність, при цьому одні студенти виступають у ролі медичних працівників, інші – в ролі пацієнтів. Особливо продуктивно розглянутий метод застосовувати на практичних заняттях під час опрацювання вмінь і навичок навчання пацієнтів на різних етапах лікувально-профілактичного процесу.

Активізації навчально-пізнавального потенціалу майбутніх лікарів сімейної медицини та організації їхньої самостійної роботи з удосконалення педагогічної компетентності сприяють *ділові ігри*, у процесі яких моделюються ситуації їхньої професійно-педагогічної діяльності. Їх моделювання окреслює проблему, під час вирішення якої студенти мають виконувати визначені їм ролі, які зустрічаються в професійних реаліях [253, с. 29-30]. Ділова гра відрізняється від імітаційної рівнем спонтанності, оскільки її результати здебільшого залежать від того, як студенти розіграють свої ролі. За правилами ділової гри, учасникам пропонується лише короткий опис, начерк ролі, відповідно до якого її виконавець має будувати свої дії. Доречно обирати для ділових ігор проблемні, конфліктні ситуації, які передбачають участь декількох осіб, що мають виконувати різні ролі, прагнучи досягнення позитивного результату. Елементи змагання стимулюють розвиток мотивації студентів до педагогічної діяльності, сприяє усвідомленню необхідності формування педагогічної компетентності. Водночас, моделювання професійно-педагогічних обставин у діловій грі підвищує рівень їхньої пізнавальної активності та сприяє накопиченню професійно-педагогічного досвіду.

Ділові ігри також підтримують розвиток рефлексивного компонента педагогічної компетентності, оскільки під час вирішення змодельованих професійно-педагогічних ситуацій студенти мають сформулювати власне бачення їх розв'язання. Для цього їх потрібно осмислити, критично проаналізувати свою педагогічну діяльність у контексті конкретної ситуації, оцінити власний педагогічний потенціал. Участь у ділових іграх допоможе майбутнім сімейним лікарям реалізувати педагогічні вміння на практиці, зрозуміти свої помилки і знайти способи їх виправлення. Цьому сприяє колективне обговорення розіграних професійно-педагогічних ситуацій, спільне оцінювання студентів, що брали участь у грі, щодо якості виконання (розв'язання) ними поставлених педагогічних завдань.

Під час ділової гри мають спостерігатися й обговорюватися різні аспекти:

- педагогічні знання, вміння та навички учасників, виявлені під час ділової гри;
- досягнута мета ділової гри чи вирішена педагогічна проблема;
- успішність проведення ділової гри;
- яке враження справили дії кожного учасника ділової гри тощо.

Уважаємо, що ділова гра може застосовуватися в якості одного з важливих способів інтеграції та систематизації знань, засвоєних студентами у процесі педагогічної підготовки. Завдяки діловій грі в майбутніх лікарів формуються професійно значущі комунікативні вміння, засновані на знаннях психології, педагогіки та методики, відбувається становлення та розвиток педагогічної компетентності. Приклад завдання студентам на ігрових заняттях, подано в Додатку Ж.3.

Значущість ігрових технологій для формування педагогічної компетентності студентів важко переоцінити, адже вони сприяють формуванню та розвитку всіх її компонентів – мотиваційно-ціннісного, знаннєвого, професійно-комунікативного, організаційно-технологічного та рефлексивного.

Реалії сьогодення вимагають від сучасних медиків опанування *інформаційно-комунікаційними технологіями*. Їх упровадження у медичних ВНЗ дозволяє не лише забезпечити ефективне формування основ професійної майстерності майбутніх сімейних лікарів, прискорити та якісно покращити набуття знань, умінь і професійних навичок, а й озброїти їх навичками застосування ІКТ у професійній

діяльності, зокрема – її освітній складовій. Використання потенціалу ІКТ для розвитку особистості підвищує рівень активності студентів, розвиває креативність мислення, формування вмінь розробляти стратегію розв'язання навчальних і практичних завдань, забезпечує інтеграцію знань, дозволяє прогнозувати результати прийнятих рішень [74, с. 48].

Формування ІКТ-компетентності студентів медичних ВНЗ відбувається, переважно, на заняттях із медичної інформатики. Згідно з програмою, вивчаються такі теми: апаратна складова комп'ютерної техніки; і системи; офісні програми; медичні приладо-комп'ютерні системи (МПКС); інформаційні системи; телемедицина, а також інтерактивні комп'ютерні програми моделювання клінічних процесів. МПКС – це медичні інформаційні системи базового рівня, призначені для візуальних методів обстеження, лабораторних аналізів і досліджень, контролю за станом пацієнтів. Вони забезпечують медперсонал надійною та своєчасною інформацією під час проведення обстежень, постановки діагнозу, лікування. Застосування ІКТ сімейними лікарями передбачає використання автоматизованого робочого місця (АРМ), що дозволяє вводити медичні дані, телеметрію та супутню інформацію з медичного обладнання в електронні бази даних під час обстеження з метою їх подальшого оброблення, аналізу, зберігання, а також автоматизованої підготовки призначень, рецептів, виписок, лікарняних листів та інших стандартизованих документів для пацієнтів [246; 379]. Однак нас цікавить педагогічно орієнтована складова інформатичної підготовки майбутніх лікарів сімейної медицини.

Як вважає А. Коломієць, метою впровадження ІКТ у педагогічну освіту є: адаптація студентів до сучасного інформаційного середовища; активізація пізнавальної діяльності; інтенсифікація засвоєння змісту освіти і загального розвитку та розвиток потреби у творчості. Основними напрямками використання ІКТ у медичній освіті є: пошук, опрацювання та тиражування інформації; презентація та унаочнення навчального матеріалу; індивідуалізація та диференціація навчання; автоматизація контролю, обліку та моніторингу знань; виготовлення дидактичних матеріалів; моделювання об'єктів, що вивчаються, явищ, процесів і взаємозв'язків між ними; розвиток мобільності та креативності студентів [141, с. 332].

Можливості вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів убачаємо в таких методичних перевагах ІКТ: зацікавлення студентів матеріалом, що вивчається засобами ІКТ та його емоційне сприйняття завдяки актуальності змісту, акцентованості викладу; підвищення якості сприймання інформації внаслідок нестандартних форм проведення занять, технічного супроводу, мультимедійності та наочності; мотивація навчально-пізнавальної діяльності завдяки можливості застосування одержаних знань і вмінь у лікарській практиці; розвиток комунікативних навичок студентів і реалізація їхніх потреб у педагогічній взаємодії; застосування науково-дослідницької роботи студентів, що підвищує рівень навчання; удосконалення методів оцінювання та контролю знань і вмінь студентів; розвиток педагогічної майстерності викладачів медичних університетів.

ІКТ можуть з успіхом застосовуватися на всіх етапах професійної підготовки сімейних лікарів: для пояснення нового матеріалу, закріплення, повторення, контролю, моніторингу успішності на основі використання мультимедіа, систем віртуальної реальності, автоматизованих навчальних систем. Важливим чинником забезпечення якісної освіти є впровадження електронних освітніх ресурсів, які виступають не лише як засоби навчання і предмет вивчення (стосовно педагогічної підготовки), а й як ефективний інструмент наукової діяльності й управління всіма процесами, що відбуваються в системі освіти [32, с. 8]. Сучасні ІКТ за допомогою мультимедіа надають викладачам засоби демонстрації складних явищ і процесів; дозволяють комплексно ілюструвати матеріал через анімацію, фотозображення, звукові фрагменти та відеокліпи. Засоби візуального супроводу полегшують пізнавальну функцію, а процес сприйняття навчального матеріалу значно прискорюється внаслідок поєднання образу та слова. Під час виконання самостійної роботи та на етапі контролю для розроблення системи завдань для самоперевірки, тестування та статистичного аналізу результатів, а також обліку успішності також можуть застосовуватися спеціалізовані комп'ютерні програми [181, с. 310]. Завдяки використанню Інтернету в освітньому процесі забезпечується доступ до необмеженого обсягу інформації та його аналітичного опрацювання, що дозволяє майбутнім лікарям навчатися здобувати інформацію з різноманітних джерел, бан-

ків знань, баз даних, зберігати її, обробляти і передавати; обмінюватись інформацією з колегами; брати участь у телеконференціях; одержувати консультативну допомогу. За допомогою мережевих сервісів медичні університети можуть організувати спільні дослідження; здійснювати дистанційне навчання тощо.

З метою ефективного застосування інформаційно-комунікаційних технологій у педагогічній підготовці майбутніх сімейних лікарів доцільно:

- широко використовувати можливості ІКТ як засобу навчання в освітньому процесі;
- інтегрувати методи інформатики, педагогіки і професійно орієнтованих медичних дисциплін;
- активно застосовувати спеціалізовані прикладні програми і медичні приладо-ком'ютерні системи під час вивчення дисциплін медичної спеціалізації та психолого-педагогічної підготовки майбутніх лікарів сімейної медицини;
- розробляти і впроваджувати електронні освітні ресурси (педагогічні програмні засоби) для вдосконалення підготовки майбутніх сімейних лікарів;
- мотивувати студентів розвивати ІКТ-компетентності з метою застосування їх у майбутній професійно-педагогічній діяльності та розширення медичних і педагогічних знань і вмінь тощо.

Отже, використання ІКТ у процесі педагогічної підготовки в медичних університетах дає змогу підготувати майбутніх сімейних лікарів відповідно до вимог інформаційного суспільства та сприяє: формуванню у студентів умінь працювати з інформацією, електронними даними і віртуальним середовищем; розвитку їхніх комунікативних здібностей, пошукових, дослідницьких навичок, навичок роботи індивідуально та в команді, а також здатності приймати оптимальні рішення.

Важливу роль у формуванні особистості майбутнього сімейного лікаря відіграють, безперечно, викладачі медичних університетів. Професорсько-педагогічний колектив несе відповідальність за мотивацію студентів до досягнень у навчальній діяльності, планування, організацію та ефективне проведення освітнього процесу, формування належного рівня кваліфікації нового покоління лікарів. Педагоги повинні враховувати індивідуальні особливості студентів, що можуть

впливати на їхнє особистісне становлення, професійний і загальнокультурний розвиток. Викладачі мають формувати у студентів активну життєву позицію, світогляд, оскільки важливими є не лише знання методології діагностики і лікування, а й погляди, переконання майбутніх лікарів, їхня система цінностей, у тому числі – педагогічних. У процесі підготовки медиків важливо акцентувати на сумлінне виконання ними своїх обов'язків, формувати відповідальне ставлення до майбутньої діяльності; індивідуальне розуміння реальної ситуації; бажання систематично підвищувати рівень професіоналізму. Тому самі медики-педагоги, від яких значно залежить освітня політика медичних ВНЗ, мають бути прикладом для майбутніх лікарів щодо морально-етичних переконань, професійної компетентності, педагогічної майстерності. Викладачам медичного університету потрібно безперервно оновлювати свої медичні та психолого-педагогічні знання, досконало опанувати медико-біологічні інновації, повсякчас підвищувати кваліфікацію, відрізнитися прагненням до застосування в освітній роботі новітніх методів і технологій.

Узагальнюючи методичні рекомендації щодо вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті зауважимо, що вони орієнтовані на здійснення постійного системного педагогічного впливу з метою формування у студентів сукупності компонентів педагогічної компетентності впродовж усіх етапів навчання. Успішність цього процесу забезпечить його спрямування не лише на засвоєння педагогічних знань і вироблення відповідних умінь, а й на підвищення мотивації самовдосконалення у професійно-педагогічній діяльності та виховання професійно-педагогічних цінностей, розвиток особистісних якостей, необхідних для її виконання на належному рівні. Це потребує комплексного впровадження та реалізації інноваційних педагогічних технологій (інтерактивних, ігрових, проблемного та контекстного навчання, інформаційно-комунікаційних). Запропоновані методичні рекомендації реалізують наступність і взаємозумовленість розвитку всіх компонентів педагогічної компетентності лікарів сімейної медицини, єдність професійно-медичного і психолого-педагогічного розвитку майбутніх сімейних лікарів у медичних ВНЗ.

## Висновки до другого розділу

Розглянувши зміст педагогічної (теоретичної, практичної та морально-психологічної) підготовки медичних працівників, структуру їхньої педагогічної компетентності та завдання кожного компонента в лікувально-профілактичній діяльності сімейного лікаря і визначивши особливості їх формування в освітньому процесі, ми побудувати компетентнісно зорієнтовану модель педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті, у структурі якої виокремлено цільовий, концептуальний, організаційно-проектувальний, технологічний і контрольний блоки. Побудована модель відображає педагогічні цілі, концептуальні засади, завдання, пріоритети й умови вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх лікарів сімейної медицини у процесі навчання. Упровадження та реалізація моделі забезпечить системність і послідовність освітнього процесу, дасть змогу виявити взаємозв'язки компонентів педагогічної компетентності, спрогнозувати результати професійно-педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів. В цілому це дозволяє здійснювати випереджувальне навчання з урахуванням перспективних вимог галузі охорони здоров'я до лікарів загальної практики і підвищити якість їхньої професійної підготовки в медичному університеті.

Педагогічними умовами ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті є комплекс педагогічних заходів, що забезпечують оновлення змісту навчання, застосування новітніх методик і технологій, цілеспрямоване формування у студентів компонентів педагогічної компетентності та, як результат, – зростання якості професійної підготовленості до майбутньої професійно-педагогічної діяльності. Урахування вимог методологічних підходів, загальнодидактичних принципів, принципів професійної освіти, принципів вищої освіти, деонтологічних принципів і специфічних принципів педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів (гуманістичної спрямованості, емоційної активності, соціальної взаємодії, концептуальності, інтегративності, комплексності, поетапності, безперервності, технологічності та інноваційності) дозволило обґрунтувати педагогічні умови, що забезпечують ефективну педагогічну підготовку майбутніх сімейних лікарів: спрямованість навчання на форму-



вання мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної компетентності медика; узгодження педагогічної підготовки із біомедичними і медичними дисциплінами; поетапне формування та розвиток у студентів педагогічної компетентності; упровадження інноваційних технологій теоретичної та практичної підготовки, що відображають соціально-педагогічний контекст професійної діяльності.

Методичні рекомендації щодо вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті передбачають декілька етапів, упродовж яких відбувається формування та розвиток педагогічної компетентності студентів: опанування основ педагогіки за модернізованою навчальною програмою; налагодження та реалізація міждисциплінарних зв'язків педагогіки із загальнонауковими (фундаментальними біомедичними) і професійно орієнтованими (медичними) дисциплінами; цілеспрямоване формування компонентів педагогічної компетентності під час вивчення спецкурсу «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики»; набуття практичного досвіду професійно-педагогічної діяльності сімейних лікарів під час первинної спеціалізації (інтернатури). Розроблені рекомендації реалізують наступність і взаємозумовленість формування компонентів педагогічної компетентності лікарів сімейної медицини, єдність професійно-медичного і психолого-педагогічного розвитку студентів медичних ВНЗ шляхом впровадження інноваційних педагогічних технологій: інтерактивних, ігрових, проблемного та контекстного навчання, інформаційно-комунікаційних.

Основні матеріали другого розділу розкриті в публікаціях автора [296; 297; 298; 300; 301; 303;304].

### РОЗДІЛ 3

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ФОРМУВАННЯ ПЕДАГОГІЧНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ

### 3.1 Програма та методика педагогічного експерименту

Дослідження ефективності педагогічної підготовки і формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті здійснювалося з 2009 до 2016 року. Його програма передбачала чотири етапи.

На першому етапі (2009 – 2010 рр.) було сформульовано наукову проблему дослідження, проведено теоретичний аналіз нормативних документів, психолого-педагогічної, навчально-методичної та медичної літератури. На цьому етапі були визначені предмет, мета і завдання дослідження, сформульовано гіпотезу. Здійснювалося цілеспрямоване спостереження за діяльністю сімейних лікарів-практиків і студентів медичних університетів під час теоретичного навчання та практики, розроблялися теоретичні основи і програма дослідження, був спланований і проведений констатувальний етап педагогічного експерименту та проаналізовано його результати.

На другому етапі (2010 – 2012 рр.) на основі узагальнення роботи науково-педагогічних працівників медичної галузі, досвіду власної освітньої діяльності в медичному університеті, аналізу науково-педагогічних досліджень, продовжувалося вивчення актуальних проблем і практики навчання сімейних лікарів. На цьому етапі дослідження будувалася модель педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів, визначені й обґрунтовані педагогічні умови їхньої ефективної педагогічної підготовки в медичному університеті, що забезпечують формування педагогічної компетентності студентів. Розроблялись методичні рекомендації, зокрема програма та зміст авторського спецкурсу; складалася програма та методика формувального педагогічного експерименту.

На третьому етапі дослідження (2012 – 2015 рр.) апробовано й експериментально перевірено модель і педагогічні умови педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті, розроблені на попередньому етапі;

уточнені методичні підходи і навчально-методичні матеріали, проведено експеримент щодо виявлення динаміки формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів та проаналізовано одержані результати.

На четвертому етапі (2016 р.) здійснено систематизацію й узагальнення даних пошукової роботи, доведено вірогідність гіпотези дослідження, сформульовано висновки, підготовлено до друку методичні рекомендації з досліджуваної проблеми, оформлено дисертаційну роботу.

Відповідно до програми дослідження методика педагогічного експерименту також передбачала чотири етапи, в яких взяли участь 592 студенти та інтерни (галузь знань 222 «Медицина», спеціальність «Лікувальна справа») і 27 викладачів чотирьох медичних ВНЗ різних областей України. На першому, підготовчому етапі означено дослідницький інструментарій, визначено основні завдання та параметри експериментальної роботи, розроблено програму та методику педагогічного експерименту. На другому, констатувальному етапі виявлено реальний стан педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів, що передбачало: вивчення освітнього процесу в медичному університеті, спрямованого на формування педагогічної компетентності студентів; визначення наявності педагогічних знань і виробленості педагогічних умінь у сімейних лікарів-практиків і студентів, дослідження їхнього ставлення до навчально-виховної діяльності з пацієнтами, визначення рівнів сформованості компонентів педагогічної компетентності студентів тощо. У констатувальному експерименті брали участь 86 студентів, а також 38 медичних працівників-практиків.

Третій, формувальний етап педагогічного експерименту передбачав перевірку гіпотези дослідження щодо підвищення ефективності педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті в разі впровадження розроблених інновацій. Завданнями перевірки були: апробація моделі педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів; реалізація й уточнення педагогічних умов, необхідних і достатніх для продуктивного формування педагогічної компетентності студентів; удосконалення методичних підходів і конкретизація технологій, за-

пропонованих із метою покращення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.

На початку експерименту були визначені контрольна й експериментальна групи. Кількість студентів, які в процесі формувального етапу експерименту цілеспрямовано вивчали педагогічні дисципліни за нашою методикою, становила 252 особи із п'яти навчальних закладів. Програма формувального етапу експерименту передбачала зміни у змісті занять із педагогіки: удосконалення тематики лекцій і практичних занять, застосування різноманітних технологій і викладання спецкурсу відповідно до поетапної методики, викладеної в підрозділі 2.3. До складу контрольної групи входили студенти тих самих курсів у кількості 254 особи, котрі проходили традиційну підготовку в медичних ВНЗ. У ході дослідження велися спостереження, проводився аналіз, здійснювалася систематизація отриманих даних і результатів, коректувалися висунуті науково-методичні положення.

На четвертому, завершальному етапі здійснювалося оброблення та статистична перевірка достовірності одержаних даних, їх узагальнення, зроблено необхідні корективи в теоретичних викладках, виконано підсумування, що дозволило зробити висновок щодо ефективності формування педагогічної компетентності у студентів внаслідок реалізації створеної моделі, обґрунтованих педагогічних умов і відповідних методичних рекомендацій.

Як уже відзначалося, професійна компетентність майбутніх лікарів діагностується, передусім, як уміння застосовувати знання з фундаментальних біомедичних наук і основних медичних дисциплін, які є найвагомішими для надання допомоги хворим. Головна увага приділяється підтриманню здоров'я, профілактиці захворювань та організації медичної допомоги пацієнтам [258]. У контексті нашого дослідження необхідно виробити критерії сформованості педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів і розробити механізми (методики) їх практичного виявлення. Чітке визначення таких критеріїв дозволить зробити висновок про оптимальність результатів педагогічних впливів [361].

Критерій (від грец. *κρίτηριον*, лат. *critērium* – здатність розрізнення; засіб судження) – підстава для оцінки, визначення або класифікації чогось; мірило [290,

с. 349]; ознака, взята за основу класифікації. Пошук об'єктивних критеріїв і методів вимірювання результатів професійної підготовки є складним завданням, оскільки компетентність (підготовленість) фахівця – це інтегрована властивість особистості. Характер і закономірності освітнього процесу, що впливають на цей результат, можна визначити лише за допомогою комплексу критеріїв, показників і методів діагностики [165, с. 18]. Зауважимо, що для оцінювання якості освіти нині використовують нормативні документи, що містять стандарти корисності, виконаності, коректності та точності продукту освітньої діяльності [212]. Запровадження МОЗ України сертифікації та ліцензування лікарської діяльності передбачає, зокрема, визначення кваліфікації як рівня підготовки, здатності фахівців виконувати конкретні завдання та обов'язки в межах певного виду діяльності згідно з Міжнародною Стандартною Класифікацією (ISCO-88) [280].

Питанням критеріїв професійної підготовки майбутніх медичних працівників, оцінювання результатів оволодіння студентами певними знаннями й уміннями приділяється значне місце в медичній освіті. У працях О. Абдуліної [1], Ю. Бабанського [13], В. Безпалька [28], В. Сластьоніна [287], Л. Спіріна [293] відзначається доцільність емпіричного виявлення різних рівнів підготовки студентів та інтерпретації одного з них як мінімально необхідного. Науковці, переважно, обґрунтовують вимоги, що опираються на власну теоретично розроблену модель педагогічної підготовки, а практики орієнтуються на нормативи Державних стандартів освіти, які нині базуються на компетентнісному підході. При цьому як учені, так і методисти пропонують конкретні переліки компетентностей, що мають бути сформовані у студентів. Таким чином, науково обґрунтованим нині є рівневий підхід, а дослідження педагогічної підготовки потребує визначення критеріїв і рівнів сформованості у майбутніх сімейних лікарів якостей і властивостей, що становлять педагогічну компетентність.

Застосування критеріїв для віднесення студентів до певного рівня підготовленості передбачає виявлення та розгляд показників – узагальнених характеристик досліджуваного об'єкта чи процесу [98, с. 12]. Серед цих показників розрізняють якісні (що визначають наявність або відсутність властивості) та кількісні

(вказують на міру вираженості певної властивості) [193, с. 218]. У нашому дослідженні навчальні досягнення студентів із педагогічної підготовки слугуватимуть кількісними показниками, а професійно-педагогічні характеристики – якісними.

Для вивчення процесу педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів на основі аналізу досліджень у галузі загальної та медичної педагогіки [17, с. 2] ми розробили певні критерії сформованості педагогічної компетентності студентів у медичних університетах. Вони дали нам змогу провести аналіз теоретичної та практичної підготовленості майбутніх сімейних лікарів, з'ясувати рівні знань і практичних умінь із конкретних складових педагогічної підготовки (правильність і усвідомленість дій, якість виконання процедур, дотримання нормативів часу тощо), а також визначити відповідність змісту навчальної програми, методики навчання, рівня попередньої підготовки, організації освітнього процесу тощо.

За кожним із функціональних компонентів педагогічної компетентності сімейного лікаря (мотиваційно-ціннісним, знанневим, професійно-комунікативним, організаційно-технологічним і рефлексивним) пропонуємо відповідні критерії, викладені в табл. 3.1-3.5. Цими критеріями є знання, вміння та якості за окремим компонентом, а показниками – їх конкретні параметри (ознаки, характеристики). Їх вибір визначався змістом педагогічної підготовки сімейних лікарів, її моделлю та структурою. При цьому на початковій стадії навчання оцінюються лише знання, а поведінкові реакції студентів та їхні особистісні якості не визначаються.

Розробляючи критерії сформованості мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної компетентності сімейного лікаря (табл. 3.1), ми брали до уваги твердження Дж. Равена про те, що неможливо «оцінити внутрішньо мотивовані компетентності, які роблять поведінку ефективною, не у зв'язку із суб'єктивно значущою для людини діяльністю» [262, с. 75]. Ці критерії дозволяють визначити розвиненість педагогічних цінностей, мотивів, інтересів студентів, які сприяють удосконаленню, вихованню, саморозвитку, стимулюють до успіху та засвоєння необхідних педагогічних знань, умінь, навичок, розвитку соціально та професійно важливих якостей тощо.

**Критерії сформованості мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної компетентності сімейного лікаря**

<b>Знання</b>	<b>Вміння</b>	<b>Якості</b>
Знання норм загальнолюдських цінностей, правил їх присвоєння	Уміння будувати взаємодію з пацієнтами згідно з нормами загальнолюдських цінностей	Визнання загальнолюдських цінностей та потреба їх інтеріоризації
Знання професійно-педагогічних цінностей	Уміння налаштовуватись на педагогічну взаємодію з пацієнтами відповідно до норм професійно-педагогічних цінностей	Вироблені мотиви, переконання та бажання виконувати професійно-педагогічну діяльність.
Знання про людину як найвищу цінність	Уміння розпізнавати позитивні якості особистості пацієнтів для конструктивної взаємодії з ними	Визнання необхідності ставлення до пацієнтів як до найвищої цінності
Знання про власний професійно-педагогічний потенціал	Уміння адекватно оцінювати свої професійно-педагогічні здібності	Прагнення самовдосконалення у педагогічній діяльності

Знаннєвий критерій (табл. 3.2) дозволяє виявити сформованість професійно спрямованих педагогічних знань та їх системність, уміння майбутніх сімейних лікарів застосовувати теоретичні знання в лікувально-профілактичній діяльності, рівень професійного мислення, здатність до самоосвіти. Оцінювання педагогічного знання вимагає визначення його якостей – властивостей об'єкта, що становлять його стійку, постійну, сутнісну характеристику [210]. Якість знань «передбачає співвіднесення видів знань (закони, теорії, прикладні, методологічні, оцінювальні знання) з елементами змісту освіти й тим самим з рівнем засвоєння» [65, с. 373].

Діагностику знань здійснюють за такими параметрами: повноти, глибини, оперативності, гнучкості, конкретності, узагальненості, розгорнутості, системності, усвідомленості, міцності та ін. [28; 61; 148; 284; 311]. Також для майбутніх сімейних лікарів важливими є сформованість педагогічного мислення, ступінь науковості або абстрактності засвоєних психолого-педагогічних знань і понять, само-

стійність застосування знань, перенесення знань і вмінь на специфіку лікувально-профілактичного процесу.

Таблиця 3.2

### Критерії сформованості знаннєвого компонента педагогічної компетентності сімейного лікаря

Знання	Вміння	Якості
Знання основ педагогіки, психології, філософії, культурології, що формують систему знань про закономірності цілісного педагогічного процесу	Уміння застосовувати на практиці психолого-педагогічні знання, реалізувати ідеї гуманістичної педагогіки та нової парадигми освіти	Прагнення визначати професійно значущі цілі в умовах педагогічної взаємодії з пацієнтами
Знання медичної педагогіки, що вказує на особливості педагогічного процесу в системі «медичний працівник – пацієнт»	Уміння застосовувати форми, методи і засоби навчання та виховання на основі усвідомлення особливостей медичної педагогіки	Готовність допомогти пацієнтові визначити позитивні й негативні чинники його поведінки під час взаємодії в лікувально-профілактичному процесі
Знання про людину як суб'єкта освітнього процесу, її вікові, індивідуальні особливості, закономірності психічного розвитку.	Уміння використовувати засоби педагогічного впливу, що відповідають віковим і психологічним особливостям пацієнтів	Прагнення пізнання індивідуальних особливостей пацієнта з метою найкращої організації його лікування
Знання про закономірності педагогічної взаємодії та способи проектування освітньої діяльності пацієнта в лікувально-профілактичному процесі	Уміння проектувати, організовувати та управляти освітньою діяльністю пацієнтів на основі дотримання норм педагогічної етики	Потреба безперервного вдосконалення педагогічної культури, системи саморегуляції власної особистості як лікаря та педагога

Професійно-комунікативний компонент (табл. 3.3) відображає рівень і характер комунікативних здібностей студентів, розвиненість комунікативних якостей, здатностей до продуктивної комунікативної взаємодії майбутнього сімейного лікаря у процесі спілкування з пацієнтами. Оцінювання сформованості комунікативної складової педагогічної компетентності передбачало діагностику загальної



комунікабельності, ступеня розвитку комунікативних якостей, мовного етикету та поведінки, виявлених студентами тощо.

Таблиця 3.3

**Критерії сформованості професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності сімейного лікаря**

<b>Знання</b>	<b>Вміння</b>	<b>Якості</b>
Знання норм мови і правил професійного спілкування, особливостей комунікативної взаємодії	Уміння налаштовуватись на спілкування з пацієнтом, проектувати комунікативну взаємодію й реалізувати педагогічний вплив	Комунікабельність, уважне, доброзичливе ставлення до висловлювань пацієнтів
Знання основних принципів побудови конструктивного діалогу з пацієнтами	Уміння будувати конструктивний діалог в педагогічному процесі й постійно відчувати і підтримувати зворотний зв'язок з об'єктом спілкування	Гнучкість відповідно до мінливих обставин і ситуацій спілкування у медичній практиці, здатність налагоджувати зворотний зв'язок
Знання психологічних прийомів залучення й утримання уваги пацієнтів у процесі їх навчання	Уміння знаходити адекватні змісту спілкування комунікативні засоби, які сприяють навчанню пацієнтів і відповідають конкретній ситуації	Готовність спрямовувати власну комунікативну поведінку на досягнення конкретних професійно-педагогічних цілей
Знання основ комунікативної культури лікаря, норм мовного етикету і поведінки	Уміння дотримуватись норм мовного етикету і поведінки, аналізувати мовленнєві дії співрозмовника, адекватно реагувати на них у межах конкретної комунікативної ситуації	Готовність толерантно та коректно спілкуватися з пацієнтами та їхніми родичами, приймати чужі думки, погляди, оцінки, тактовність, доброзичливість

За допомогою організаційно-технологічного критерію (табл. 3.4) визначається володіння педагогічними вміннями і навичками, професійна поведінка майбутніх сімейних лікарів і відповідні професійно важливі якості особистості. До ознак, що визначають різні аспекти цього компонента відносимо: правильність виконання дій і операцій, раціональну послідовність виконання, ступінь складно-

сті й автоматизму навичок, виконання засвоєної діяльності в складних, нетипових педагогічних ситуаціях [323, с. 45].

Таблиця 3.4

**Критерії сформованості організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності сімейного лікаря**

<b>Знання</b>	<b>Вміння</b>	<b>Якості</b>
Знання дидактичних особливостей побудови педагогічного процесу, норм етико-деонтологічної культури у взаємодії з пацієнтами	Уміння застосовувати на практиці ефективні форми і методи навчання та виховання, сучасні педагогічні технології	Уважне, доброзичливе ставлення до пацієнтів та їхніх потреб у медичній допомозі
Знання методичних основ організації педагогічної діяльності в лікувально-профілактичному процесі	Уміння обирати, проектувати та реалізувати найбільш ефективні методи і технології навчання відповідно до індивідуальних особливостей пацієнтів	Здатність формувати в пацієнтів позитивне ставлення до результатів навчання
Знання основ конфліктології в педагогічній діяльності	Уміння прогнозувати конфліктну ситуацію, яка може виникнути у навчанні, вирішувати конфлікти і запобігати їх виникненню	Прагнення надавати оперативну превентивну допомогу пацієнтові у процесі навчання
Знання сучасних особистісно орієнтованих педагогічних технологій	Уміння формувати в пацієнта необхідні для ефективного навчання і виховання особистісні якості, створювати атмосферу співробітництва	Прагнення до ідентифікації, емпатії, рефлексії в процесі співпраці з пацієнтами, їхнього гармонійного розвитку та духовного збагачення

Рефлексивний критерій (табл. 3.5) призначено для дослідження ставлення студентів до освітньої діяльності в лікувально-профілактичному процесі, самооцінювання ними сформованості власних професійно важливих педагогічних якостей, рівня своєї професійної свідомості та педагогічної позиції. Безперечно, рефлексивний компонент оцінити значно складніше [308], ніж інші компоненти педагогічної компетентності. Виміряти відповідні показники можна лише за фактом

виконаних завдань, отже діагностувати їх у студентів доцільно за наявністю відповідних якостей (готовність, здатність, усвідомлення).

Таблиця 3.5

**Критерії сформованості рефлексивного компонента педагогічної компетентності сімейного лікаря**

<b>Знання</b>	<b>Вміння</b>	<b>Якості</b>
Знання про рефлексію як спосіб професійно-педагогічного самовдосконалення та саморозвитку	Вміння будувати стосунки з пацієнтами на основі принципів рефлексії власної поведінки	Готовність до саморозвитку та самовдосконалення в освітній діяльності.
Знання про суб'єктів педагогічної діяльності	Вміння аналізувати свою педагогічну діяльність і знаходити ресурси для її покращення в лікувально-профілактичному процесі	Усвідомлення себе як суб'єкта професійно-педагогічної діяльності, здатність узгоджувати і співвідносити свої дії з іншими учасниками
Знання особливостей власної особистості, своїх недоліків, форм і методів їх подолання	Уміння аналізувати, контролювати свою поведінку під час педагогічної діяльності, оцінювати свої почуття та стани під час взаємодії з пацієнтами	Здатність до самоаналізу, самоконтролю й емоційно-психологічної саморегуляції у процесі освітньої діяльності
Знання про інформаційну культуру особистості педагога, джерела інформації, внутрішнє планування дій	Уміння здобувати, обробляти та інтерпретувати професійно значущу інформацію та планувати особисті дії в освітній діяльності	Здатність до систематизації та узагальнення різнобічної інформації, готовність до створення на цій основі внутрішнього плану педагогічних дій

Під час визначення рівнів сформованості педагогічної компетентності студентів ми спиралися на виявлені знання й уміння та якості. При цьому виокремлювався низький, базовий, достатній і високий рівні сформованості компонентів педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів. Низький (початковий) рівень – необхідні педагогічні знання й уміння на первинному щаблі (рівні знайомства) або відсутні, якості не виражені, виявляються рідко або не виявляються. Базовий (опорний) рівень – знання й уміння вироблені, але застосовуються обме-

жено, не усвідомлено, педагогічні якості слабо виражені, недостатньо ефективно та не завжди виявляються в різних видах професійно-освітньої діяльності. Достатній (функціональний) рівень – студент повною мірою володіє необхідними педагогічними знаннями й уміннями, яким притаманні міждисциплінарні зв'язки, спроможний їх застосовувати в ситуаціях, характерних для лікарсько-профілактичної практики, виявляючи педагогічні якості за першої необхідності. Високий рівень (рівень готовності) – студент досконало володіє цілісними знаннями різноманітних аспектів педагогічної діяльності сімейного лікаря, має необхідні вміння, готовий їх застосовувати у складних, нетипових ситуаціях, педагогічні цінності та відповідні якості добре виражені, спостерігаються постійно.

Кожен із цих рівнів конкретизований у таблицях (Додаток Е). Виявлення рівнів, поданих у табл. Е.1-Е.5, дало нам можливість визначити реальний стан педагогічної компетентності випускників медичних ВНЗ на констатувальному етапі експерименту та порівняти ефективність формування педагогічної компетентності у сімейних лікарів шляхом вимірювання сформованості її компонентів у студентів експериментальних і контрольних груп після впровадження наших інновацій.

Рівні усвідомлення значущості педагогічної компетентності сімейними лікарями-практиками, а також сформованості понять про сутність педагогічної підготовки студентів виявлялися за допомогою складеної анкети (Додаток К).

Рівень сформованості різних компонентів педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів оцінювався за підсумками аналізу поточної успішності з психологічних і педагогічних дисциплін, письмових робіт студентів, тестових оцінок на контрольних зрізах, оцінок на заліку, результатів захисту практики, спостережень і бесід із викладачами і студентами, самооцінювання та взаємооцінювання студентів, а також дослідницьких методик, заснованих на експертному оцінюванні аудиторної та позааудиторної роботи майбутніх лікарів. Як справедливо зазначають науковці, основою вивчення рівнів сформованості компонентів педагогічної компетентності у студентів є саме метод експертних оцінок – комплекс логічних і математичних процедур, спрямованих на отримання від фахівців інформації, її аналіз і узагальнення з метою прийняття та вибору раціональних

рішень [277, с. 47] Суть методу полягає в залученні кваліфікованих фахівців (експертів) до виконання спостережень та аналізу певної проблеми з подальшим якісним і кількісним опрацюванням їхніх суджень і перетворенням одержаних індивідуальних показників у формалізовані результати дослідження.

Використання експертного оцінювання в нашому дослідженні зумовлено, по-перше, специфікою компонентів професійної компетентності, з яких лише когнітивні й діяльнісні можуть бути описані та виміряні за допомогою традиційної тріади «знання – вміння – навички», а по-друге, особливостями педагогічної діяльності сімейних лікарів, як діяльності творчої, що часто вимагає нестандартних рішень. Експертне оцінювання, на відміну від інших методів, дозволило нам вивчити низку особистісних якостей майбутніх сімейних лікарів, пов'язаних з їх вміннями налагоджувати педагогічну взаємодію з пацієнтами.

Оскільки компоненти професійної компетентності в кожного конкретного студента протягом навчання розвиваються нерівномірно, для правильного оцінювання педагогічної підготовки в медичному університеті необхідно бачити всю динаміку й контролювати складові компетентності з точки зору всіх учасників освітнього процесу (викладачів, медиків-практиків і самих студентів). Таке всебічне діагностування дасть змогу одержати об'єктивну оцінку та визначити ефективні методи і технології формування сукупності педагогічних компетентностей.

1) Рівні сформованості мотиваційно-ціннісного компонента визначалися за допомогою експертного оцінювання, а також спостережень, бесід, результатів мотиваційних тренінгів, проведення тестувань студентів.

Для виявлення рівня сформованості мотиваційно-ціннісного компонента важливо було дослідити ціннісні установки студентів. Для цього їм було задано написати есе на тему «Мій ідеал медичного працівника – сімейного лікаря».

2) Для оцінювання сформованості знанневого компонента (рівня оволодіння педагогічними знаннями, вміннями і навичками) використовувалися показники успішності, передусім – результати контрольних зрізів, тестування з педагогічних дисциплін. Задля отримання більш повної інформації були складені спеціальні завдання, приклади яких подані в Додатку Л.

3) Професійно-комунікативний компонент вивчався за допомогою взаємооцінювання студентів. З цією метою студентам було поставлено завдання спостерігати за одногрупниками у процесі спілкування з пацієнтами під час практики. Взаємооцінювання відбувалося за тією ж методикою, за якою проводилось спостереження студентів за поведінкою сімейного лікаря-практика (Додаток И). При цьому вони брали до уваги такі параметри комунікативних умінь і навичок:

- настрої під час спілкування з пацієнтом – життєрадісний, енергійний, доброзичливий; прагнення передати цей настрій хворому;
- загальний стан під час заняття і спілкування з пацієнтами – упевнений, бадьорий, сконцентрований;
- комунікативна установка – цілеспрямована, толерантна, яскраво виражена готовність до спілкування, емоційна налаштованість, вмотивованість на успіх;
- процес спілкування із пацієнтами – виявлення комунікативної ініціативи, створення необхідної сприятливої атмосфери на занятті, ефективне сприйняття інформації та взаємодія;
- управління власним самопочуттям – органічне, рівний емоційний стан, здатність до управління своїм самопочуттям, незважаючи на складні обставини, особисті проблеми, перепади в настрої;
- управління спілкуванням під час заняття – виважене, оперативне, гнучке, відчуття власного стилю спілкування, вміння організувати єдність комунікування та методу діяльності;
- мовлення – чітке, виразне, образне, емоційне, висококультурне;
- міміка – енергійна, яскрава, педагогічно доцільна;
- пантоміміка – виразна, адекватна жестикуляція, пластична образність, емоційна насиченість жестів;
- загальний результат педагогічного спілкування та взаємодії – продуктивний, із позитивними взаємними враженнями і запланованими наслідками [259].

4) Сформованість організаційно-технологічного компонента виявлялась експертами за допомогою спостережень під час навчально-практичної, квазіпрофесійної діяльності студентів, шляхом аналізу результатів виконання практичних

завдань із підготовки, організації та проведення навчально-виховних заходів із пацієнтами. Якість виконання завдань із педагогічної практики перевіряли викладачі, керівники практики і методисти; результати організаційно-технологічної підготовки студентів визначалися під час колегіального оцінювання за підсумками практики. Для більш достовірного оцінювання організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів досліджувалася думка пацієнтів про їхню педагогічну взаємодію зі студентами й інтернами.

5) Рівень сформованості рефлексивного компонента оцінювався шляхом спостережень, бесід, а також тесту-самооцінювання. До уваги майбутніх сімейних лікарів пропонувалося тестування «Який я сімейний лікар?» (Додаток М). Тест містить 24 питання, що дозволяють з'ясувати ставлення студентів до педагогічної складової подальшої професійної діяльності за трьома параметрами: гностичним, емоційним, поведінковим. Гностичний параметр визначає рівень компетентності майбутнього сімейного лікаря як фахівця, що здійснюватиме навчально-виховну роботу. Емоційний показує, наскільки студент психологічно готовий до налагодження співпраці з пацієнтами як сімейний лікар. Поведінковий параметр характеризує, чи здатний студент взаємодіяти і впливати на пацієнтів під час лікувально-профілактичного процесу. Самооцінювання проводилося після докладного пояснення студентам специфіки кожного з параметрів. Якщо одержані результати становлять 6–8, то студенти мають високий рівень сформованості рефлексивного компонента педагогічної компетентності. Якщо результати знаходяться в інтервалі 0–3, майбутньому лікарю необхідно вдосконалювати педагогічні знання й уміння, а також переглянути ставлення до власної навчальної діяльності.

Сімейний лікар із високою педагогічною рефлексією правильно будує свої стосунки, педагогічний вплив і взаємодію з пацієнтами та їхнім оточенням. Він розуміє власні слабкі сторони і налаштований на подальше вдосконалення. Самовдосконалення – це усвідомлений, самокерований розвиток, у процесі якого планомірно формуються та розвиваються здібності, якості, характеристики фахівця. Під професійно-педагогічним саморозвитком сімейних лікарів розуміємо свідому роботу над собою, вдосконаленням своєї особистості як педагога та наставника.

Під час підготовки та реалізації формувального етапу педагогічного експерименту із залученими до цього студентами була проведена додаткова робота: прочитано вдосконалений курс з основ педагогіки з доповненою тематикою і проведено відповідні семінарські заняття; цілеспрямовано реалізувалися міждисциплінарні зв'язки педагогіки із загальнонауковими і професійно орієнтованими дисциплінами; упроваджено в освітній процес підготовки сімейних лікарів спецкурс «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики» (табл. 3.1); використовувалися інноваційні педагогічні технології (інтерактивні, ігрові, проблемного навчання, ІКТ); реалізувалися елементи контекстного навчання; застосовувалася модифікована програма лікарської практики і первинної спеціалізації в інтернатурі.

Науково-педагогічні працівники медичних ВНЗ, що виконували експериментальну роботу, прослухали спецкурс «Основи формування педагогічної компетентності майбутнього лікаря сімейної медицини» (табл. 3.2).

Професійна підготовка студентів експериментальної групи здійснювалася з урахуванням специфіки професії сімейного лікаря та відображала структуру їхньої подальшої навчально-виховної складової лікувально-профілактичної діяльності. Особливий акцент робився на моделювання педагогічних ситуацій у процесі ділових ігор. Моделюючи ситуації, студенти 3-4 курсів ставили себе на місце сімейного лікаря, ідентифікували себе з ним, відтворювали його думки, міркування, емоції, почуття, мовлення тощо. Отримавши завдання розвинути сюжетну лінію, студенти по чергово подумки перевтілювалися в інших дійових осіб (медичних сестер, пацієнтів, родичів, соціальних працівників та ін.), відтворюючи всю гаму педагогічної взаємодії сімейного лікаря з пацієнтами. Застосування цього методу дозволяє виробити у студентів готовність до розв'язання складних, передбачуваних проблем у професійно-педагогічній роботі медичного працівника.

Зміст, форми і методи проведення такого виду навчально-пізнавальної діяльності студентів медичних ВНЗ як лікувальна практика в нашому дослідженні були значною мірою спрямовані на формування й удосконалення педагогічної компетентності. Діяльність студентів під час лікарської практики передбачала навчальну та виховну роботу з пацієнтами. Педагогічна практика під наглядом



більш досвідченого лікаря залучає студента до педагогічної діяльності в реальних обставинах лікувально-профілактичного процесу в межах навчання у ВНЗ, максимально наближає його до самостійної роботи з хворими, створюючи передумови для усвідомлення себе суб'єктом професійної та педагогічної діяльності, занурюючи в соціально-педагогічний контекст. Для цього була підготовлена модифікована програма, в основу якої покладені сучасні науково-методичні розробки.

За результатами практики визначалися сформовані у студентів стилі педагогічної діяльності, що характеризують ставлення сімейного лікаря до пацієнтів і навчально-виховної роботи з ними. Для цього було використано характеристику стилів ставлення медичного працівника до пацієнтів, складену на основі вимог до «суб'єкт – суб'єктних» відносин [17, с. 198; 245]:

- *активно-позитивний стиль* характеризується позитивною емоційною спрямованістю щодо пацієнтів, професійної діяльності та педагогічного впливу, яка адекватно реалізується в доброзичливій манері поведінки та спілкування, теплих відносинах із пацієнтами і колегами та взаємній прихильності;

- *пасивно-позитивний стиль* виражається в замкнутості, надлишковій стриманості, педантизмі при загальній позитивній емоційній спрямованості лікаря, що супроводжується сухістю, категоричністю, проявами авторитарності;

- *ситуативний стиль* виявляється в емоційній нестабільності; під впливом конкретних ситуацій у поведінці лікаря виявляються запальність, чергування вимогливості та лібералізму, дружелюбності та ворожості;

- *активно-негативний стиль* характеризується відвертою негативною емоційною спрямованістю в роботі, неприйняттям професійно-педагогічної діяльності, що виражається в різкості, дратівливості, акцентуванні уваги на недоліках пацієнтів, надмірних зауваженнях і прискіпливості;

- *пасивно-негативний стиль* виражається в емоційній індіферентності, формалізмі в роботі, прихованій неприязні, сухості та відчуженості, байдужості до пацієнтів, їхніх успіхів і невдач.

На підставі аналізу педагогічної взаємодії студентів експериментальної та контрольної груп із пацієнтами під час практики експерти визначали притаманний

кожному з них стиль педагогічної діяльності. Загальні результати перевірки ефективності запропонованої моделі та педагогічних умов ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті подані в підрозділі 3.3. Зіставлення отриманих результатів студентів дозволило нам, передусім, визначити, чи були однаковими рівні педагогічної підготовленості студентів ЕГ і КГ на початковому етапі формувального експерименту. Аналіз подальших результатів дослідження (приріст студентів різного рівня з кожного компонента) свідчить про те, чи зазнав суттєвих позитивних змін освітній процес в експериментальній групі порівняно з контрольною. У випадку істотного приросту сформованості компонентів педагогічної компетентності за всіма показниками у студентів ЕГ можна буде стверджувати про стійку динаміку зростання якості педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів внаслідок застосування інновацій у змісті й організації навчання.

Перевірку статистичної достовірності одержаних експериментальних даних ми здійснювали за допомогою критерію Пірсона  $\chi^2$  (хі-квадрат). Відомо, що статистичні критерії поєднують методи розрахунку, теоретичну модель розподілу та правила прийняття рішення про прийняття нульової чи альтернативної гіпотези [65, с. 181]. Використання статистичного критерію  $\chi^2$  (перевірка гіпотези про закон розподілу) дозволяє виявити, чи є різниця у рівні сформованості компонентів педагогічної компетентності та яка достовірність виявлених відмінностей. Ми виходимо з того, що зміна рівня кожного з компонентів педагогічної компетентності може відбутися внаслідок випадкових чинників або під впливом запроваджених інновацій. Наше завдання – з'ясувати і підтвердити (чи спростувати) цей факт.

Для визначення достовірності відмінностей між показниками контрольної та експериментальної груп було висунуто нуль-гіпотезу, яка стверджує, що різниця між показниками традиційної педагогічної підготовки в медичних університетах і формування педагогічної компетентності у студентів на основі запропонованих інновацій є несуттєвою. На противагу їй висуваємо гіпотезу нашого дослідження щодо доцільності розробленої моделі педагогічної підготовки та ефективності обґрунтованих педагогічних умов. Для прийняття висновку про ре-

зультати статистичної перевірки ми керувалися правилом: якщо фактичне значення критерію  $\chi^2$  потрапляє до критичної області, визначеної за статистичними таблицями (тобто  $T_{факт} < T_{кр}$ ), то приймається нуль-гіпотеза – в такому разі отримані відмінності несуттєві та діють несистематично [225, с. 2].

Якщо  $T_{факт} > T_{кр}$ , то, згідно з критерієм  $\chi^2$ , відмінність у рівнях сформованості досліджуваного компонента істотна й не може бути пояснена випадковими причинами, а є наслідком цілеспрямованої діяльності. Отже, нуль-гіпотезу відхиляємо, а наша гіпотеза підтверджується. Тобто, в такому разі отримані результати зумовлені причинами, які діють систематично. Це означає, що теоретично обґрунтовані нами інновації можна вважати доцільними. Відповідно до методики перевірки за кожним із компонентів педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів обчислювалися емпіричні значення  $\chi^2$  для двох випадків – на початку та наприкінці експерименту. Результати обчислень подавалися у таблицях. При цьому різниця педагогічних впливів підтверджується, якщо характеристики студентів експериментальної та контрольної груп на початку дослідження співпадатимуть, а наприкінці – відрізнятяться з рівнем значущості  $\alpha = 0,05$ . У такому разі можна зробити висновок, що застосування запропонованих заходів веде до покращення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів із ймовірністю 95 %.

Для перевірки достовірності результатів оцінювання студентів ЕГ і КГ розраховувалося емпіричне значення  $T_{факт}$  критерію  $\chi^2$  за формулою:

$$T_{факт} = \frac{1}{n_1 n_2} \sum_{i=1}^4 \frac{(n_1 k_{2i} - n_2 k_{1i})^2}{k_{1i} + k_{2i}} \quad (3.1)$$

де  $n_1$  і  $n_2$  – кількість студентів у порівнюваних групах;  $k_{1i}$  і  $k_{2i}$  – кількість студентів, що перебувають на  $i$ -тому рівні в порівнюваних групах.

Для визначення критичного значення  $T_{кр}$  у розподілі  $\chi^2$  обчислюємо число ступенів свободи варіації  $\nu$ . Оскільки досліджувалися дві вибірки (експериментальна і контрольна групи), які розподілялися за чотирма рівнями вираженості кожного компонента педагогічної компетентності:  $\nu = (2-1) \cdot (4-1) = 3$ . За статистичними таблицями для обраного рівня значущості 0,05 і трьох ступенів свободи  $T_{кр} = 7,82$  [39]. Якщо спостережуване значення  $T_{факт} < T_{кр}$ , то на цьому рівні значущості

приймається нульова гіпотеза, тобто можна вважати, що розподіл у контрольній та експериментальній групах однаковий. Якщо  $T_{факт} > T_{кр}$ , то приймається альтернативна гіпотеза, тобто розходження в розподілі студентів за рівнями не можуть бути викликані випадковими причинами, отже, є наслідком нашої діяльності. Таким чином, статистичний аналіз формувального експерименту дозволить з обраним рівнем достовірності стверджувати про позитивний або негативний вплив запропонованих змін на педагогічну підготовку майбутніх сімейних лікарів.

На завершення дослідження порівнювалась обізнаність інтернів експериментальної та контрольної груп щодо запропонованих напрямів їхньої подальшої педагогічної діяльності у статусі сімейних лікарів. Достовірність письмового опитування перевірялася за допомогою обчислення кореляційного зв'язку (коефіцієнт кореляції r-Пірсона) в даних контрольної та експериментальної груп. Наявність зв'язку інтерпретується як узгодженість думок інтернів щодо основних напрямів педагогічної діяльності сімейного лікаря з пацієнтами.

### **3.2 Сучасний стан педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів**

Міністерство охорони здоров'я України, починаючи з 2005 р., поетапно узгоджує навчальний процес у медичних ВНЗ із вимогами ЄС. Відбулися зміни в нормативній базі вищої медичної освіти (перехід на нові навчальні плани, запроваджено кредитно-модульну систему організації навчального процесу, введено державну атестацію та ін.), оновлюється матеріально-технічна база навчальних закладів, запроваджуються нові технології організації навчального процесу, розроблено проект Концепції реформування післядипломної освіти [306].

Основні проблеми медичної освіти в Україні нині – це: неповна відповідність стандартам ЄС і ВФМО; зниження якості підготовки медичних кадрів внаслідок низької мотивації студентів і викладачів до самовдосконалення; відсутність університетських клінік (лише чотири в країні); невідповідність умов навчання вимогам часу, застосування застарілих освітніх технологій, незадовільний стан інформатизації освітнього процесу, недостатня активність самостійної роботи студентів, низький рівень соціального захисту викладачів тощо [306].

Констатувальний етап педагогічного експерименту був проведений із 38 сімейними лікарями і 86 студентами (дві групи по 29 і 16 студентів четвертого курсу та дві групи по 27 і 14 студентів п'ятого курсу) стаціонару Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (ЛНМУ) та приватного ВНЗ III-го рівня акредитації Львівського медичного інституту (ЛМІ).

Констатувальний експеримент мав на меті перевірку реального стану педагогічної підготовленості сімейних лікарів і обґрунтування актуальності та доцільності дослідження. Для цього були поставлені такі завдання: визначення недоліків та стану вивчення педагогічних дисциплін у медичних ВНЗ; визначення ставлення сімейних лікарів до педагогічних функцій в їхній професійній діяльності; виявлення труднощів і проблем у педагогічній підготовці студентів медичних ВНЗ; з'ясування проблем, з якими зустрічаються студенти під час педагогічної діяльності з пацієнтами; уточнення гіпотези, мети, завдань дослідження.

1. Передусім виконувалось всебічне вивчення освітнього процесу в медичному університеті щодо ефективності педагогічної підготовки студентів. На сьогоднішній день у медичних ВНЗ України забезпечені всі передумови для підготовки сімейних лікарів, а саме: запроваджена їхня неперервна освіта; навчання на робочому місці; дистанційне підвищення кваліфікації; широко застосовуються семінари-тренінги. Проте, слід зазначити, що на цьому етапі впровадження та функціонування сімейної медицини в Україні гостро постає проблема якості первинної підготовки сімейних лікарів. Статус і популярність цієї спеціалізації серед медичної спільноти поки що надзвичайно низький, а відтак, присутнє часткове нерозуміння та неприйняття нового фаху студентами медичних вищих навчальних закладів. Цей є істотною проблемою підготовки лікарів загальної практики.

У зв'язку з переорієнтацією системи охорони здоров'я на соціально спрямовану медицину загальної практики і, відповідно, підготовку сімейних лікарів, суттєво підвищується теоретичне та практичне значення психологічних і педагогічних дисциплін. Останніми роками в медичних університетах ці дисципліни переходять у ранг обов'язкових. Якщо в попередні роки вивчалися, переважно, основи психології, то нині значно більша увага приділяється педагогіці. Аналіз навчаль-

них планів різних медичних вищих навчальних закладів показав, що вони охоплюють такі дисципліни психолого-педагогічного спрямування: «Основи педагогіки», «Основи психології», «Основи педагогіки та психології», «Основи соціальної психології» та ін. Так, у Харківському національному медичному університеті викладаються курси «Основи психології та педагогіки», «Психологія спілкування», «Психологія сприйняття людини людиною», елективний курс «Соціальна психологія», до яких розроблені методичні вказівки для студентів і викладачів. У Львівському медичному інституті викладачі кафедри гуманітарних та соціально-економічних дисциплін пропонують для вивчення курси «Біоетика», «Основи психології та педагогіки», «Психологія», а також курси за вибором «Основи педагогіки», «Психологія спілкування», «Основи соціальної психології», «Сучасні проблеми біоетики». У провідних навчальних закладах у цілому збільшилося число академічних годин, виділених на їх вивчення. Підвищується увага до самостійної роботи студентів із цих дисциплін. З цією метою в програму впроваджуються елементи науково-дослідної роботи студентів. На нашу думку, цього недостатньо для одержання й удосконалення системи педагогічних знань, умінь і навичок як основних компонентів педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів. Необхідний ретельний аналіз педагогічної підготовки студентів і вдосконалення її змісту та структури в контексті подальшої професійної діяльності.

Проте, на жаль, у вищих медичних навчальних закладах не вивчається така дисципліна, як «Медична педагогіка», а в окремих ВНЗ медичного профілю взагалі не передбачене вивчення педагогіки і вікової та педагогічної психології. А там, де ці дисципліни викладаються, вони часто вважаються другорядними, їм не приділяється належна увага. Крім того, як зазначає О. Уваркіна, аналіз досвіду роботи та програм викладання психолого-педагогічних дисциплін у вищих медичних навчальних закладах показав, що сучасні програми надто затеоретизовані, їм бракує практичного зв'язку з майбутнім фахом лікаря [321]. У програмах інших дисциплін медичних університетів – гуманітарних (філософія, психологія, право, іноземні мови), медико-біологічних і клінічних (терапії, хірургії, педіатрії, інфек-

ційних хвороб тощо) – не передбачено міждисциплінарних зв'язків із педагогікою та практично не розглядаються педагогічні аспекти діяльності сімейного лікаря.

Таким чином, аналіз наукової літератури, навчальних планів і програм вищих медичних навчальних закладів України, досвід спілкування з сімейними лікарями і студентами медичних ВНЗ свідчить про недостатність психолого-педагогічної підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Доводиться також констатувати відірваність навчання майбутніх сімейних лікарів від клінічної практики у зв'язку зі складною економічною ситуацією, недосконалою нормативно-правовою базою, незавершеністю створення мережі центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги в Україні. Недоліки в підготовці загострюють: відсутність у медичних ВНЗ взаємозв'язку між змістом соціально-гуманітарних і професійно орієнтованих (медичних) дисциплін; переважання застарілих і неефективних форм і методів; недостатнє впровадження сучасних технологій, що забезпечують саморозвиток студентів; відсутність у навчальних планах питань, пов'язаних із дидактичною, психологічною, соціально-педагогічною тематикою, розвитком аналітичного та клінічного мислення.

Досконале володіння мистецтвом спілкування як складова професійної культури медичного працівника, на загальну думку, визначає ефективність його діяльності. Незважаючи на це, як свідчать спостереження за професійною діяльністю медиків загальної практики, на жаль, трапляються випадки, коли лікарі є неприховано брутальними в розмовах із пацієнтами та їхніми родичами, нетактовними щодо них, або, навпаки, занадто фамільярними у взаєминах. Щоб запобігти таким виявам поведінки майбутніх сімейних лікарів, необхідно формувати і постійно вдосконалювати загальну та професійну культуру, культуру спілкування, а також педагогічну компетентність студентів. Важливо, щоб ця робота була позбавлена формалізму, проводилася цілеспрямовано та системно, що можливо в межах педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів під час навчання у ВНЗ.

Мета педагогічної підготовки – допомогти майбутнім лікарям вільно орієнтуватися в питаннях педагогіки і психології, які неодмінно виникатимуть в їхній майбутній діяльності. Це потребує формування у студентів належної педагогічної

компетентності (підрозділ 1.3) на основі оволодіння психолого-педагогічними знаннями та вироблення відповідних умінь і навичок у процесі навчання. Для перевірки стану досягнення цієї мети була розроблена та застосована низка дослідницьких методик, заснованих на експертному оцінюванні. До складу експертів входили викладачі медичного університету, методисти, керівники практики, лікарі зі стажем роботи більше 15 років.

2. Для виявлення рівня усвідомлення значущості педагогічної компетентності сімейних лікарів із педагогами-практиками проведено анкетування (Додаток К), в якому взяло участь 38 медичних працівників закладів (амбулаторій) загальної практики – сімейної медицини Львівської області. Опитування проводилось у письмовій формі та мало анонімний характер.

Педагогічні якості сімейних лікарів респонденти розподілили так:

- психологічна стійкість – 97,4 %;
- педагогічні здібності – 52,6 %;
- знання основ загальної психології – 78,9 %; загальної педагогіки – 58,0 %;
- знання основ медичної психології – 66,0 %; медичної педагогіки – 34,2 %;
- знання про вікові особливості суб'єктів освітнього процесу – 26,3 %;
- володіння психологічними вміннями і навичками – 84,2 %;
- знання сучасних форм, методів, засобів і технологій навчально-виховного впливу на пацієнтів з метою збереження та зміцнення їхнього здоров'я – 18,4 %;
- знання з організації безперервної освіти і підвищення кваліфікації – 65,8 %;

Як видно з одержаних даних, переважна більшість лікарів-практиків усвідомлює необхідність психологічних якостей, а окремі аспекти педагогічних якостей відзначають лише 18,4 % сімейних лікарів. На запитання «Яка роль педагогічної складової в діяльності сімейного лікаря?» були отримані такі відповіді:

- підтримувати і доповнювати лікувально-профілактичний процес (26,3%);
- формувати і направляти саногенну поведінку пацієнта (34,2%);
- важко відповісти (39,5%).

З аналізу анкет видно, що сімейні лікарі найбільш важливими складовими педагогічної діяльності вважають: бесіди і профілактичні лекції (50,7%), індиві-



дуальні навчальні заняття (29,0%), організацію різноманітних шкіл (10,5%). Не змогли відповісти на це питання 10,5%.

Достатньо підготовленими до педагогічної діяльності вважають себе 34,2% сімейних лікарів, 31,6 % мають уявлення про педагогічні завдання та відповідні функції, але на практиці їх майже не застосовують; 18,4% визнали себе не готовими до цієї роботи. При цьому допускають, що вона непотрібна 15,8 % опитаних.

Відзначимо, що, незважаючи на скептичне ставлення до педагогічної діяльності значної частини лікарів-практиків, більше половини з них (63,1%) вважає, що студентам медичних університетів необхідна цілеспрямована педагогічна підготовка до педагогічної діяльності в лікувально-профілактичному процесі, частина сімейних лікарів (13,2%) погоджуються з доречністю комплексу заходів, у тому числі спецкурсу з метою поглибленого формування педагогічної компетентності, і лише 5,3% респондентів переконані, що така підготовка не потрібна взагалі, а 18,4 % вважають, що змінювати нічого не потрібно.

Дослідження показало, що більше 40 % обстежених сімейних лікарів не володіють педагогічною компетентністю, що призводить до зниження якості лікувально-профілактичного процесу, ускладнює взаємодію медиків між собою, з пацієнтами та їхніми родичами. Проведене анкетне опитування сімейних лікарів-практиків у цілому підтверджує, що в системі охорони здоров'я існує недооцінка потреби в педагогічній компетентності цієї категорії медичних працівників.

3. Ця ж анкета (див. Додаток К) була запропонована студентам четвертого курсу ЛНМУ та ЛМІ (35 осіб) із метою виявлення в них сформованості понять про сутність педагогічної підготовки сімейних лікарів.

Одержані результати подібні до отриманих в опитуванні лікарів-практиків, однак дещо нижчі, що пов'язано з відсутністю у студентів власного професійно-педагогічного досвіду. Зокрема, вважають себе підготовленими до педагогічної діяльності 28,6% студентів, 31,4 % мають уявлення про педагогічну діяльність, а готові до виконання цього аспекту роботи 20,0% майбутніх сімейних лікарів.

Кількісно-якісний аналіз усіх відповідей дає підстави стверджувати, що приблизно у 45 % студентів під час навчання не сформовано поняття про сутність

педагогічної компетентності лікаря, немає усвідомлених потреб і мотивів використання в подальшій роботі педагогічних знань і вмінь, 36 % відчувають труднощі під час навчання пацієнтів, і лише 25 % добре уявляють і розуміють специфіку педагогічних завдань лікаря загальної практики. На цій підставі робимо висновок, що в системі вищої медичної освіти не використовується достатньою мірою арсенал засобів щодо формування педагогічної компетентності у студентів; часто ця робота зводиться до часткових, несистемних, розрізнених заходів.

4. Використовуючи методику експертного вимірювання компонентів формування педагогічної компетентності, розглянуту в підрозділі 3.1, а також результати аналізу поточної успішності, оцінок на заліку, власних спостережень і бесід, а також самоцінювання майбутніх лікарів, ми виявили рівні сформованості педагогічної компетентності у студентів V курсу ЛНМУ та ЛМІ.

Таблиця 3.6

**Дослідження мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної компетентності студентів (2009/2010 н. р.)**

Вищий навчальний заклад	Кількість досліджуваних студентів	Розподіл за рівнями							
		Низький		Базовий		Достатній		Високий	
		к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
ЛНМУ	27	6	22,2	7	25,9	9	33,3	5	18,5
ЛМІ	14	3	21,4	4	28,5	5	35,7	2	14,3

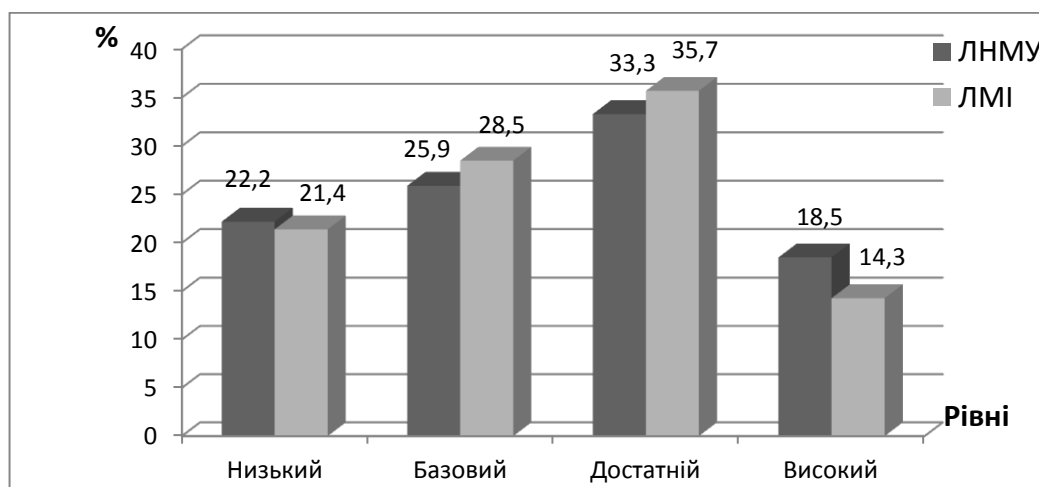


Рис. 3.1. Розподіл студентів за рівнем сформованості мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної компетентності на констатувальному етапі

Підсумки дослідження показали подібні результати в обох навчальних закладах медичного профілю. Аналіз рис. 3.1 свідчить, що сформованість мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів у результаті традиційного навчання перебуває, переважно, на базовому (ЛНМУ – 25,9 % і ЛМІ – 28,5 %) і достатньому рівні (ЛНМУ – 33,3% і ЛМІ – 35,7 %). Приблизно 22 % студентів характеризуються низьким рівнем умотивованості до педагогічної підготовки і лише 18,5 % досліджених у ЛНМУ та 14,3 % у ЛМІ – високим.

Таблиця 3.7

**Дослідження знаннєвого компонента педагогічної компетентності студентів  
(2009/2010 н. р.)**

Вищий навчальний заклад	Кількість досліджуваних студентів	Розподіл за рівнями							
		Низький		Базовий		Достатній		Високий	
		к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
ЛНМУ	27	9	33,3	12	44,4	4	14,8	2	7,4
ЛМІ	14	6	42,9	5	35,7	2	14,3	1	7,1

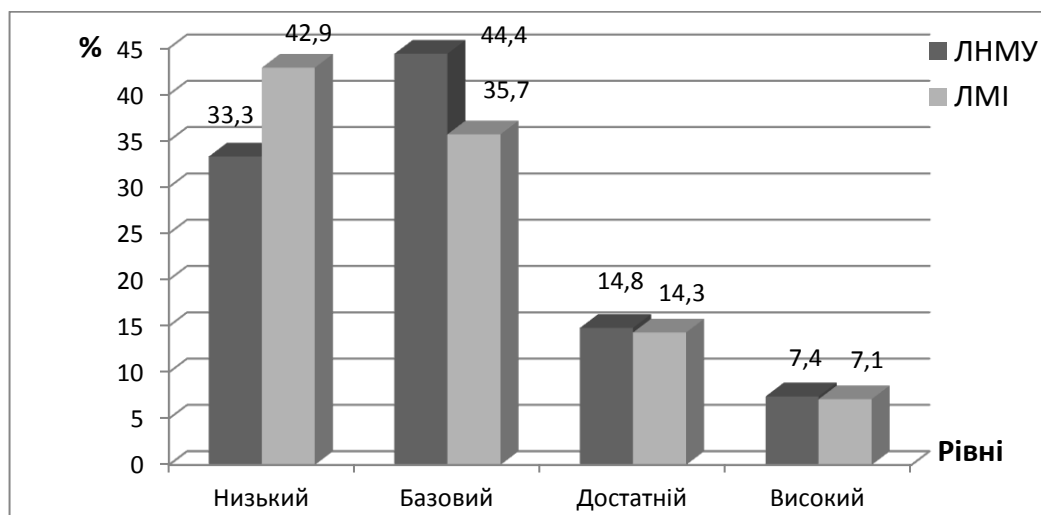


Рис. 3.2. Розподіл студентів за рівнем сформованості знаннєвого компонента педагогічної компетентності на констатувальному етапі

Як видно з рис. 3.2, сформованість знаннєвого компонента педагогічної компетентності у більшості студентів відзначається, переважно, низьким (ЛНМУ – 33,3 % і ЛМІ – 42,9 %) і базовим рівнем (ЛНМУ – 44,4 % і ЛМІ – 35,7 %). На

достатньому рівні педагогічної підготовки перебувають приблизно 14,5 % студентів і лише дещо більше 7 % – на високому.

Таблиця 3.8

**Дослідження професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності студентів (2009/2010 н. р.)**

Вищий навчальний заклад	Кількість досліджуваних студентів	Розподіл за рівнями							
		Низький		Базовий		Достатній		Високий	
		к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
ЛНМУ	27	4	14,8	6	22,2	9	33,3	8	29,6
ЛМІ	14	2	14,3	3	21,4	5	35,7	4	28,5

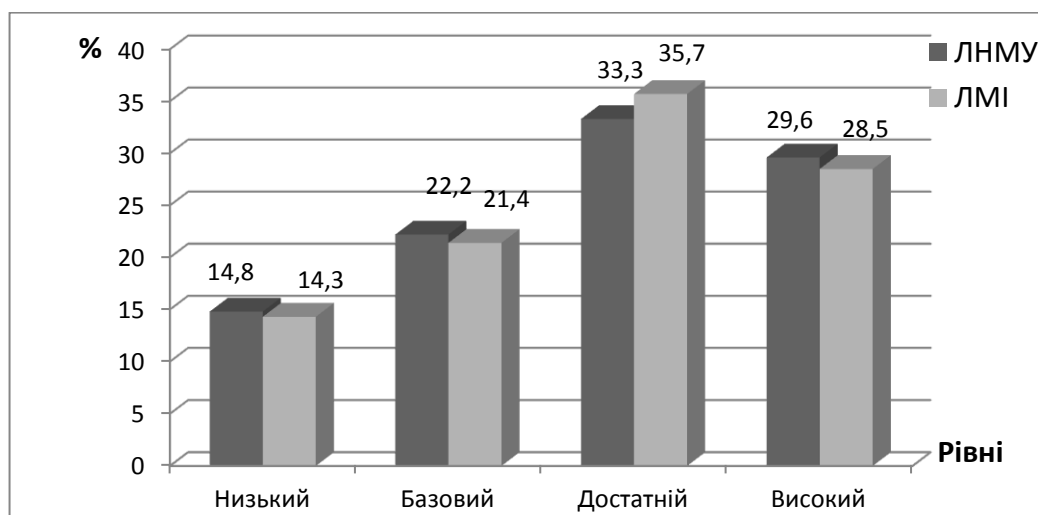


Рис. 3.3. Розподіл студентів за рівнем сформованості професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності на констатувальному етапі

Аналіз рис. 3.3 переконує, що сформованість професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів на констатувальному етапі порівняно з іншими компонентами є досить результативною. На достатньому рівні перебуває 33,3 % студентів ЛНМУ та 35,7 % ЛМІ; на високому – 29,6 % студентів ЛНМУ та 28,5 % ЛМІ; на базовому – 22,2 % студентів ЛНМУ та 21,4 % ЛМІ. Низьким рівнем сформованості професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності характеризуються 14,8 % досліджених у ЛНМУ та 14,3 % у ЛМІ.

**Дослідження організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності студентів (2009/2010 н. р.)**

Вищий навчальний заклад	Кількість досліджуваних студентів	Розподіл за рівнями							
		Низький		Базовий		Достатній		Високий	
		к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
ЛНМУ	27	12	44,4	9	33,3	5	18,5	1	3,7
ЛМІ	14	7	50,0	5	35,7	2	14,3	0	0

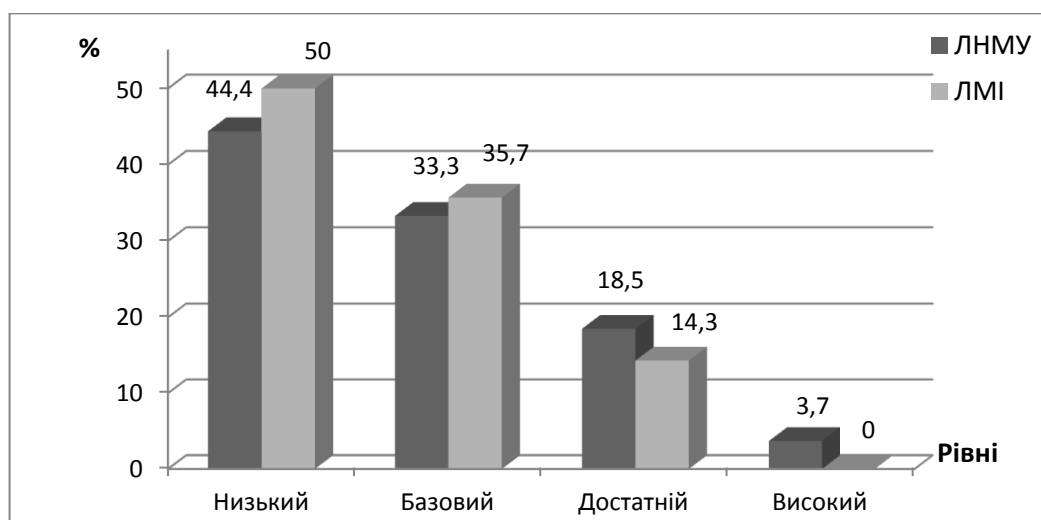


Рис. 3.4. Розподіл студентів за рівнем сформованості організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності на констатувальному етапі

Як бачимо на рис. 3.4, сформованість організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності майже в половини студентів характеризується як низька (ЛНМУ – 44,4 % і ЛМІ – 50,0 %). На базовому рівні перебувають 33,3 % студентів ЛНМУ та 35,7 % ЛМІ; на достатньому – 18,5 % студентів ЛНМУ та 14,3 % ЛМІ. На високому рівні виявлено лише 3,7 % студентів ЛНМУ.

Таблиця 3.10

**Дослідження рефлексивного компонента педагогічної компетентності студентів (2009/2010 н. р.)**

Вищий навчальний заклад	Кількість досліджуваних студентів	Розподіл за рівнями							
		Низький		Базовий		Достатній		Високий	
		к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
ЛНМУ	27	14	51,8	10	37,0	3	11,1	0	0
ЛМІ	14	8	57,1	5	42,9	1	7,1	0	0

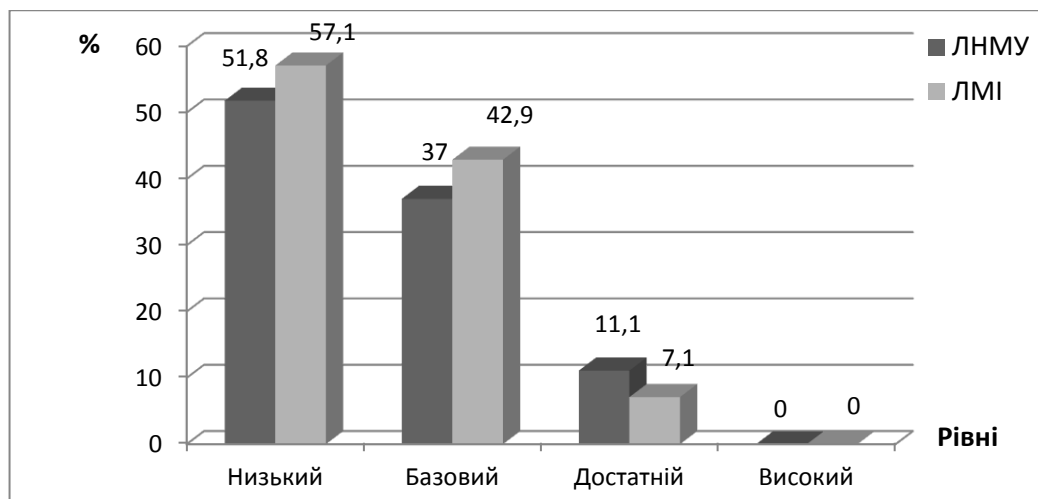


Рис. 3.5. Розподіл студентів за рівнем сформованості рефлексивного компонента педагогічної компетентності на констатувальному етапі

Найгірше, очікувано, у майбутніх сімейних лікарів сформований рефлексивний компонент педагогічної компетентності (рис. 3.5). Більша частина студентів відзначається, на жаль, низьким рівнем (ЛНМУ – 51,8 % і ЛМІ – 57,1 %). На базовому рівні рефлексії щодо педагогічної підготовки перебувають 37,0 % студентів ЛНМУ та 42,9 % ЛМІ; на достатньому рівні лише 11,1 % студентів ЛНМУ та 7,1 % ЛМІ. Студентів з високим рівнем рефлексивного компонента педагогічної компетентності на цьому етапі дослідження виявлено не було.

За підсумками констатувального експерименту можемо визначити, що за традиційного навчання компоненти педагогічної компетентності у студентів медичних ВНЗ сформовані, переважно, на базовому та низькому рівнях (зокрема, знаннєвий, організаційно-технологічний і рефлексивний). Дещо краща ситуація з мотиваційно-ціннісним компонентом, який сформований на достатньому рівні у більш як 30 % майбутніх лікарів. І лише професійно-комунікативний компонент у переважної частини досліджених студентів (приблизно 65 %) сформований на достатньому та високому рівнях. Проте цього теж недостатньо для якісного виконання лікувально-профілактичних функцій сімейного лікаря. Загальна картина сформованості педагогічної компетентності у студентів медичних ВНЗ показана на рис. 3.6.

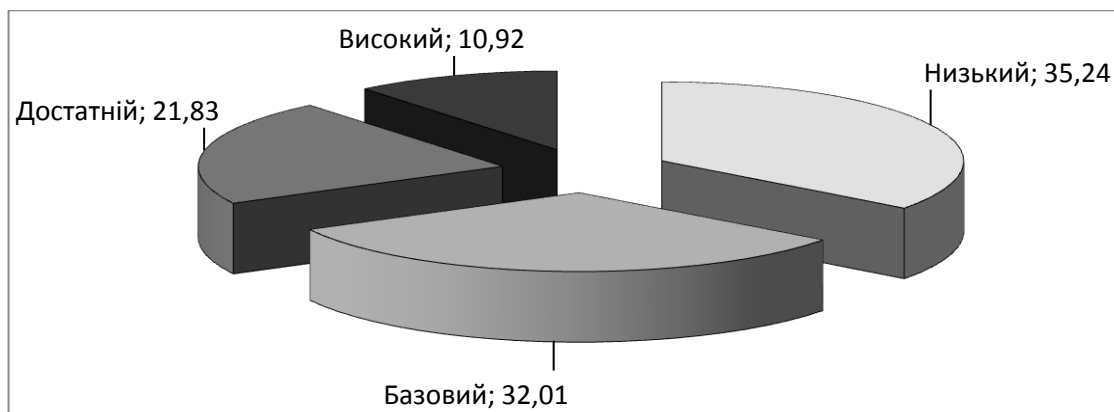


Рис. 3.6. Розподіл студентів за рівнями сформованості педагогічної компетентності, виявленими на констатувальному етапі (2009/2010 н. р.)

За результатами констатувального етапу педагогічного експерименту відзначимо слабку практичну підготовленість сімейних лікарів-практиків і студентів до різних аспектів педагогічної діяльності: вони мають недостатньо сформовані вміння та навички організації навчально-виховної роботи з пацієнтами, не розуміють їхніх індивідуальних особливостей і потреб. Студенти старших курсів відчували труднощі в період педагогічної практики під час організації та проведення навчально-виховних заходів, пов'язаних із лікувально-профілактичною діяльністю з пацієнтами. Свою недостатню підготовку лікарі-практики і студенти пояснюють тим, що в медичних ВНЗ недостатньо часу відводиться на вивчення цих питань. Спостереження й аналіз діяльності сімейних лікарів і студентів під час практики, власний досвід роботи автора в медичному університеті показують, що недостатньо систематизована робота з формування педагогічної компетентності призводить до того, що в багатьох медичних працівників виникають серйозні труднощі в професійній діяльності.

Вважаємо, що недостатня кількість майбутніх лікарів із високим і достатнім рівнями педагогічної компетентності (10,92 і 21,83 % відповідно) за звичних умов навчання в медичному ВНЗ пояснюється низкою причин, що не сприяють ефективній педагогічній підготовці студентів:

- під час професійної орієнтації, профвідбору та вступу до навчального закладу не враховуються педагогічні здібності абітурієнтів як потенційна спроможність до виконання навчальної роботи з пацієнтами в майбутньому;

- більшість викладачів (передусім, професійних дисциплін) не мають належної педагогічної підготовки і не володіють педагогічною майстерністю;
- у навчальних планах відведено недостатній обсяг часу на педагогічні дисципліни, внаслідок чого студенти не одержують потрібних педагогічних знань і вмінь, у них не формується готовність до освітньої діяльності з пацієнтами;
- не вироблено чітких механізмів інтегрування психолого-педагогічних і професійних знань і вмінь; професійно-педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів відзначається схоластичністю;
- досвід самостійної педагогічної діяльності у студентів відсутній, тому не відбувається розвиток педагогічних здібностей та формування на їх основі компонентів педагогічної компетентності.

Ці недоліки закономірно призводять до недостатньої ефективності процесу педагогічної підготовки у медичних ВНЗ і, внаслідок цього, низької якості педагогічної компетентності випускників, що й спонукало нас до пошуку шляхів удосконалення освітнього процесу в напрямі посилення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів.

### **3.3 Аналіз результатів експериментального дослідження формування педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів**

Формувальний етап дослідження та відповідна експериментальна робота спрямовані на підтвердження ефективності запропонованої моделі та педагогічних умов ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті. Організуючи роботу, ми передусім намагалися компенсувати виявлені недоліки навчальної програми, включивши в тематику занять із педагогіки питання, що стосуються формування та розвитку педагогічної компетентності студентів як невід'ємного компонента підготовки до лікувально-профілактичного процесу.

Під час підготовки лікарів у провідних медичних ВНЗ, наприклад ЛНМУ, робиться акцент на практичне навчання, роботу біля ліжка хворого, формування клінічного мислення. Цьому сприяє діяльність міжкафедральних навчально-



тренінгових центрів практичної підготовки, зокрема важливої для нашої роботи «Амбулаторії сімейного лікаря», що забезпечує реалізацію програми оволодіння студентів і лікарів-інтернів необхідними компетентностями [110, с. 55].

Експеримент охоплював цілісний комплекс заходів щодо педагогічної підготовки студентів, які навчалися на медичних факультетах профільних ВНЗ і в подальшому планували стати сімейними лікарями. У дослідженні брало участь 252 студента експериментальної та 254 – контрольної груп, а також 23 викладача та 7 керівників практики (Івано-Франківського національного медичного університету, Львівського медичного інституту, Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського). Сформувавши експериментальну та контрольну групи, ми перевірили їх однорідність за рівнем успішності студентів.

В експериментальній групі були впроваджені всі умови і методичні заходи, спрямовані на вдосконалення процесу педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів до професійної діяльності відповідно до нашої моделі. У контрольній групі підготовка студентів проводилася за традиційними програмами медичного університету без акцентування на формуванні педагогічної компетентності.

Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті за розробленою моделлю охоплювала декілька етапів формування компонентів педагогічної компетентності (див. підрозділ 2.3), зокрема вивчення спецкурсу «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики» і набуття практичного досвіду професійно-педагогічної діяльності сімейних лікарів під час інтернатури. З метою якісної підготовки до впровадження інновацій педагогічним працівникам ВНЗ, що брали участь в експерименті, було прочитано курс «Основи формування педагогічної компетентності майбутнього лікаря сімейної медицини» (Додаток 3.2).

Для правильної організації діяльності майбутніх лікарів, що сприятиме їхньому особистісному розвитку, накопиченню в них соціального досвіду взаємодії з пацієнтами та іншими людьми в різних ситуаціях, викладачі мають використовувати теоретичний і практичний матеріал. Однак у типовій програмі з педагогіки в медичних ВНЗ не передбачено розгляд навчально-виховних питань на практиці.

Ми усвідомлюємо, що не можна працювати над формуванням педагогічної компетентності, не включивши у взаємодію теорію та практику, не встановивши міждисциплінарні зв'язки, не забезпечивши професійну спрямованість педагогічної підготовки; не підкріпивши пізнавальний процес ігровою, контекстною, пошуковою діяльністю тощо; не продемонструвавши майбутнім сімейним лікарям типові ситуації педагогічної взаємодії та спілкування з пацієнтами, не створивши потреби в кожного студента розвинути власні педагогічні здібності.

Щоб з'ясувати ефективність оволодіння необхідними компонентами педагогічної компетентності внаслідок застосування запропонованих змін ми провели обстеження учасників експерименту на початку педагогічної підготовки (перший зріз), перед проходженням ними виробничої практики на IV курсі (другий зріз) і перед закінченням інтернатури (третій зріз). Для визначенні рівнів сформованості педагогічної компетентності, крім використання експертної методики вимірювання кожного з її компонентів (підрозділ 3.1), ми спиралися на поточну успішність із психологічних і педагогічних дисциплін, оцінки на заліку, підсумки захисту практики, результати самооцінювання та взаємооцінювання студентів тощо.

У табл. 3.11 викладені підсумки дослідження мотиваційно-ціннісного компонента студентів контрольної та експериментальних груп на початку, в середині та наприкінці формульованого етапу педагогічного експерименту.

Таблиця 3.11

**Рівні сформованості мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів (формульовальний експеримент)**

Група	Зрізи	Загальна кількість студентів	Розподіл за рівнями							
			Низький		Базовий		Достатній		Високий	
			к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
Експеримент.	I	252	132	52,38	97	38,49	17	6,75	6	2,38
	II	252	38	15,08	57	22,62	64	25,40	93	36,90
	III	252	0	0,00	6	2,38	91	36,11	155	61,51
Контрольна	I	254	136	53,54	96	37,79	15	5,91	7	2,76
	II	254	98	38,58	64	25,20	67	26,38	25	9,84
	III	254	51	20,08	67	26,38	90	35,43	46	18,11

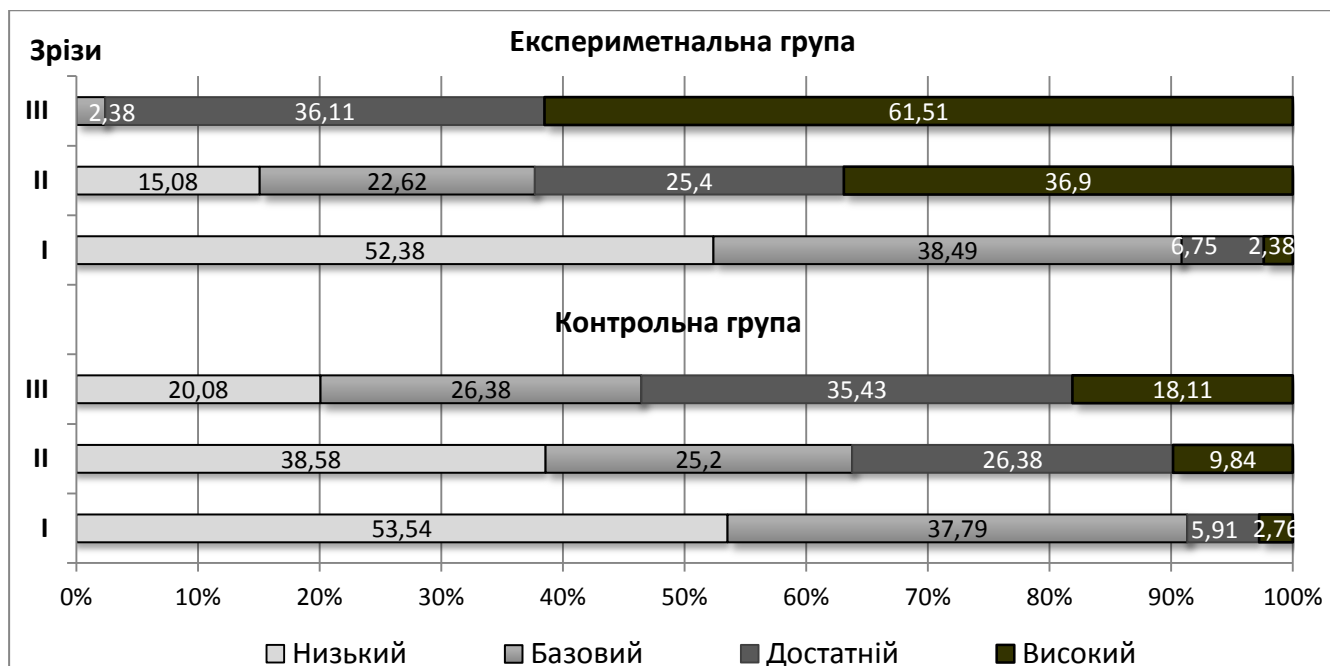


Рис. 3.7. Динаміка рівнів сформованості мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної компетентності студентів

Як видно з табл. 3.11 та рис. 3.7, в обох групах на початку формувального експерименту (перший зріз) переважна кількість студентів закономірно перебували на низькому (> 50 %) і базовому (близько 40 %) рівні сформованості мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної компетентності. Значна кількість студентів із базовим рівнем цього компонента пояснюється близькістю медичної та педагогічної професій, вмотивованістю студентів до опанування спеціальністю та усвідомленням багатьох із них ще до початку вивчення педагогічних дисциплін важливості навчально-виховної діяльності з пацієнтами в майбутньому. Однак уже на другому зрізі ситуація змінилася: в експериментальній групі 25,4 % студентів досягли достатнього рівня, 36,9 % – високого рівня мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної компетентності. Показники в контрольній групі на цьому зрізі були значно нижчими: 26,38 % студентів із достатнім і 9,84 % – високим рівнем мотиваційно-ціннісного компонента. А наприкінці експерименту (третій зріз) в експериментальній групі 36,11 % студентів досягли достатнього рівня, 61,51 % – високого рівня. У контрольній групі на третьому зрізі – лише 35,43 % студентів із достатнім і 18,11 % – із високим рівнем мотиваційно-ціннісного компонента (рис. 3.7).

При цьому на початку експерименту (після першого зрізу) отримане за формулою (3.1) спостережуване значення критерію Пірсона  $T_{факт} = 1,16$ , що менше  $T_{кр} = 7,81$  на прийнятому рівні значущості 0,05. Отже, нуль-гіпотеза про рівність вибірок підтвердилася, тобто відмінність між результатами студентів цих груп на початку експерименту є статистично незначною. Це свідчить про однаковий розподіл студентів за мотиваційно-ціннісним компонентом у групах, що перевіряються, на початку експерименту. Наприкінці формувального експерименту емпіричне значення  $T_{факт} = 11,33$ . Таким чином, ми відкидаємо нульову гіпотезу та приймаємо альтернативну, на підставі якої можемо стверджувати, що рівень сформованості мотиваційно-ціннісного компонента у студентів експериментальної групи у результаті нововведень у педагогічній підготовці вищій, ніж у студентів контрольної, що навчались традиційно, і це відбулося під впливом обґрунтованих нами і впроваджених у медичних університетах педагогічних умов та інших реалізованих заходів.

У табл. 3.12 подані підсумки дослідження знаннєвого компонента педагогічної компетентності студентів контрольної та експериментальних груп на початку, в середині та наприкінці формувального етапу педагогічного експерименту.

Таблиця 3.12

**Рівні сформованості знаннєвого компонента педагогічної компетентності  
майбутніх сімейних лікарів (формувальний експеримент)**

Група	Зрізи	Загальна кількість студентів	Розподіл за рівнями							
			Низький		Базовий		Достатній		Високий	
			к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
Експеримент.	I	252	172	68,25	80	31,75	0	0,00	0	0,00
	II	252	55	21,83	76	30,16	78	30,95	43	17,06
	III	252	0	0,00	27	10,71	121	48,02	104	41,27
Контрольна	I	254	169	66,54	85	33,46	0	0,00	0	0,00
	II	254	122	48,03	93	36,61	28	11,02	11	4,33
	III	254	78	30,71	114	44,88	44	17,32	18	7,09

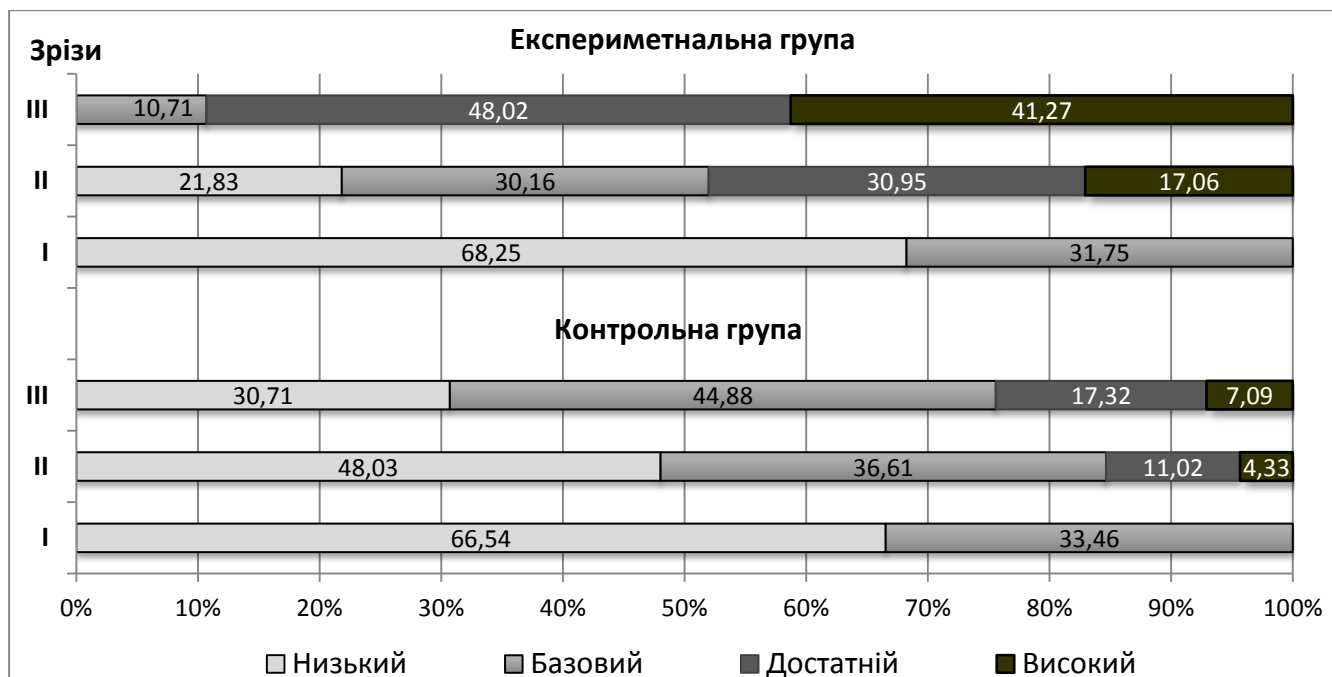


Рис. 3.8. Динаміка рівнів сформованості знаннєвого компонента педагогічної компетентності у студентів

Як видно з табл. 3.12 та рис. 3.8, на початку формувального експерименту в обох групах студенти перебували на низькому і базовому рівнях сформованості знаннєвого компонента педагогічної компетентності. При цьому близько 2/3 із них – на низькому рівні. Після другого зрізу 30,95 % студентів експериментальної групи вже досягли достатнього, а 17,06 % – високого рівня знаннєвого компонента. На противагу експериментальній, у контрольній групі показник кількості студентів із достатнім рівнем становив 11,02 %, а з високим – лише 4,33 %. Після третього зрізу в експериментальній групі 48,02 % студентів досягли достатнього рівня, а 41,27 % – високого рівня знаннєвого компонента педагогічної компетентності. У контрольній групі лише 17,32 % студентів мали достатній і 7,09 % – високий рівень цього компонента (рис. 3.8).

Порівнявши контрольну й експериментальну групи після першого зрізу за критерієм  $\chi^2$ , ми одержали емпіричне значення  $T_{факт}$ , яке становило 1,67, що  $< T_{кр} = 7,81$ . Отже, на початку експерименту можна стверджувати про гомогенність розподілу студентів за знаннєвим компонентом педагогічної компетентності. На завершення формувального експерименту  $T_{факт} = 10,66$ . Оскільки це значно більше  $T_{кр}$ , нуль-гіпотеза заперечується, що свідчить про статистично значуще

зростання ступеня вираженості показників знаннєвого компонента у студентів експериментальної групи порівняно з контрольною.

Табл. 3.13 та рис. 3.9 демонструють рівні та динаміку сформованості професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності у студентів контрольної й експериментальної груп.

Таблиця 3.13

**Рівні сформованості професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів (формувальний експеримент)**

Група	Зрізи	Загальна кількість студентів	Розподіл за рівнями							
			Низький		Базовий		Достатній		Високий	
			к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
Експеримент.	I	252	131	51,98	111	44,05	7	2,78	3	1,19
	II	252	37	14,68	68	26,99	88	34,92	59	23,41
	III	252	0	0,00	18	7,14	131	51,99	103	40,87
Контрольна	I	254	128	50,39	117	46,06	7	2,76	2	0,79
	II	254	71	27,95	89	35,04	54	21,26	40	15,75
	III	254	34	13,39	63	24,80	91	35,83	66	25,98

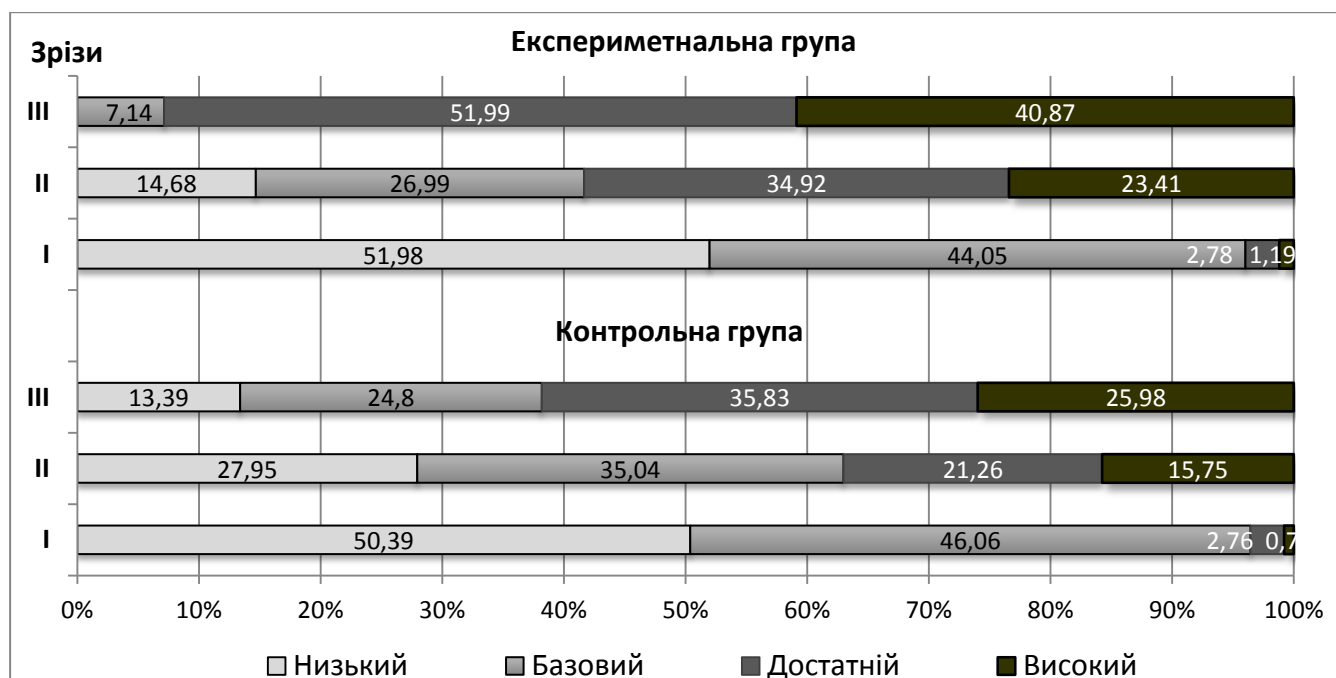


Рис. 3.9. Динаміка рівнів сформованості професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності у студентів

На початку формувального експерименту в обох групах студентів виявлено більш як 50 % низького та близько 45 % базового рівнів сформованості професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності. Проте, є незначний відсоток студентів на достатньому (близько 3 %) і навіть високому рівнях (рис. 3.9). Цим студентам притаманні розвинуті комунікативні здібності (внаслідок вроджених задатків і високого рівня соціалізації в родині, школі тощо). Після другого зрізу 34,92 % студентів ЕГ досягли достатнього, а 23,41 % – високого рівня цього компонента. У КГ кількість студентів із достатнім рівнем на цьому етапі складала 21,26 %, а з високим – 15,75 %. Після третього зрізу в ЕГ 51,99 % студентів досягли достатнього, а 40,87 % – високого рівня професійно-комунікативного компонента. У контрольній групі цей показник також досить значний: 35,83 % студентів мали достатній і 25,98 – високий рівень цього компонента компетентності (рис. 3.9). Студентам, що за результатами оцінювання професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності не виробили належних комунікативних умінь і навичок, необхідно усвідомити, що неготовність до спілкування з пацієнтами та їхнім оточенням у подальшому може стати причиною професійних невдач.

За професійно-комунікативним компонентом педагогічної компетентності після першого зрізу одержано значення  $T_{факт} = 0,75$ , що  $< T_{кр} = 7,81$  і також підтверджує гомогенність розподілу студентів медичного цнверситету. Наприкінці формувального експерименту, згідно з одержаними результатами  $T_{факт} = 15,23 > T_{кр}$ . Отже, відмінності в розподілі студентів за рівнями професійно-комунікативного компонента педагогічної компетентності не можуть бути випадковими, а викликані цілеспрямованою діяльністю з педагогічної підготовки студентів експериментальної групи.

Аналогічно досліджувався під час формувального етапу експерименту рівень організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів (табл. 3.14, рис. 3.10).

**Рівні сформованості організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів (формувальний експеримент)**

Група	Зрізи	Загальна кількість студентів	Розподіл за рівнями							
			Низький		Базовий		Достатній		Високий	
			к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
Експеримент.	I	252	170	67,46	82	32,54	0	0,00	0	0,00
	II	252	112	44,44	61	24,21	46	18,25	33	13,10
	III	252	3	1,19	39	15,48	114	45,24	96	38,09
Контрольна	I	254	175	68,90	79	31,10	0	0,00	0	0,00
	II	254	127	50,00	106	41,73	17	6,69	4	1,58
	III	254	102	40,16	89	35,04	48	18,90	15	5,91

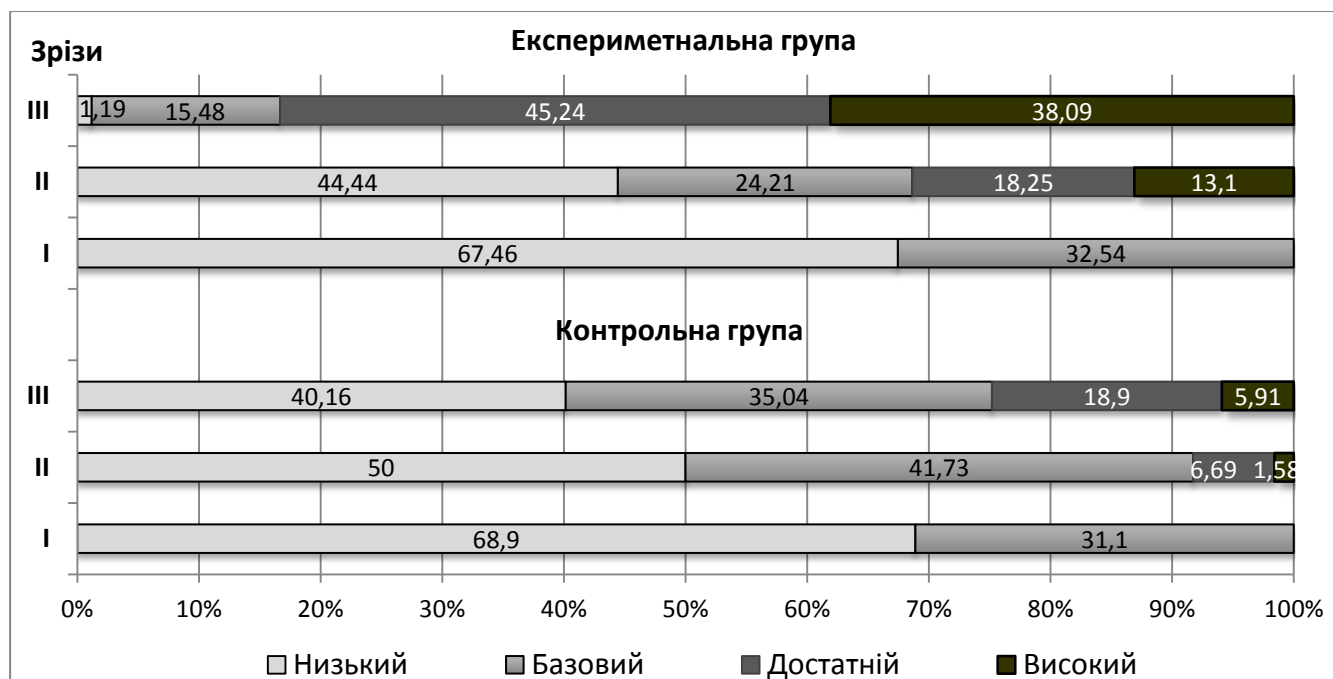


Рис. 3.10. Динаміка рівнів сформованості організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності у студентів

На початку формувального експерименту в ЕГ було 67,46 % студентів із низьким і 32,54 % – із базовим рівнем організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності. У КГ, відповідно: 68,90 % і 31,10 % (рис. 3.10). Після другого зрізу 18,25 % студентів ЕГ досягли достатнього, а 13,10 % – високого рівня цього компонента. У КГ кількість студентів з достатнім рівнем складала 6,69 %, а з високим – 1,58 %. Після третього зрізу в ЕГ 45,24 % студентів досягли



достатнього, а 38,09 % – високого рівня організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності. У контрольній групі цей показник лише 18,90 % – достатній і 5,91 % – високий рівень (рис. 3.10).

У цьому випадку на початку експерименту спостережуване значення  $T_{факт} = 2,47$ , що  $\leq T_{кр}$  і вказує на однаковий розподіл студентів за сформованістю організаційно-технологічного компонента їхньої педагогічної компетентності. Після експерименту  $T_{факт} = 12,27$ , що  $> T_{кр}$ , тому ефективність нашої методики формування цього компонента також має статистичне підтвердження.

Розглянемо динаміку формування рефлексивного компонента педагогічної компетентності у студентів медичних університетів (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

**Рівні сформованості рефлексивного компонента педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів (формувальний експеримент)**

Група	Зрізи	Загальна кількість студентів	Розподіл за рівнями							
			Низький		Базовий		Достатній		Високий	
			к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
Експеримент.	I	252	189	75,00	63	25,00	0	0,00	0	0,00
	II	252	85	33,73	93	36,91	53	21,03	21	8,33
	III	252	8	3,17	53	21,03	127	50,40	64	25,40
Контрольна	I	254	198	77,95	56	22,05	0	0,00	0	0,00
	II	254	157	61,81	89	35,04	8	3,15	0	0,00
	III	254	123	48,43	89	35,04	36	14,17	6	2,36

На початку формувального експерименту в ЕГ було 75,0 % студентів із низьким і 25,0 % – із базовим рівнем рефлексивного компонента педагогічної компетентності. У КГ, відповідно: 77,95 % і 22,05 % (рис. 3.11). Після другого зрізу досягли достатнього рівня цього компонента 21,03 %, а високого – 8,33 % студентів ЕГ. У КГ кількість студентів з достатнім рівнем становила 3,15 %, а з високим рівнем студентів не виявлено. Після третього зрізу в ЕГ досягли достатнього рівня рефлексивного компонента педагогічної компетентності 50,4 %, а високого – 25,4 % студентів.

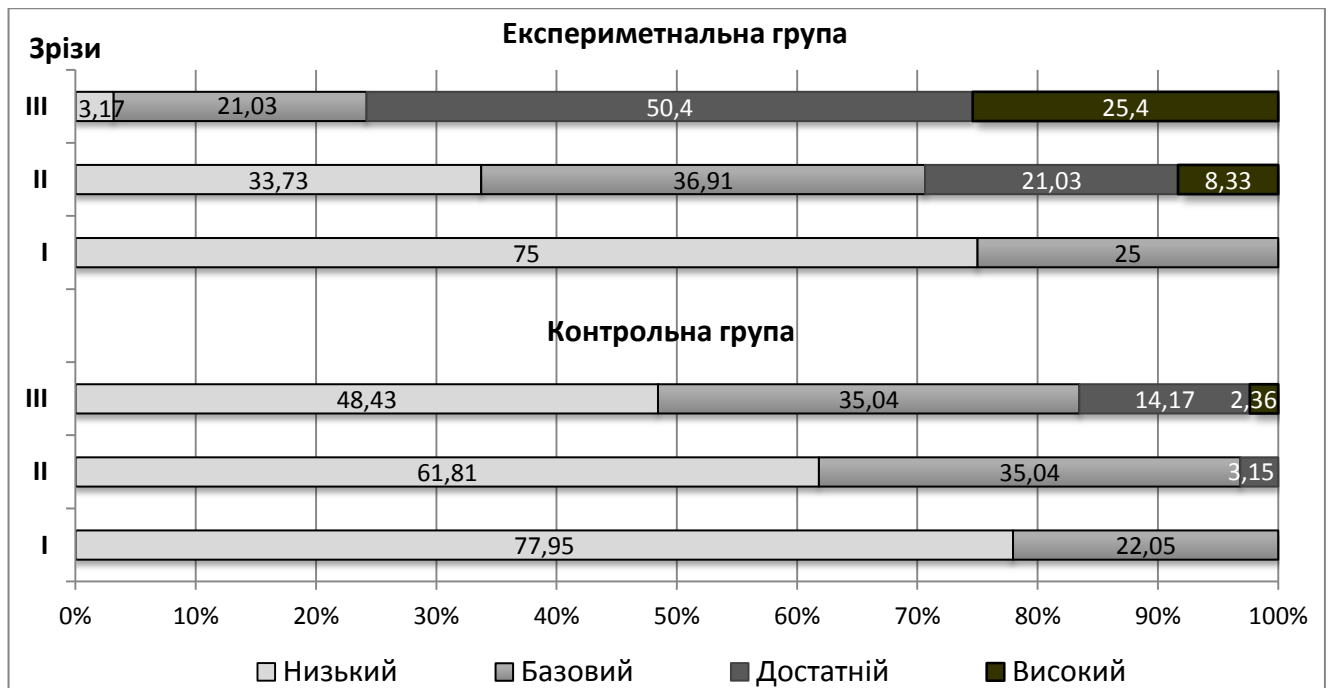


Рис. 3.11. Динаміка рівнів сформованості рефлексивного компонента педагогічної компетентності у студентів

У контрольній групі цей показник склав лише 14,17 % студентів із достатнім і 2,36 % – високим рівнем сформованості цього компонента педагогічної компетентності (рис. 3.11), що свідчить про неефективність традиційної моделі педагогічної підготовки сімейних лікарів порівняно із запропонованою. Проте, і за нашою моделлю рефлексивний компонент педагогічної компетентності студентів є найменш розвиненим серед усіх компонентів. Це певним чином є закономірним: оскільки педагогічний досвід студентів є незначним, то цей компонент розвиватиметься у процесі самостійної освітньо спрямованої діяльності.

Розраховане після першого зрізу значення  $T_{факт} = 4,24 < T_{кр}$ , що також дає змогу стверджувати про гомогенність студентів за сформованістю рефлексивного компонента педагогічної компетентності на початку експерименту. Наприкінці експерименту емпіричне значення критерію  $\chi^2$  ( $T_{факт} = 14,26 > T_{кр}$ ) підтверджує дієвість реалізованих нами педагогічних умов під час формування рефлексивного компонента педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів.

У табл. 3.16 виконано порівняльний аналіз результатів експерименту за всіма компонентами.

**Динаміка формування педагогічної компетентності студентів КГ і ЕГ  
під час формувального експерименту**

Рівні	Розподіл студентів у групах						Зміни розподілу			
	КГ			ЕГ			у КГ		в ЕГ	
	1 зріз	2 зріз	3 зріз	1 зріз	2 зріз	3 зріз	к-сть	%	к-сть	%
<i>Мотиваційно-ціннісний компонент</i>										
Низький	136	98	51	132	38	0	-85	-33,46	-132	-52,38
Базовий	96	64	67	97	57	6	-29	-11,42	-91	-36,11
Достатній	15	67	90	17	64	91	75	29,53	74	29,36
Високий	7	25	46	6	93	155	39	15,35	149	59,13
<i>Разом:</i>	254	254	254	252	252	252	0	0,0	0	0,0
<i>Знансвий компонент</i>										
Низький	169	122	78	172	55	0	-91	-35,83	-172	-68,25
Базовий	85	93	114	80	76	27	29	11,42	-53	-21,03
Достатній	0	28	44	0	78	121	44	17,32	121	48,01
Високий	0	11	18	0	43	104	18	7,09	104	41,27
<i>Разом:</i>	254	254	254	252	252	252	0	0,0	0	0,0
<i>Професійно-комунікативний компонент</i>										
Низький	128	71	34	131	37	0	-94	-37,01	-131	-51,98
Базовий	117	89	63	111	68	18	-54	-21,26	-93	-36,90
Достатній	7	54	91	7	88	131	84	33,07	124	49,20
Високий	2	40	66	3	59	103	64	25,20	100	39,68
<i>Разом:</i>	254	254	254	252	252	252	0	0,0	0	0,0
<i>Організаційно-технологічний компонент</i>										
Низький	175	127	102	170	112	3	-73	-28,74	-167	-66,27
Базовий	79	106	89	82	61	39	10	3,94	-43	-17,06
Достатній	0	17	48	0	46	114	48	18,90	114	45,24
Високий	0	4	15	0	33	96	15	5,90	96	38,09
<i>Разом:</i>	254	254	254	252	252	252	0	0,0	0	0,0
<i>Рефлексивний компонент</i>										
Низький	198	157	123	189	85	8	-75	-29,52	-181	-71,83
Базовий	56	89	89	63	93	53	33	12,99	-10	-3,97
Достатній	0	8	36	0	53	127	36	14,17	127	50,40
Високий	0	0	6	0	21	64	6	2,36	64	25,40
<i>Разом:</i>	254	254	254	252	252	252	0	0,0	0	0,0

Сукупність одержаних даних свідчить про переважання на першому зрізі низького та базового рівнів розвитку компонентів педагогічної компетентності студентів, що цілком закономірно на початковому етапі формування цих компонентів у майбутніх лікарів в освітньому процесі медичного університету. Проаналізувавши таблицю, можемо стверджувати, що наприкінці дослідження в експериментальній групі, в порівнянні з контрольною, значно підвищилась кількість студентів із достатнім і високим рівнем кожного з компонентів педагогічної компетентності. З табл. 3.16 видно, що показники знаннєвого компонента більше зростають на теоретичному етапі педагогічної підготовки, а показники організаційно-технологічного компонента – під час практичного навчання. Прослідковується також відставання показників рефлексивного компонента як у ЕГ, так і в КГ порівняно з іншими критеріями педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів.

У поданих нижче діаграмах (рис. 3.12-3.13) ми дослідили динаміку розвитку загального рівня сформованості педагогічної компетентності у студентів експериментальної та контрольної груп протягом усієї експериментальної роботи в медичних університетах.

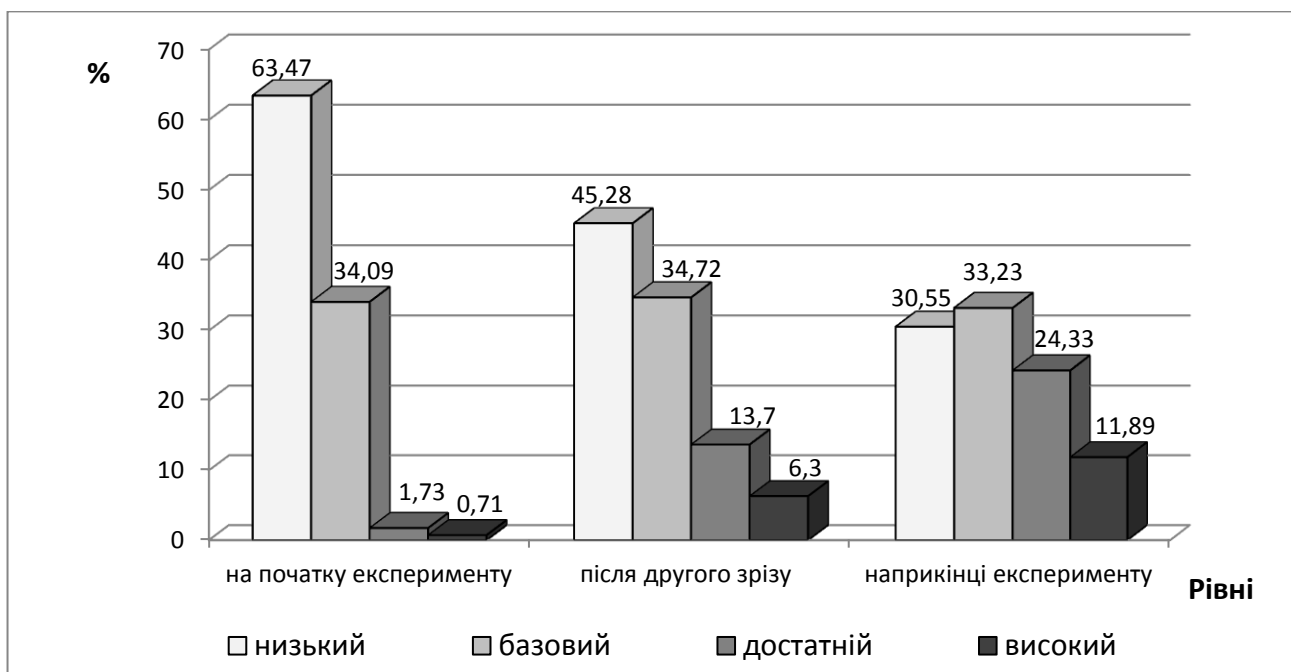


Рис. 3.12. Розподіл студентів контрольної групи за рівнем сформованості педагогічної компетентності під час формувального експерименту

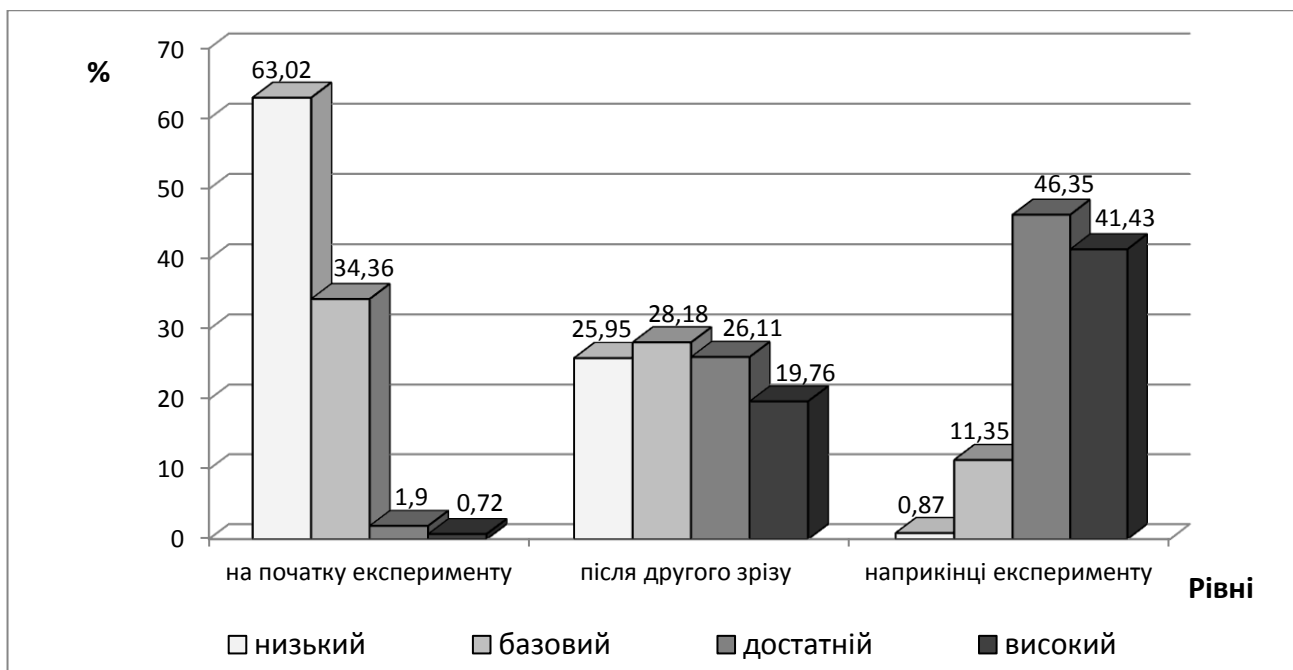


Рис. 3.13. Розподіл студентів експериментальної групи за рівнем сформованості педагогічної компетентності під час формувального експерименту

З рисунків видно, що в обох групах у процесі навчання зростає кількість студентів із достатнім і високим рівнем педагогічної компетентності, однак в експериментальній групі це зростання значно динамічніше. На підставі одержаних даних робимо висновок про виражене переважання якісних і кількісних показників рівнів сформованості педагогічної компетентності у студентів ЕГ наприкінці експерименту, що пояснюється впливом побудованої нами моделі та педагогічних умов ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.

Результати обчислень статистичного критерію  $\chi^2$  (парні порівняння: (експериментальна і контрольна групи, на початку та наприкінці експерименту) за всіма компонентами педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів подані в табл. 3.17. сі обчислені значення критерію  $\chi^2$  порівняння КГ та ЕГ студентів на початку експерименту менші критичного значення. Отже, характеристики порівнюваних груп до експерименту збігаються з рівнем значущості 0,05. Водночас, наприкінці експерименту відмінності в рівнях сформованості досліджуваних компонентів у студентів ЕГ і КГ істотні ( $T_{факт} > T_{кр}$ ), тому, згідно з критерієм  $\chi^2$ , вони не можуть бути пояснені випадковими причинами.

**Значення  $\chi^2$  порівняння експериментальної та контрольної груп студентів медичних університетів за критеріями сформованості компонентів педагогічної компетентності**

№ з/п	Компоненти педагогічної компетентності	Емпіричні значення ( $T_{факт}$ )		$T_{кр}$ ( $\alpha = 0,05;$ $\nu = 3$ )
		на початку експерименту (1 зріз)	наприкінці експерименту (3 зріз)	
1.	Мотиваційно-ціннісний	1,16	11,33	7,81
2.	Знаний	1,67	10,66	7,81
3.	Професійно-комунікативний	0,75	15,23	7,81
4.	Організаційно-технологічний	2,47	12,27	7,81
5.	Рефлексивний	4,24	14,26	7,81

З табл. 3.17 видно, що початкові статистичні показники студентів ЕГ і КГ збігаються, а кінцеві – відрізняються з необхідною статистичною достовірністю (95 %). Це дає підстави для висновку, що спостережувані зміни не випадкові, а систематичні та пов'язані із застосуванням розробленої нами моделі, обґрунтованих педагогічних умов і відповідних методичних рекомендацій.

На завершення експериментальної роботи ми порівняли експертним методом КГ і ЕГ за стилями педагогічної діяльності інтернів (рис. 3.14).

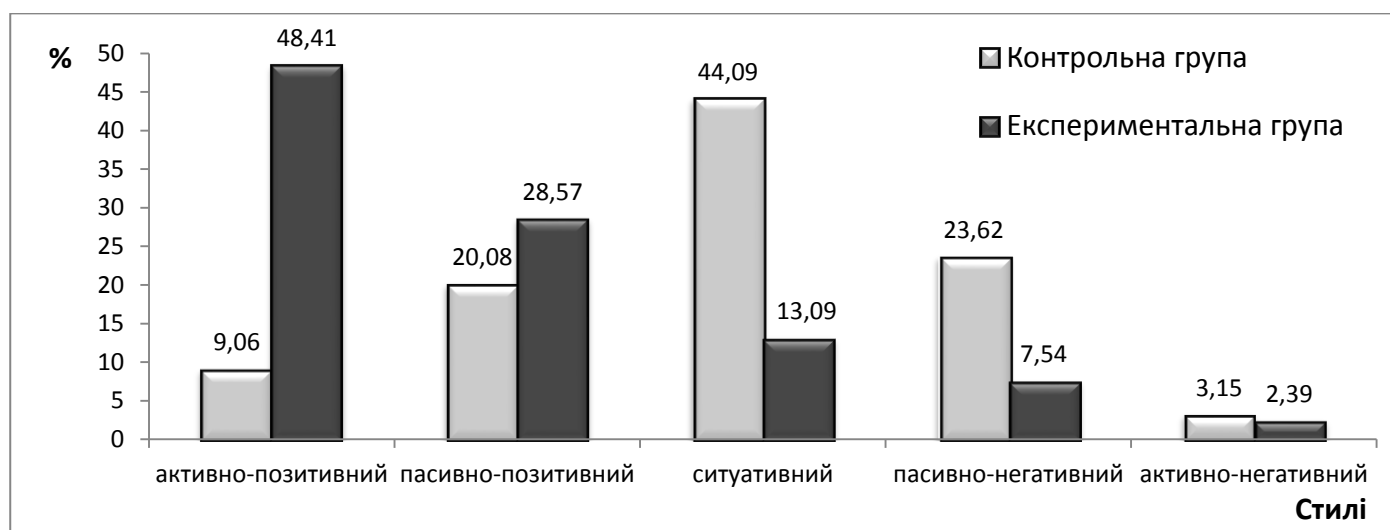


Рис. 3.14. Розподіл інтернів контрольної та експериментальної групи за стилями педагогічної діяльності наприкінці формульованого дослідження

Як показує аналіз рис. 3.14, близько половини (48,41 %) майбутніх сімейних лікарів, що навчалися за нашою моделлю педагогічної підготовки в медичному університеті, виробили під час навчання активно-позитивне ставлення до майбутньої педагогічної діяльності під час лікувально-профілактичного процесу. Ще третині (28,57 %) притаманний пасивно-позитивний стиль і лише 2,39 % мають виражене негативне ставлення до цієї складової роботи сімейного лікаря. Натомість у студентів контрольної групи переважає ситуативне ставлення (44,09 %) до педагогічного впливу на пацієнтів; 23,62 % властивий пасивно-негативний, 20,08 % – пасивно-позитивний стиль, а активно-позитивний характерний лише для 9,06 % інтернів, що навчалися за традиційною методикою.

Наприкінці експерименту на запитання: «Які напрями педагогічної діяльності сімейного лікаря Ви вважаєте необхідними?» інтерни ЕГ і КГ відповіли таким чином (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

**Визначення інтернами експериментальної та контрольної груп провідних напрямів педагогічної діяльності сімейного лікаря**

№ з/п	Напрями педагогічної діяльності сімейного лікаря	Думка інтернів, %	
		КГ	ЕГ
1	2	3	4
1.	Навчати пацієнтів лікувально-профілактичних закладів методам збереження і зміцнення здоров'я	63,39	100,0
2.	Реалізувати виховний вплив на пацієнтів (всю родину) із метою пропагування необхідності збереження та зміцнення їхнього здоров'я	41,73	100,0
3.	Спілкуватися та налагоджувати контакти із пацієнтами та їхнім оточенням у процесі лікування	47,24	96,82
4.	Проводити бесіди, лекції з профілактики захворювань і травматизму	30,31	84,92
5.	Проводити заняття з пацієнтами щодо навчання їх лікувальної фізкультури, самомасажу, доступних їм лікувально-профілактичних процедур тощо	26,38	92,06
6.	Здійснювати профілактику ВІЛ / СНІДу серед дітей і молоді	33,46	94,05

1	2	3	4
7.	Проводити заняття та бесіди із психопрофілактичної підготовки майбутніх матерів (батьків) до вагітності та пологів	43,31	90,87
8.	Вести школи молодих матерів (батьків) із метою їхнього навчання догляду за новонародженими	51,97	96,04
9.	Організовувати навчання та виховання хворих на цукровий діабет, бронхіальну астму та інші захворювання для профілактики рецидивів	41,73	78,17
10.	Організовувати заняття для різних верств населення з методів долікарської допомоги під час нещасних випадків, при невідкладних станах, у надзвичайних ситуаціях, навчання способів самодопомоги та взаємодопомоги	30,31	73,02

Обізнаність інтернів експериментальної групи щодо основних напрямів їхньої подальшої педагогічної діяльності як сімейного лікаря загалом майже вдвічі, а за деякими пунктами (бесіди, лекції з профілактики захворювань; профілактика ВІЛ / СНІДу; проведення занять із пацієнтами) – втричі переважає результати, вказані інтернами контрольної групи. Це свідчить про те, що упровадження спецкурсу, застосування елементів контекстного навчання, моделювання педагогічних ситуацій із майбутньої професійної діяльності сприяє формуванню педагогічної компетентності сімейних лікарів.

Для перевірки достовірності одержаних результатів: узгодженості думок інтернів (вказаних ними напрямів) обчислювався коефіцієнт  $r$ -Пірсона. Для цього, передусім за допомогою критеріїв Колмогорова-Смірнова, Лілліфорса та Шапіро-Вілка була підтверджена нормальність розподілу даних. У контрольній групі коефіцієнт кореляції  $r = 0,92$ , а в експериментальній  $r = 0,84$ , тобто між одержаними даними в обох групах спостерігається прямий кореляційний зв'язок з необхідним рівнем значущості ( $<0,05$ ). Тому результати опитування майбутніх сімейних лікарів у контрольній та експериментальній групах отримані при достатній узгодженості думок інтернів, що свідчить про їх об'єктивність та обґрунтованість висновків на цих підставах.



Таким чином, результати формувального експерименту підтвердили гіпотезу нашого дослідження. Достовірне діагностування й оцінювання рівнів сформованості педагогічної компетентності студентів у процесі навчання дозволило внести необхідні корективи в запропоновані методи та технології педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів. Експериментальне дослідження підтвердило, що ефективна реалізація авторської теоретичної моделі та педагогічних умов ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті можлива лише в разі цілеспрямованого здійснення комплексу методичних заходів на основі співпраці викладачів різних дисциплін.

### **Висновки до третього розділу**

Оцінювання рівнів сформованості компонентів педагогічної компетентності студентів медичних ВНЗ проводилося на основі суджень експертів, аналізу поточної успішності, письмових робіт студентів, тестових оцінок на контрольних зрізах, оцінок на заліку, результатів захисту практики, власних спостережень, бесід, результатів самооцінювання та взаємооцінювання студентів.

Констатувальний етап педагогічного експерименту виявив недоліки педагогічної підготовки в освітньому процесі медичних ВНЗ, недостатню усвідомленість значущості педагогічної компетентності в сімейних лікарів-практиків, незадовільну сформованість понять про сутність педагогічної підготовки, а також низький рівень компонентів педагогічної компетентності у студентів старших курсів. Більше 40 % обстежених сімейних лікарів і близько 35 % студентів не володіють педагогічною компетентністю, що призводить до низької якості лікувально-профілактичної діяльності, ускладнює взаємодію медичних працівників між собою, з пацієнтами та їхніми родичами. Виявлені факти дали підстави для твердження, що підготовка студентів у медичних ВНЗ до педагогічної діяльності є недостатньо ефективною. У цьому зв'язку дуже важливо підвищити ефективність педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті.

Під час формувального етапу педагогічного експерименту були поставлені та виконані завдання, пов'язані з апробацією створеної моделі педагогічної підго-

товки майбутніх сімейних лікарів, реалізацією й уточненням педагогічних умов, необхідних і достатніх для продуктивного формування педагогічної компетентності у студентів. Успішному оволодінню студентами педагогічною компетентністю сприяло вдосконалення методичних підходів і конкретизація технологій, запропонованих із метою покращення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті, а також упровадження авторського спецкурсу «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики». Виконання заходів, передбачених експериментальною роботою, стимулювало викладачів до виправлення недоліків у освітньому процесі, а також сприяло підвищенню мотивації студентів щодо формування педагогічної компетентності, необхідної для успішної діяльності на посаді сімейного лікаря.

Ефективність розробленої моделі педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичних університетах, застосованої в експериментальній групі, підтверджується результатами формувального експерименту, зокрема аналіз результатів сформованості компонентів педагогічної компетентності (мотиваційно-ціннісного, знаннєвого, професійно-комунікативного, організаційно-технологічного та рефлексивного) у майбутніх сімейних лікарів наприкінці експерименту показав виражене переважання якісних і кількісних показників рівнів сформованості всіх компонентів у студентів експериментальної групи. При цьому на початку експерименту в рівнях досліджуваних компонентів у студентів КГ і ЕГ статистично значущих відмінностей за критерієм  $\chi^2$  не виявлено, а наприкінці експерименту групи відрізняються за всіма компонентами з достовірністю 95 %.

Отже, аналіз експериментальних даних підтвердив, що завдяки впровадженню розробленої моделі, обґрунтованих умов і методичних рекомендацій, спрямованих на вдосконалення процесу педагогічної підготовки студентів медичних університетів відбулося значне зростання рівнів сформованості компонентів педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів. Це свідчить про перевагу запропонованих інновацій і підтверджує висунуту нами гіпотезу дослідження.

Основні матеріали другого розділу розкриті в публікаціях автора [294; 296; 297; 299; 303].

## ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

1. Запровадження в Україні первинної ланки системи охорони здоров'я – сімейної медицини – загострює проблему якості медичних кадрів, а підготовка сімейних лікарів (лікарів загальної практики) потребує нового погляду на інтегрування традиційних і зумовлених прогностичними тенденціями компонентів медичної освіти. Педагогічні завдання сімейного лікаря детерміновані особливостями його професійної діяльності: психологічні та педагогічні знання, вміння, навички і педагогічні якості сприяють психологічному й терапевтичному впливу на пацієнтів; професійні функції передбачають проектування елементів навчання та виховання; психолого-педагогічний вплив на суб'єктів лікувально-профілактичного процесу потребує міжособистісної взаємодії тощо. Педагогічна підготовка сімейного лікаря спрямована на: терапевтичне навчання пацієнта та його родини з питань підтримки здоров'я, догляду та самогляду, уникнення ускладнень і травматизму; налагодження міжособистісної педагогічної взаємодії та довірливих відносин із пацієнтом і співпраці з ним і його родичами; профілактичну медикороз'яснювальну роботу та виховання в пацієнтів усвідомленого ставлення до збереження здоров'я; проектування й управління освітньою діяльністю пацієнтів; розроблення та реалізацію освітніх програм; діагностику та контроль за навчанням і вихованням пацієнтів та їхніх сімей; педагогічну рефлексію та самонавчання лікаря.

Низьку підготовленість сімейних лікарів-практиків до різних аспектів педагогічної діяльності пояснюємо недостатнім обсягом часу на педагогічні дисципліни у навчальних планах ВНЗ, внаслідок чого студенти не одержують потрібних педагогічних знань і вмінь. Традиційні форми і методи навчання в медичному університеті мають переважно пасивний характер, використовують ілюстративно-пояснювальний метод і не відповідають завданням педагогічної підготовки, яка передбачає, передусім, суб'єкт-суб'єктну взаємодію. Підвищення якості підготовки лікарів потребує впровадження активних та інтерактивних методів навчання.

2. На основі аналізу структури та змісту професійно-педагогічних завдань педагогічну компетентність сімейного лікаря визначаємо як інтегровану характеристику особистості, яка охоплює комплекс актуалізованих психолого-

педагогічних і дотичних спеціально-медичних знань, умінь і навичок, соціально та професійно важливі якості, спрямовані на системне сприйняття медичної діяльності та її освітніх завдань, усвідомлене опанування формами, методами і технологіями навчально-виховної роботи й організації педагогічної взаємодії з пацієнтами та їхнім оточенням, безперервний розвиток педагогічних здібностей і вдосконалення педагогічної техніки, здатність і готовність застосовувати їх для позитивного психологічного і терапевтичного впливу на пацієнтів.

Визначені такі структурні компоненти педагогічної компетентності сімейного лікаря: професійно спрямована медико-педагогічна позиція; інформаційно-інструментальна здатність і готовність до освітньої діяльності; соціально та професійно значущі особистісні якості, розвинуті педагогічні здібності, педагогічна техніка та професійно-діяльнісна свідомість. До функціональних компонентів педагогічної компетентності сімейного лікаря відносимо: мотиваційно-ціннісний, знаннєвий, професійно-комунікативний, організаційно-технологічний і рефлексивний. За кожним із цих компонентів розроблено критерії, якими слугують знання, вміння, якості, що передбачають відповідні показники і методи оцінювання. При цьому виокремлювався низький (початковий), базовий (опорний), достатній (функціональний) і високий (рівень готовності) рівні сформованості компонентів педагогічної компетентності майбутніх сімейних лікарів.

3. Теоретично обґрунтована та розроблена модель педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті поєднує педагогічні цілі, концептуальні засади, завдання, пріоритети й умови вдосконалення педагогічної підготовки студентів у процесі навчання і спрямована на формування в майбутніх лікарів сімейної медицини педагогічної компетентності як важливого чинника успішності лікувально-профілактичного процесу. Реалізація моделі передбачає використання ефективних форм, методів і засобів педагогічної підготовки, сучасних джерел інформації, інноваційних технологій, модернізацію навчально-методичного забезпечення, а також удосконалення управління навчально-виховним процесом із метою моніторингу сформованості компонентів педагогічної компетентності та коригування інновацій у підготовці сімейних лікарів.

Дослідження результатів апробації в медичних університетах свідчить, що організована за авторською моделлю педагогічна підготовка забезпечує мотивацію студентів до педагогічної складової професійної діяльності лікаря, інтеграцію педагогічних, психологічних, медичних знань, умінь і навичок, що відповідає логіці та потребам лікарської практики, а застосування контекстного навчання формує цілісне уявлення студентів про предметний і соціальний зміст подальшої професійно-педагогічної діяльності. Загалом це дає змогу реалізовувати випереджувальне навчання з урахуванням перспективних вимог галузі охорони здоров'я до лікарів загальної практики і підвищити якість їхньої професійної підготовки, а також конкурентоздатність на ринку медичних послуг.

4. На основі виокремлених у роботі специфічних принципів педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичних університетах (гуманістичної спрямованості, емоційної активності, соціальної взаємодії, концептуальності, інтегративності, комплексності, поетапності, безперервності, технологічності, інноваційності) обґрунтовані педагогічні умови ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті – комплекс заходів, які забезпечують оновлення змісту навчання, застосування новітніх методик і технологій, цілеспрямоване формування у студентів компонентів педагогічної компетентності. Цими умовами є: спрямованість навчання на формування мотиваційно-ціннісного ставлення студентів до педагогічної компетентності медика; узгодження педагогічної підготовки із загальнонауковими (фундаментальними біомедичними) і професійно орієнтованими (медичними) дисциплінами; поетапне формування та розвиток у студентів педагогічної компетентності; упровадження інноваційних технологій теоретичної та практичної підготовки, що відображають соціально-педагогічний контекст професійної діяльності.

Експериментальна перевірка засвідчила, що за цих умов педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів суттєво покращується, підвищується рівень якісних і кількісних показників успішності студентів. Це сприяє досягненню належного рівня медичної освіти, дає змогу випускникам швидко адаптуватися до професійної діяльності, бути готовими діяти у складних ситуаціях, пов'язаних з

освітніми функціями, виявляти відповідальність і розвивати власну професійно-педагогічну позицію.

5. Розроблені й апробовані в медичних університетах методичні рекомендації щодо вдосконалення підготовки майбутніх сімейних лікарів передбачають поетапне формування та розвиток педагогічної компетентності студентів: опанування основ педагогіки за модернізованою навчальною програмою; налагодження та реалізацію міждисциплінарних зв'язків педагогіки із загальнонауковими і професійно орієнтованими (медичними) дисциплінами; цілеспрямоване формування педагогічної компетентності під час вивчення спецкурсу «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики»; набуття практичного досвіду професійно-педагогічної діяльності сімейних лікарів під час первинної професійної спеціалізації.

Удосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті потребує постійної уваги, системного та неперервного впливу, спрямованого не лише на засвоєння педагогічних знань і вироблення відповідних умінь, а й на підвищення мотивації самовдосконалення у професійно-педагогічній діяльності та виховання професійно-педагогічних цінностей, розвиток особистісних якостей, необхідних для виконання освітньої діяльності. Для цього доцільним є комплексне впровадження та реалізація інноваційних педагогічних технологій (інтерактивних, ігрових, проблемного та контекстного навчання, інформаційно-комунікаційних). Запропоновані рекомендації реалізують наступність і взаємозумовленість розвитку компонентів педагогічної компетентності, єдність професійно-медичного і психолого-педагогічного розвитку майбутніх сімейних лікарів.

До подальших напрямів наукового пошуку відносимо: підвищення педагогічної майстерності науково-педагогічних працівників медичних ВНЗ щодо реалізації вимог нової парадигми освіти і сучасних концептуальних підходів; створення та застосування електронних освітніх ресурсів у підготовці лікарів сімейної медицини; розроблення й удосконалення науково-методичного забезпечення підготовки сімейних лікарів. Корисним буде порівняльно-педагогічний аналіз досвіду педагогічної підготовки лікарів загальної практики в європейських країнах.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Абдуллина О. А. Общепедагогическая подготовка учителя в системе высшего образования / О. А. Абдуллина. — М. : Просвещение, 1990. — 141 с.
2. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : 13.00.07 / А. О. Агаркова. — К., 2011. — 22 с.
3. Акімова О. В. Теоретико-методичні засади формування творчого мислення майбутнього вчителя в умовах університетської освіти : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / О. В. Акімова. — Тернопіль, 2010. — 41 с.
4. Алексеев Н. Г. Методологические принципы проектирования образовательных систем / Н. Г. Алексеев // Проектирование в образовании : проблемы, поиски, решения. — М. : Ин-т пед. инноваций РАО, 1994. — С. 20—23.
5. Амиров А. Ф. Социализация личности гражданина в пространстве муниципального образования : монография / А. Ф. Амиров, А. С. Гаязов, С. Б. Баязитов. — Уфа : Башк. гос. ун-т, 2000. — 197 с.
6. Ананьев Б. Г. О проблемах современного человекознания / Б. Г. Ананьев ; АН СССР, Ин-т психологии. — М. : Наука, 1977. — 379 с.
7. Андронов В. П. Психологические основы формирования профессионального мышления (на материале профессии врача-хирурга) : дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 / Андронов Владимир Петрович. — Саранск, 1992. — 240 с.
8. Андрущенко В. П. Філософія освіти 21 століття : пошук пріоритетів / В. П. Андрущенко // Філософія освіти. — 2005. — № 1. — С. 5—17.
9. Анисимов С. Ф. Духовные ценности : производство и потребление / С. Ф. Анисимов. — М. : Мысль, 1988. — 137 с.
10. Арановская И. Ю. Подготовка специалиста как социокультурная проблема / И. Ю. Арановская // Высшее образование в России. — 2002. — № 4. — С. 115—119.
11. Архангельский С. И. Учебный процесс в высшей школе, его закономерные основы и методы / С. И. Архангельский. — М. : Просвещение, 1980. — 368 с.

12. Ахмерова С. Г. Здоровье, образование и национальные традиции / С. Г. Ахмерова. — Уфа : Изд-во БГПИ, 2001. — 44 с.
13. Бабанский Ю. К. Избранные педагогические труды / Ю. К. Бабанский ; АПН СССР ; [сост. М. Ю. Бабанский]. — М. : Педагогика, 1989. — 560 с.
14. Базилевич Я. П. Навчання і підготовка лікарів за спеціальністю «Загальна практика і сімейна медицина» (нарада експертів ВОЗ) / Я. П. Базилевич // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — К.-Тернопіль, 1999. — № 2. — С. 167—168.
15. Байденко В. И. Компетенции в профессиональном образовании (к освоению компетентностного подхода) / В. И. Байденко // Высшее образование в России. — 2004. — № 11. — С. 3—13.
16. Балл Г. О. Категорія культури у визначенні орієнтирів освіти / Г. О. Балл // Діалог культур у світовому контексті. Філософія освіти : зб. наук. праць / гол. ред. І. А. Зязюн. — Львів : Сполом, 2002. — С. 122—131.
17. Балякова И. С. Формирование педагогической компетентности будущего специалиста со средним медицинским образованием : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Балякова Ильфира Саитовна. — Саратов, 2006. — 202 с.
18. Батаршев А. В. Психодиагностика способности к общению, или Как определить организаторские и коммуникативные качества личности / А. В. Батаршев. — М. : ВЛАДОС, 1999. — 176 с.
19. Батышев С. Я. Реформа профессиональной школы / С. Я. Батышев. — М. : Высш. шк., 1987. — 343 с.
20. Беликов В. А. Образование. Деятельность. Личность : монография [Электронный ресурс] / В. А. Беликов. — М. : Академия Естествознания, 2010. — 340 с. — Режим доступа : <http://www.rae.ru/monographs/76>.
21. Беликов В. А. Философия образования личности : деятельностный аспект : монография / В. А. Беликов. — М. : Владос, 2004. — 357 с.
22. Белокрылова Н. В. Педагогические условия развития гуманистической центрации студентов — будущих учителей : автореф. дис. на соискание ученой



степени канд. пед. наук : спец. 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования» / Н. В. Белокрылова. — Ижевск, 2007. — 19 с.

23. Беляева Е. С. Творческо-педагогический аспект в профессиональной подготовке студентов-медиков : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Беляева Екатерина Сергеевна. — М., 2006. — 204 с.

24. Белянова В. Д. Эволюция структуры медицинской науки и ее отражение в системе медицинского образования / В. Д. Белянова. — М. : [б. и.], 1989. — 29 с.

25. Бережнова Е. В. Прикладное исследование в педагогике : монография / Е. В. Бережнова. — М. ; Волгоград : Перемена, 2003. — 164 с.

26. Берестовская Л. П. Взаимосвязь теоретических и практических знаний студентов при изучении педагогических дисциплин : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Берестовская Людмила Петровна. — Омск, 1997. — 200 с.

27. Бершадский М. Е. Дидактические и психологические основания образовательной технологии / М. Е. Бершадский, В. В. Гузеев. — М. : Центр «Педагогический поиск», 2003. — 256 с.

28. Беспалько В. П. Слагаемые педагогической технологии / В. П. Беспалько. — М. : Педагогика, 1989. — 192 с.

29. Бех І. Д. Виховання особистості : у 2 кн. / І. Д. Бех. — Кн. 1 : Особистісно орієнтований підхід : теоретико-технологічні засади. — К. : Либідь, 2003 — 280 с.

30. Бехтерев В. М. Внушение и воспитание [Электронный ресурс] / В. М. Бехтерев // Внушение и его роль в общественной жизни. — Режим доступа : [http://read.newlibrary.ru/read/behterev\\_v\\_m/vnushenie\\_i\\_ego\\_rol\\_v\\_obshestvennoi\\_zhizni.html](http://read.newlibrary.ru/read/behterev_v_m/vnushenie_i_ego_rol_v_obshestvennoi_zhizni.html).

31. Библер В. С. От наукоучения — к логике культуры : два философских введения в двадцать первый век / В. С. Библер. — М. : Политиздат, 1991. — 413 с.

32. Биков В. Ю. Проблеми та перспективи інформатизації системи освіти в Україні / Биков В. Ю. // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія №2. Комп'ютерно-орієнтовані системи навчання : зб. наук. праць / Редрада. — К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. — № 13 (20). — С. 3—18.

33. Бим-Бад Б. М. Педагогика и медицина [Электронный ресурс] / Бим-Бад Бо-

рис Михайлович : официальный сайт. — Режим доступа : [http://www.bim-bad.ru/biblioteka/article\\_full.php?aid=171](http://www.bim-bad.ru/biblioteka/article_full.php?aid=171).

34. Битянова Н. Р. Культура самосовершенствования преподавателя / Н. Р. Битянова. — М. : Международная педагогическая академия, 1994. — 48 с.

35. Бібік Н. М. Компетенції / Н. М. Бібік // Енциклопедія освіти / АПН України ; голов. ред. В. Г. Кремень ; [заст. голов. ред. : О. Я. Савченко, В. П. Андрущенко ; відп. наук. секр. С. О. Сисоєва]. — К. : Юрінком Інтер, 2008. — С. 409.

36. Бодалев А. А. Личность и общение / А. А. Бодалев. — М. : Просвещение, 1995. — 328 с.

37. Болдырев Н. И. Классный руководитель / Н. И. Болдырев. — М. : Просвещение, 1978. — 280 с.

38. Болотов В. А. Компетентностная модель : от идеи к образовательной программе / В. А. Болотов, В. В. Сериков // Педагогика. — 2003. — № 10. — С. 8—14.

39. Большев Л. Н. Таблицы математической статистики / Большев Л. Н., Смирнов Н. В. — М. : Наука, 1983. — 416 с.

40. Бондаревская Е. В. Педагогическая культура как общественная и личная ценность / Е. В. Бондаревская // Педагогика. — 1999. — № 3. — С. 37—43.

41. Бондаревская Е. В. Теория и практика личностно-ориентированного образования / Е. В. Бондаревская. — Ростов н/Д. : Изд-во РГПУ, 2000. — 352 с.

42. Брига Т. Р. Інтерактивне навчання як форма організації пізнавальної діяльності / Т. Р. Брига // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців : методологія, теорія, досвід, проблеми : зб. наук. пр. / Редкол. : І. А. Зязюн (голова) та ін. — К. ; Вінниця : ТОВ фірма «Планер», 2010. — Вип. 26. — С. 237—242.

43. Бухальська С. Є. Розвиток педагогічної компетентності викладачів у системі методичної роботи медичного коледжу : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Бухальська Світлана Євгенівна. — К., 2013. — 200 с.

44. Варданян Ю. В. Строеие и развитие профессиональной компетентности специалиста с высшим образованием (на материале подготовки педагога и психолога) : автореф. дисс. на соискание науч. степени д-ра пед наук : спец. : 13.00.01

«Общая педагогика, история педагогики и образования»; 19.00.07 «Педагогическая психология» / Ю. В. Варданян. — М., 1999. — 40 с.

45. Васянович Г. П. Ноологія особистості : навч. посіб. для студентів і викладачів / Григорій Васянович, Василь Онищенко. — Львів : Сполом, 2007. — 217 с.

46. Васянович Г. П. Педагогічна етика : навч. посібник / Г. П. Васянович. — Львів : Сполом, 2010. — 420 с.

47. Ващенко Г. Г. Загальні методи навчання : підручник для педагогів / Г. Ващенко. — К. : Укр. вид. спілка, 1997. — 415 с.

48. Вербицкий А. А. Компетентностный подход и теория контекстного обучения : мат. к четвертому засед. методол. семинара / А. А. Вербицкий. — М. : ИЦ ПКПС, 2004. — 84 с.

49. Вернигор Н. Е. Технологическая модель исследовательского обучения / Н. Е. Вернигор // Ученые записки Нижнетагил. гос. пед. ин-та. Психол.-пед. науки. — Нижний Тагил, 2002. — С. 75—79.

50. Верхратський С. А. Історія медицини : навч. посібник / С. А. Верхратський, П. Ю. Заблудовський. — К. : Вища шк., 1991. — 431 с.

51. Вітенко І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності : монографія / І. С. Вітенко. — Вінниця : Нова Книга, 2013. — 132 с.

52. Вольперт И. Е. Психотерапия / И. Е. Вольперт. — Л. : Медицина, 1972. — 232 с.

53. Вороненко Ю. В. Підходи до підготовки сімейних лікарів в Україні та країнах Європи / Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, В. І. Ткаченко, Н. В. Медведовська, В. В. Краснов // Український медичний часопис. — 2014. — № 3 (101). — С. 116—120.

54. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник / Ю. В. Вороненко, В. Ф. Москаленко. — Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. — 680 с.

55. Галієнко Л. І. Наукове обґрунтування діяльності денних стаціонарів загального профілю в умовах переходу до сімейної медицини : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 / Л. І. Галієнко; МОЗ України. — К., 2004. — 21 с.

56. Галузяк В. М. Педагогіка : навч. посібник / В. М. Галузяк, М. І. Сметанський, В. І. Шахов. — 5-е вид., випр. і доп. — Вінниця : Вид-во ТОВ «Планер», 2012. — 400 с.

57. Герлянд Т. М. Технологія контексного навчання у професійному розвитку особистості майбутнього фахівця / Герлянд Т. М. // Теоретичні та методичні засади особистісно-професійного розвитку майбутнього вчителя : матеріали міжнар. наук.-практ. інтернет-конференції (м. Вінниця, 26-27 листопада 2014 р.). — Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2014. — С. 32—35.

58. Герт В. А. Моделирование образовательного пространства образовательного учреждения / В. А. Герт, С. В. Королева // Педагогическое образование в России — 2013. — № 2. — С. 139—145.

59. Гершунский Б. С. Философия образования для XXI века : учеб. пособие для самообразования / Б. С. Гершунский. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — М. : Педагогическое общество России, 2002. — 512 с.

60. Гиляровский В. А. Психиатрия : руководство для врачей и студентов / В. А. Гиляровский. — 4-е изд., испр. и доп. — М. : Медгиз, 1954. — 520 с.

61. Гинецинский В. И. Знание как категория педагогики. Опыт педагогической когнитологии / В. И. Гинецинский. — Л. : ЛГУ, 1989. — 144 с.

62. Гирін В. М. Новітні технології в організації післядипломного навчання лікарів / В. М. Гирін // Охорона здоров'я України. — 2002. — № 1(4). — С. 36—40.

63. Глинкина И. В. Обучение больных сахарным диабетом типа 2 / И. В. Глинкина // Медицинская сестра. — 2004. — № 5. — С. 19—22.

64. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження : методологічні поради молодим науковцям / С. У. Гончаренко. — К. ; Вінниця : ДОВ «Вінниця», 2008. — 278 с.

65. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник / Семен Гончаренко. — К. : Либідь, 1997. — 376 с.

66. Горбань Є. М. Наукові та організаційні підходи до прогнозу розвитку сімейної медицини в Україні / Є. М. Горбань, Є. Є. Латишев, В. М. Михальчук, Н. В. Марчук // Охорона здоров'я України. — 2004. — № 1. — С. 17—21.

67. Горбатов Д. С. Умения и навыки : о соотношении содержания этих понятий / Д. С. Горбатов // Педагогика. — 1994. — № 2. — С. 15—19.

68. Горянина В. А. Психология общения : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. А. Горянина. — М. : ИЦ «Академия», 2002. — 416 с.

69. Государственные образовательные стандарты в системе общего образования: теория и практика / под ред. : В. С. Леднева, Н. Д. Никандрова, М. В. Рыжакова. — М. : Моск. психол.-социал. ин-т ; Воронеж : Модэкс, 2002. — 383 с.

70. Гребняк М. П. Оптимізація навчання з профілактичної медицини / М. П. Гребняк, С. А. Щудрої, Н. Г. Мікрюкова, І. І. Грищенко, В. В. Ніколаєнко, В. О. Сімакопуло // Університетська клініка. — 2014. — Т. 10, № 1. — С. 109—112.

71. Гук О. Ф. Гуманізація освітнього процесу у вищому навчальному закладі / О. Ф. Гук // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. — 2012. — № 14. — С. 179—187.

72. Гуменюк В. В. Організаційно-педагогічні умови здобуття іноземними студентами вищої медичної освіти в Україні (середина ХХ – початок ХХІ століття) : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Гуменюк Василь Васильович. – Хмельницький, 2016. – 335 с.

73. Гуменюк О. Методичне забезпечення навчального процесу в підготовці асистента лікаря-стоматолога / Ольга Гуменюк, Юлія Колісник // Педагогіка і психологія професійної освіти. — 2004. — № 6. — С. 70—78.

74. Гуревич Р. С. Інформаційно-комунікаційні технології в професійній освіті / Р. С. Гуревич, М. Ю. Кадемія, М. М. Козяр ; за ред. член-кор. НАПН України Гуревича Р. С. — Львів : СПОЛОМ, 2012. — 506 с.

75. Гуревич Р. С. Професійна компетентність майбутнього педагога : як її формувати? / Р. С. Гуревич, М. Ю. Кадемія // Витоки педагогічної майстерності. — 2012. — Вип. 10. — С. 66—70.

76. Гуревич Р. С. Сучасні комп'ютерні технології як засіб інтердисциплінарного навчання / Р. С. Гуревич // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців : методологія, теорія, досвід, проблеми : зб.

наук. пр. — Вип. 37 / [редкол. : І. А. Зязюн (голова) та ін.]. — К. ; Вінниця : ТОВ фірма «Планер», 2014. — С. 11—15.

77. Гуржій А. М. Формування професійної компетентності майбутніх учителів трудового навчання засобами інформаційно-комунікаційних технологій : монографія / А. М. Гуржій, Р. С. Гуревич, Л. Л. Коношевський. — К. ; Вінниця : ТОВ Фірма «Планер», 2015. — 464 с.

78. Данилюк А. Я. Предмет как интегрированная система / А. Я. Данилюк // Педагогика. — 1997. — № 4. — С. 24—28.

79. Дахин А. Н. Педагогическое моделирование : монография / А. Н. Дахин. — Новосибирск : Изд-во НИПКИПРО, 2005. — 230 с.

80. Дахин А. Н. Педагогическое моделирование : сущность, эффективность и ... неопределённость / А. Н. Дахин // Педагогика. — 2003. — № 4. — С. 21—26.

81. Двойников С. И. Обучение пациентов и членов его семьи приемам самоухода и ухода за больным / С. И. Двойников, И. Аббясов // Главная медицинская сестра. — 2001. — № 6 — С. 35—39.

82. Дегтярьова Г. С. Аксіологічний напрям педагогічної взаємодії / Г. С. Дегтярьова // Психологічні аспекти професійної підготовки конкурентоздатних фахівців : монографія / [Дегтярьова Г. С., Козяр М. М., Матійків І. М., Руденко Л. А., Шиделко А. В.; за ред. Руденко Л. А.]. — К. : Педагогічна думка, 2012. — С. 80—102.

83. Дегтярьова Г. С. Психологічні основи педагогічної взаємодії у процесі професійної підготовки / Г. С. Дегтярьова // Психологічні аспекти професійної підготовки конкурентоздатних фахівців : монографія / [Дегтярьова Г. С., Козяр М. М., Матійків І. М., Руденко Л. А., Шиделко А. В.; за ред. Руденко Л. А.]. — К. : Педагогічна думка, 2012. — С. 47—79.

84. Делимова Ю. О. Моделирование в педагогике и дидактике / Ю. О. Делимова // Вестник Шадринского гос. пед. ин-та. — 2013. — № 3 (19). — С. 33—38.

85. Деонтология в медицине : в 2 т. / под ред. Б. В. Петровского. — М. : Медицина, 1988. — Т. 1 : Общая деонтология. — 352 с.

86. Державна Національна програма «Освіта (Україна ХХІ століття)» [Електронний ресурс]. — Режим доступу :

[http://www.uazakon.com/documents/date\\_5x/pg\\_irwjos.htm](http://www.uazakon.com/documents/date_5x/pg_irwjos.htm).

87. Деркач А. А. Акмеологические основы профессионального самосознания личности / А. А. Деркач, О. В. Москаленко. — Астрахань, 2000. — 328 с.

88. Дехтяренко О. В. Потенциал контекстного обучения в формировании профессиональной компетентности / О. В. Дехтяренко // Теоретичні та методичні засади розвитку педагогічної освіти : педагогічна майстерність, творчість, технології : зб. наук. пр. / [за заг. ред Н. Г. Ничкало]. — Харків : НТУ «ХП», 2007. — С. 403—408.

89. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології : навч. посібник / І. М. Дичківська. — К. : Академвидав, 2004. — 351 с.

90. Добровська Л. М. Комп'ютерні експертні системи в професійному навчанні майбутніх лікарів (на пропедевтичному етапі) : автореф. дис. на добуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Л. М. Добровська. — К., 2003. — 17 с.

91. Драмарецька Л. Позааудиторна робота зі студентами юридичних факультетів : нетрадиційні форми / Л. Драмарецька // Рідна школа. — 2006. — № 5. — С. 66—68.

92. Дубасенюк О. А. Компетентнісний підхід у професійній підготовці вчителя / О. А. Дубасенюк // Формування естетичної компетентності особистості засобами народознавства : зб. наук. праць молодих дослідників / [за заг. ред. О. С. Березюк, Л. О. Глазунової]. — Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2010. — С. 10—16.

93. Дуброва В. П. Развитие коммуникативной компетентности врача в контексте социопсихосоматического подхода к пациенту / В. П. Дуброва // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины : тезисы докладов 55-й науч. сессии ВГМУ. — Витебск : ВГМУ, 2000. — С. 47—58.

94. Дудікова Л. В. Формування готовності до професійного самовдосконалення у майбутніх лікарів : автореф. дис. на добуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Л. В. Дудікова; Вінниц. держ. пед. ун-т ім. М. Коцюбинського. — Вінниця, 2011. — 20 с.

95. Дюкарева А. М. О подготовке кадров организаторов здравоохранения / А. М. Дюкарева // Проблемы социальной гигиены. — 1997. — № 4. — С. 45—47.
96. Етичний кодекс лікаря України // Медицина транспорту України. — 2009. — № 4. — С. 6—11.
97. Ємець А. В. Підготовка майбутніх сімейних лікарів до застосування фізично-реабілітаційних технологій у професійній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / А. В. Ємець. — Запоріжжя, 2015. — 22 с.
98. Загвязинский В. И. Идея, замысел и гипотеза педагогического исследования / В. И. Загвязинский, А. Т. Закирова. — Педагогика. — 1997. — № 2. — С. 9—14.
99. Загвязинский В. И. Методология и методы психолого-педагогического исследования : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Загвязинский В. И., Атаханов Р. — 2-е изд., стер. — М. : Изд. центр «Академия», 2005. — 208 с.
100. Загвязинский В. И. Теория обучения. Современная интерпретация / В. И. Загвязинский. — М. : Академия, 2001. — 232 с.
101. Закон України «Про вищу освіту» // Відомості Верховної Ради (ВВР). — 2014. — № 37-38, ст. 2004 ; {Із змінами, внесеними згідно із Законом № 76-VIII від 28.12.2014, ВВР, 2015, № 6, ст. 40}.
102. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» № 3611-17 від 07.07.2011 р. / Відомості Верховної Ради України. — 2012. — № 14. — ст. 86.
103. Захаров И. А. Сравнительная оценка качества сестринской помощи по различным направлениям деятельности / Захаров И. А., Захарова Е. А., Жихарева Н. А. // Главная медицинская сестра. — 2004. — № 11. — С. 33—43.
104. Зверева М. В. О понятии «дидактические условия» / М. В. Зверева // Новые исследования в педагогических науках. — 1987. — № 1 (49). — С. 29—32.
105. Зеер Э. Ф. Ключевые квалификации и компетенции в личностно-ориентированном профессиональном образовании / Э. Ф. Зеер // Образование и наука. — 2000. — № 3. — С. 90—102.



106. Зеер Э. Ф. Модернизация профессионального образования : компетентностный подход : учеб. пособие / Э. Ф. Зеер, А. М. Павлова, Э. Э. Сыманюк. — М. : Московский психолого-социальный ин-т, 2005. — 216 с.

107. Зеер Э. Ф. Психолого-дидактические конструкты качества профессионального образования / Э. Ф. Зеер // Образование и наука. — 2002. — № 2 (14). — С. 31—50.

108. Зимняя И. А. Ключевые компетенции — новая парадигма результата образования / И. А. Зимняя // Высшее образование сегодня. — 2003. — № 5. — С. 34—42.

109. Зинченко В. П. Человек развивающийся : очерки российской психологии / В. П. Зинченко, Е. Б. Моргунов. — М. : Тривола, 1994. — 304 с.

110. Зіменковський Б. С. Досвід управління якістю вищої медичної та фармацевтичної освіти в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу / Б. С. Зіменковський, М. Р. Гжегоцький, І. І. Солонинко // Медична освіта. — 2013. — № 2. — С. 54—57.

111. Зюбан А. Л. Основы медицинской психологии : лекция / А. Л. Зюбан. — Л. : ЛГУ, 1972. — 72 с.

112. Зязюн І. А. Педагогічна майстерність як технологія педагогічної дії / І. А. Зязюн // Теорія і практика підготовки майбутніх учителів до педагогічної дії : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю, 20–21 травня 2011 р., м. Житомир. — Житомир : Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2011. — С. 6—13.

113. Зязюн І. А. Філософія педагогічної дії : монографія / Іван Андрійович Зязюн. — Черкаси : ЧНУ ім. Богдана Хмельницького, 2008. — 608 с.

114. Зязюн І. А. Філософія поступу і прогнозу освітньої системи / І. А. Зязюн // Педагогічна майстерність : проблеми, пошуки, перспективи : монографія. — К. ; Глухів : РВВ ГАПУ, 2005. — С. 10–18.

115. Иванов А. В. Социальная педагогика : учеб. пособие / А. В. Иванов и др. ; под общ. ред. проф. А. В. Иванова. — М. : ИТК «Дашков и К°», 2013. — 424 с.

116. Изард К. Э. Психология эмоций : перев. с англ. / К. Э. Изард. — СПб. : Питер, 1999. — 464 с.

117. Исаев В. А. Образование взрослых : компетентностный подход : учебно-метод. пособие / Исаев В. А., Ворошилов В. И. ; Рос. акад. Образования, Ин-т образования взрослых. — СПб : ИОВ РАО, 2005. — 91 с.

118. Исаева Т. Преподаватель как субъект качества образования / Т. Исаева // Высшее образование в России. — 2003. — № 2. — С. 17—23.

119. Іваницька Н. А. Проблемний метод навчання як основа розв'язування учнями задач у класах фізико-математичного профілю / Іваницька Н. А., Герасименко Т. О. // Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту. Педагогічні науки. — 2013. — Вип. 109. — С. 56—59.

120. Иванова Л. А. Педагогічне проектування процесу професійної підготовки педагогів-організаторів у Міжнародному дитячому центрі «Артек» : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Иванова Любов Анатоліївна; Ін-т вищої освіти АПН України. — К., 2005. — 19 с.

121. Іванькова Н. А. Педагогічні засади застосування автоматизованої системи в умовах кредитно-модульного навчання студентів вищих медичних навчальних закладів : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Іванькова Н. А. ; Харк. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. — Х., 2008. — 23 с.

122. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике : монография / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. — Л. : Медицина, 1983. — 312 с.

123. Каган М. С. Философская теория ценности / М. С. Каган. — СПб.: ТОО ТК «Петрополис», 1997. — 205 с.

124. Каган М. С. Человеческая деятельность (опыт системного анализа) / М. С. Каган. — М. : Политиздат, 1974. — 144 с.

125. Камилова М. Ш. О роли педагогических дисциплин в подготовке специалиста «медик-педагог» [Электронный ресурс] / М. Ш. Камилова // Современная педагогика. — 2014. — № 4. — Режим доступа : <http://pedagogika.snauka.ru/2014/04/2247>.

126. Канн-Калик В. А. Учителю о педагогическом общении / В. А. Канн-Калик. — М. : Просвещение, 1987. — 190 с.
127. Каптерев П. Ф. Избранные педагогические сочинения / П. Ф. Каптерев ; под ред. А. М. Арсеньева; сост. П. А. Лебедев ; Акад. пед. наук СССР. — М. : Педагогика, 1982. — 703 с.
128. Карвасарский Б. Д. Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. — М. : Медицина, 1985. — 304 с.
129. Карпов А. В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики / А. В. Карпов // Психологический журнал — 2003. — Т. 24. — № 5. — С. 45—57.
130. Касевич Н. М. Загальний догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка : підруч. / Ніна Микитівна Касевич. — К. : Медицина, 2008. — 424 с.
131. Кашенко В. П. Педагогическая коррекция : исправление недостатков характера у детей и подростков : кн. для учителя. / В. П. Кашенко. — 2-е изд. — М. : Просвещение, 1994. — 223 с.
132. Квасенко А. В. Психология больного / А. В. Квасенко, Ю. Г. Зубарев. — Л. : Медицина, 1980. — 184 с.
133. Кирьякова А. В. Теория ориентации личности в мире ценностей / А. В. Кирьякова. — Оренбург : ОГПУ, 1996. — 190 с.
134. Кларин М. В. Педагогическая технология в учебном процессе / М. В. Кларин. — М. : Знание, 1989. — 67 с.
135. Кліщ Г. І. Професійна підготовка лікарів в університетах Австрії : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Кліщ Галина Іванівна. — Тернопіль, 2013. — 200 с.
136. Клос Л. Є. Технології збереження здоров'я у соціальній сфері : навч. посіб. / Л. Є. Клос. — Львів : Вид-во Львівської політехніки, 2015. — 248 с.
137. Ковальова О. М. Деонтологія в медицині : підручник / О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук. — Х. : ХНМУ, 2014. — 258 с.
138. Козловська І. Концептуальні основи інтеграції та наступності навчання у професійно-технічній освіті / Козловська І., Литвин А. // Педагогіка і психологія професійної освіти. — 2003. — № 3. — С. 20—29.

139. Козяр М. М. Науково-педагогічний словник / Козяр М. М., Козловська І. М. — Львів : Сполом, 2011. — 216 с.
140. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у медичних коледжах : монографія / Юлія Ігорівна Колісник-Гуменюк. — Львів : Край, 2013. — 296 с.
141. Коломієць А. М. Інформаційна культура вчителя початкових класів : монографія / Алла Миколаївна Коломієць. — Вінниця : ВДПУ, 2007. — 379 с.
142. Концепція реформування системи підготовки лікарів в Україні та приведення її у відповідність до вимог Болонської декларації [Електронний ресурс] — Режим доступу : [http://testcentr.org.ua/bolon\\_proc.php](http://testcentr.org.ua/bolon_proc.php).
143. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : затв. Указом Президента України № 1313/2000 від 7 грудня 2000 р. / [Електронний ресурс] — Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1313%2F2000>.
144. Корнеева Л. Интерактивные методы обучения / Л. Корнеева // Высшее образование в России. — 2004. — № 12. — С. 105—108.
145. Корсаков С. С. Избранные произведения / С. С. Корсаков. — М. : Гос. изд-во мед. л-ры, 1954. — 707 с.
146. Косарев И. И. Этика семейного врача / И. И. Косарев // Медицинская кафедра. — 2006. — № 1. — С. 102—106.
147. Краевский В. В. Методология педагогики : пособие для педагогов-исследователей / Володар Викторович Краевский. — Чебоксары : Изд-во Чуваш. ун-та, 2001. — 244 с.
148. Краевский В. В. Педагогика как наука и учебный предмет / В. В. Краевский. — М. : Просвещение, 2001. — 103 с.
149. Кремень В. Педагогічна синергетика : понятійно-категоріальний синтез / В. Кремень // Теорія і практика управління соціальними системами. — № 3. — НТУ «ХПИ», 2013. — С. 3—19.
150. Кремень В. Г. Освіта і наука в Україні — інноваційні аспекти. Стратегія. Реалізація. Результати / В. Г. Кремень. — К. : Грамота, 2005. — 448 с.

151. Кремень В. Г. Система освіти в Україні : сучасні тенденції і перспективи / В. Г. Кремень // Професійна освіта : педагогіка і психологія / за ред. Т. Левовицького, І. Зязюна, І. Вільш, Н. Ничкало. — К., Ченстохова : Віпол, 2000. — Ч. II. — С. 11—30.
152. Криштопа Б. Проблеми української історії медицини / Б. Криштопа // Агапіт. — 1994. — № 1. — С. 4—8.
153. Круковська І. М. Медична освіта на Волині / І. М. Круковська // Велика Волинь : історія освіти і культури : монографія / за ред. проф. Левківського М. В. — Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2011. — С. 376—418.
154. Крымский С. Б. Научное знание и принципы его трансформации / С. Б. Крымский. — К. : Наукова думка, 1974. — 207 с.
155. Кудикіна Н. В. Гра / Н. В. Кудикіна // Енциклопедія освіти / АПН України ; голов. ред. В. Г. Кремень ; [заст. голов. ред. : О. Я. Савченко, В. П. Андрущенко ; відп. наук. секр. С. О. Сисоєва]. — К. : Юрінком Інтер, 2008. — С. 39—140.
156. Кудрявая Н. В. Врач–педагог в изменяющемся мире : традиции и новации / Н. В. Кудрявая, Е. М. Уколова, А. С. Молчанов, Н. Б. Смирнова, К. В. Зорин ; под ред. Н. Д. Юшука. — М. : ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. — 304 с.
157. Кузеванова А. Л. Семейный врач в современной России: опыт социального портрета : дис. ... канд. социолог. наук : 14.00.52 / Кузеванова Ангелина Леонидовна. — Волгоград., 2004. — 180 с.
158. Кузнецова Е. П. Педагогические условия формирования профессиональной компетентности будущих социальных педагогов : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Кузнецова Елена Петровна. — Чита, 2006. — 167 с.
159. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / І. В. Кузнецова. — Харків, 2005. — 21 с.
160. Кузьмина Н. В. Методы исследования педагогической деятельности / Н. В. Кузьмина. — Л. : ЛГУ, 1980. — 172 с.

161. Кузьмина Н. В. Профессионализм личности преподавателя и мастера производственного обучения / Н. В. Кузьмина. — М. : Высшая школа, 1990. — 117 с.
162. Кузьмина Н. В. Профессионализм педагогической деятельности : метод. пособие / Н. В. Кузьмина, А. А. Реан. — СПб. ; Рыбинск : Науч.-исслед. центр развития творчества молодежи, 1993. — 54 с.
163. Кулініченко В. Філософсько-світоглядні засади біоетики / В. Кулініченко // Практична філософія. — 2000. — № 3. — С. 37—43.
164. Кулюткин Ю. Н. Творческое мышление в профессиональной деятельности учителя / Ю. Н. Кулюткин. — Вопросы психологии. — 1986. — № 2. — С. 49—53.
165. Кыверялг А. А. Методы исследования в профессиональной педагогике / А. А. Кыверялг. — Таллин : Валгус, 1980. — 335 с.
166. Лазурский А. Ф. Избранные труды по психологии / А. Ф. Лазурский / сост. Ю. Н. Олейник ; РАН, Институт психологии. — М. : Наука, 1997. — 446 с.
167. Ланик С. В. Инновационные обучающие технологии в системе многоуровневого образования медицинских сестер / С. В. Ланик, С. И. Двойников // Материалы 2 Всеросс. съезда средних медицинских работников. — М., 2004. — 332 с.
168. Латишев Є. С. Формування системи сімейної медицини в Україні : монографія / Є. С. Латишев. — К. : [б. в.], 2005. — 176 с.
169. Лебединский М. С. Вопросы психологии в медицинской педагогике [Электронный ресурс] / М. С. Лебединский, В. Н. Мясищев // Медицинская психология : информац. портал. — Режим доступа : <http://www.medpsy.ru/meds/meds203.php>.
170. Левитан К. М. Основы педагогической деонтологии : учеб. пособие для высш. шк. / К. М. Левитан. — М. : Наука, 1994. — 192 с.
171. Леднев В. С. Содержание образования : сущность, структура, перспективы / В. С. Леднев. — М. : Высш. шк., 1991. — 224 с.
172. Леонтьев А. А. Общение как объект психологического исследования / А. А. Леонтьев // Методологические проблемы социальной психологии / [отв. ред. Е. В. Шорохова]. — М. : Наука, 1975. — 295 с.

173. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность : учеб. пособие для студ. вузов, обуч. по напр. и спец. «Психология», «Клиническая психология» / А. Н. Леонтьев. — М. : Смысл. : Academia, 2005. — 346 с.

174. Леонтьев А. Н. Педагогическое общение / А. Н. Леонтьев. — М. : Просвещение, 1979. — 90 с.

175. Лернер И. Я. Качество знаний учащихся и пути его совершенствования / И. Я. Лернер. — М. : Просвещение, 1976. — 191 с.

176. Лернер И. Я. Учебные умения и их функции в процессе обучения / И. Я. Лернер // Роль учебной литературы в формировании общих учебных умений и навыков школьников / Общ. ред. В. В. Горелова. — М. : Педагогика, 1984. — С. 19—33.

177. Лисенко Г. І. Підготовка сімейних лікарів на сучасному етапі: вирішені та невирішені проблеми / Г. І. Лисенко [та ін.] // Сімейна медицина : наук.-практ. журн. — 2011. — № 3. — С. 5—6.

178. Лисенко Г. І. Проблеми лікарів загальної практики — сімейної медицини при веденні кардіологічних хворих : крок за кроком до професіоналізму / Г. І. Лисенко // Мистецтво лікування. — 2011. — № 9. — С. 2—10.

179. Лисенко Г. І. Сімейна медицина в Україні: сучасні досягнення та перспективи розвитку (за результатами III з'їзду сімейних лікарів) / Г. І. Лисенко, В. І. Ткаченко, О. В. Маяцька // Сімейна медицина : наук.-практ. журн. — 2012. — № 1 (спец. вип.). — С. 5—8.

180. Лисицын Ю. П. История медицины : учебник / Ю. П. Лисицын. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 400 с.

181. Литвин А. В. Информатизация професійно-технічних навчальних закладів будівельного профілю : монографія / Андрій Вікторович Литвин. — Львів : Компанія «Манускрипт», 2011. — 498 с.

182. Литвин А. В. Методологічні засади поняття «педагогічні умови» : на допомогу здобувачам наукового ступеня / А. В. Литвин. — Львів : СПОЛОМ, 2014. — 76 с.

183. Литвин А. В. Реалізація дидактичних принципів у процесі інформаційної підготовки у ПТНЗ : метод. реком. / А. В. Литвин. — Львів : ЛНПЦ ПТО НАПН України, 2010. — 58 с.

184. Литвин А. В. Теоретико-методологічні засади принципу наступності та перспективності в професійній освіті / А. В. Литвин // Проблеми інтеграції у сучасній професійній освіті : методологія, теорія, практика : монографія / за ред. І. М. Козловської та Я. М. Кміта. — Львів : Сполом, 2004. — С. 27—38.

185. Лісовий М. І. Формування професійного мовлення майбутніх медичних працівників у вищих медичних навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / М. І. Лісовий. — Вінниця, 2006. — 20 с.

186. Логвинов И. И. Природа дидактического знания / И. И. Логвинов // Педагогика. — 2000. — № 6. — С. 13—18.

187. Лодатко Є. О. Моделювання освітніх систем в контексті ціннісної орієнтації соціокультурного простору / Є. О. Лодатко // Вісник Черкаського університету. Серія : Педагогічні науки. — Вип. 112. — Черкаси, 2007. — С. 32—40.

188. Лонская Л. В. Теоретико-методические подходы к формированию компетентности преподавателя высшей школы в области профессионально-педагогической деятельности (на примере медицинского вуза) : автореф. дис. на соискание научной степени канд. пед. наук : спец. 13.00.02, 13.00.08 / Лонская Лариса Владимировна. — Москва, 2013. — 19 с.

189. Лопанова Е. В. Теоретические и технологические основания совершенствования профессионально-педагогической подготовки преподавателя вуза в условиях информатизации образования (на примере медицинского вуза) : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.02 / Лопанова Елена Валентиновна. — М., 2015. — 368 с.

190. Луговий В. І. Компетентності та компетенції : поняттєво-термінологічний дискурс / В. І. Луговий // Педагогіка вищої школи : методологія, теорія, технології. Вища освіта України. — 2009. — № 3 (додат. 1). — С. 8—14.

191. Лурье Л. И. Как формализовать образование / Л. И. Лурье // Моделирование социально-педагогических систем : матер. науч.-практ. конф. (16—17 сентяб-



ря 2004 г.) / [гл. ред. А. К. Колесников; отв. ред. И. П. Лебедева. — Пермь : Перм. гос. пед. ун-т, 2004. — С. 12—22.

192. Мазепа Х. П. Організаційно-педагогічні умови виховної роботи в медичному коледжі : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Мазепа Христина Петрівна. — К., 2001. — 220 с.

193. Мазін В. М. Критерії та показники сформованості культури професійної самореалізації педагога / В. М. Мазін // Педагогіка і психологія формування творчої особистості : проблеми і пошуки. — 2007. — Вип. 41. — С. 217—225.

194. Манько В. М. Дидактичні умови формування у студентів професійно-пізнавального інтересу до спеціальних дисциплін / В. М. Манько // Соціалізація особистості : зб. наук. пр. Національного пед. ун-ту ім. М. Драгоманова. — К. : Логос, 2000. — Вип. 2. — С. 153—161.

195. Маркова А. К. Психология профессионализма / А. К. Маркова. — М. : Международный гуманитарный фонд «Знание», 1996. — 312 с.

196. Маркова А. К. Психология труда учителя / А. К. Маркова. — М. : Просвещение, 1993. — 190 с.

197. Марлова А. С. Педагогічні умови формування готовності до опрацювання іншомовної фахової літератури у студентів вищих медичних навчальних закладів / А. Марлова // Молодь і ринок. — 2014. — № 10. — С. 97—101.

198. Марцева Л. А. Професійна підготовка молодших спеціалістів радіотехнічного профілю в технічних коледжах : монографія / Людмила Андріївна Марцева. — Вінниця : Фенікс Медіа, 2015. — 420 с.

199. Матвеев В. Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии / В. Ф. Матвеев. — М. : Медицина, 1989. — 176 с.

200. Матюха Л. Сімейний лікар — нова філософія медицини [Електронний ресурс] / Лариса Матюха // Урядовий кур'єр. — 21 лютого 2013. — Режим доступу : <http://ukurier.gov.ua/uk/articles/larisa-matyuha-simejnj-likar-nova-filosofiya-medi/>.

201. Махмутов М. И. Организация проблемного обучения в школе : книга для учителей / М. И. Махмутов. — М. : Просвещение, 1977. — 240 с.

202. Махмутов М. И. Принципы обучения как системообразующий фактор взаимосвязи общего и профессионального образования в среднем профтехучилище / М. И. Махмутов, В. С. Безрукова // Взаимосвязь общего и профессионального образования учащихся средних ПТУ. — М. : Изд. АПН СССР, 1983. — С. 15—31.

203. Махмутов М. И. Проблемное обучение. Основные вопросы теории / М. И. Махмутов. — М. : Педагогика, 1975. — 368 с.

204. Мачарадзе Д. Ш. Обучение больных бронхиальной астмой / Д. Ш. Мачарадзе // Медицинская сестра. — 2003. — № 5. — С. 32—34.

205. Мельник В. В. Удосконалення кадрового забезпечення системи громадського здоров'я України фахівцями мікробіологічного профілю в умовах реформування / В. В. Мельник, Т. С. Грузева, В. П. Ширококов // Ліки України. — 2015. — № 6 (192). — С. 49—52.

206. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособие / В. Д. Менделевич. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 432 с.

207. Методика трудового обучения : учеб. пособие для пед. уч-щ /; Д. А. Тхоржевский, А. И. Бугаев, И. Н. Яров и др. ; под ред. Д. А. Тхоржевского. — М. : Просвещение, 1981. — 271 с.

208. Мистецтво у розвитку особистості : монографія / за ред., передмова та післямова Н. Г. Ничкало. — Чернівці : Зелена Буковина, 2006. — 224 с.

209. Митина Л. М. Личностное и профессиональное развитие человека в новых социально экономических условиях / Л. М. Митина // Вопросы психологии. — 1997. — № 4. — С. 28—38.

210. Моносзон Э. И. Основы педагогических знаний / Э. И. Моносзон. — М. : Педагогика, 1986. — 200 с.

211. Москаленко В. Про завдання з упровадження європейських стандартів та директив із внутрішньої та зовнішньої гарантії якості в підготовку лікарів і провізорів у національному медичному університеті О. О. Богомолця / В. Москаленко, О. Яворовський, Л. Остапюк, В. Чешук // Витоки педагогічної майстерності. Серія : Педагогічні науки. — 2012. — Вип. 10. — С. 202—206.

212. Москаленко В. Ф. Базовий термінологічний глосарій системи вищої медичної освіти України. Науково-довідкове видання / В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко, А. Б. Зіменковський. — Львів : Ліга-Прес, 2005. — 176 с.

213. Москаленко В. Ф. Біоетика : філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми / В. Ф. Москаленко, М. В. Попов. — Вінниця : Нова книга, 2005. — 218 с.

214. Мруга М. Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей : дис... канд. пед. наук : 13.00.04 / Мруга Марина Рашидівна. — К., 2006. — 251 с.

215. Мудрик А. В. Учитель : мастерство и вдохновение / А. В. Мудрик. — М. : Просвещение, 1986. — 160 с.

216. Муравьёв М. В. Научно-технический прогресс и проблемы обучения : учебное пособие для врачей / М. В. Муравьёв; Центр. ин-т усовершенствования врачей. — М. : ЦОЛИУВ, 1977. — 16 с.

217. Національна доктрина розвитку освіти : затв. Указом Президента України від 17 квітня 2002 р., № 347/2002 // Освіта. — 2002. — № 26. — С. 2—4.

218. Національна стратегія розвитку освіти в Україні на 2012—2021 роки : схвалено Указом Президента України від 25 червня 2013 року №344/2013 [Електронний ресурс] — Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>.

219. Неловкіна-Берналь О. А. Формування професійної спрямованості студентів медичних спеціальностей на початковому етапі навчання : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / О. А. Неловкіна-Берналь; Луганськ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. — Луганськ, 2010. — 22 с.

220. Немченко С. С. Принципи правової освіти в Україні, як феномен світоглядних засад освітньої діяльності [Електронний ресурс] / С. С. Немченко. — Режим доступу : [http://legalactivity.com.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1100%3A061115-14&catid=135%3A1-1215&Itemid=167&lang=ru](http://legalactivity.com.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=1100%3A061115-14&catid=135%3A1-1215&Itemid=167&lang=ru).

221. Никифоров В. И. Теория и практика высшего профессионального образования. Термины, понятия и определения : учеб.-метод. пособие / В. И. Никифоров, А. И. Сурыгин. — СПб. : Изд-во Политехн. ун-та, 2009. — 141 с.
222. Ничкало Н. Г. Неперервна професійна освіта : міжнародний аспект / Н. Г. Ничкало // Неперервна професійна освіта : проблеми, пошуки, перспективи : монографія / за ред. І. А. Зязюна. — К. : Віпол, 2000. — С. 58—80.
223. Новиков А. М. Методология образования / А. М. Новиков. — Изд. 2-е. — М. : «Эгвес», 2006. — 488 с.
224. Новиков А. М. Российское образование в новой эпохе : парадоксы наследия, векторы развития / А. М. Новиков. — М. : Эгвес, 2000. — 272 с.
225. Новиков Д. А. Статистические методы в педагогических исследованиях (типовые случаи) / Д. А. Новиков. — М. : МЗ-Пресс, 2004. — 67 с.
226. Носкова С. В. Компетентностная модель специальной подготовки преподавателя к педагогической деятельности в поликультурной среде медицинского вуза : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Носкова Светлана Вячеславовна. — Саратов, 2007. — 143 с.
227. Нравственное воспитание медицинских работников / [И. И. Крыжановская, И. А. Логвиненко, В. П. Топка, А. П. Черемисин]. — К. : Здоров'я, 1983. — 96 с.
228. Об основах медицинской деонтологии / [под ред. К. Т. Таджиева, В. И. Приписнова]. — Душанбе : Ирфон, 1981 — 256 с.
229. Общение и оптимизация совместной деятельности / под ред. Г. М. Андреевой и Я. Яноушека. — М. : МГУ, 1987. — 300 с.
230. Освітні технології : навч.-метод. посібник / за загальн. ред. О. М. Пехоти. — К. : А. С. К., 2001. — 256 с.
231. Осипова В. Терапевтическое обучение больных / В. Осипова, И. Тарасова // Сестринское дело. — 2003. — № 2. — С. 20—35.
232. Остраус Ю. Структура професійного самовдосконалення майбутніх сімейних лікарів як психолого-педагогічної категорії / Юлія Остраус // Збірник наукових праць Уманського держ. пед. уні-у імені Павла Тичини / [гол. ред.: М. Т. Мартинюк]. — Умань : ФОП Жовтий О. О., 2014. — Ч. 1. — С. 302—311.

233. Островская Л. В. Формирование педагогической культуры и этики в системе подготовки студентов-медиков : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.01, 13.00.08 / Островская Лидия Васильевна. — М., 2004. — 325 с.

234. Павлова О. В. VII Міжрегіональна науково-практична конференція «Загальна практика – сімейна медицина : організація, сучасні стандарти діагностики, лікування та профілактики» / О. В. Павлова // Здоров'я України – XXI сторіччя : мед. газета. — 2012. — Жовтень (№ 20/297). — С. 42.

235. Паламаренко І. О. Професійна підготовка сімейних лікарів у вищих медичних школах Великої Британії : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Паламаренко Інна Олексіївна. — К., 2012. — 200 с.

236. Пахомова Н. Г. Моніторинг теоретико-когнітивної складової інтегративної медико-психологічної та педагогічної підготовки логопедів [Електронний ресурс] / Н. Г. Пахомова. — Режим доступу : [iprobuk.cv.ua/images/Пахомова-стаття.doc](http://iprobuk.cv.ua/images/Пахомова-стаття.doc).

237. Педагогика : учеб. пособ. для студ. выс. пед. учеб. завед. / [В. А. Слостенин, И. Ф. Исаев, А. И. Мищенко, Е. Н. Шиянов]; под ред. В. А. Слостенина. — М. : Академия, 2002. — 576 с.

238. Педагогика в медицине / Н. В. Кудрявая, Е. М. Уколова, Н. Б. Смирнова, Е. А. Волошина, К. В. Зорин ; под ред. Н. В. Кудрявой. — М. : Академия, 2012. — 320 с.

239. Педагогика в медицине : учеб. пособие для студентов мед. вузов [Электронный ресурс] / сост. И. В. Новгородцева. — М. : «Флинта», 2011. — 105 с. — Режим доступа : <http://znanium.com/bookread2.php?book=454523>.

240. Педагогічна майстерність : підручник / І. А. Зязюн, Л. В. Крамущенко, І. Ф. Кривонос та ін. ; за ред. І. А. Зязюна. — 3-тє вид., допов. і переробл. — К. : СПД Богданова А. М., 2008. — 376 с.

241. Перцева Т. О. Досвід організації роботи з хворими на бронхіальну астму в Україні / Т. О. Перцева, Л. А. Ботвінікова // Украинский пульмонологический журнал. — 2000. — № 2. — С. 50—51.

242. Пехота О. М. Особистісно орієнтоване навчання : підготовка вчителя : монографія / О. М. Пехота, А. М. Старєва. — Миколаїв : Іліон, 2005. — 272 с.

243. Пикельная В. С. Теория и методика моделирования управленческой деятельности (школоведческий аспект) : дисс. ... д-ра пед. наук : 13.00.01 / Пикельная Валерия Семеновна ; [Криворожский пед. ин-т]. — Кривой Рог, 1993. — 374 с.
244. Пирогов Н. И. Избранные педагогические сочинения / Н. И. Пирогов. — М. : Педагогика, 1985. — 496 с.
245. Пищулин В. Г. Модель выпускника университета / В. Г. Пищулин // Педагогика. — 2002. — № 9. — С. 22—27.
246. Підаєв А. В. Інформаційні технології в системі охорони здоров'я / А. В. Підаєв, В. М. Пономаренко, Ю. В. Вороненко. — К. : Здоров'я, 2003 — 335 с.
247. Підготовка майбутнього вчителя до впровадження педагогічних технологій : навч. посібник / [О. М. Пехота, В. Д. Будақ, А. М. Старєва та ін.] ; за ред. І. А. Зязюна, О. М. Пехоти. — К. : Видавництво А.С.К., 2003. — 240 с.
248. Побірченко Н. А. Рефлексивне оцінювання розвитку професійного самоздійснення у студентів університету / Н. А. Побірченко // Педагогічний процес : теорія і практика. — 2013. — Вип. 4. — С. 227—237.
249. Подласый И. П. Педагогика : новый курс. — Кн. 1. Общие основы. Процесс обучения / И. П. Подласый. — М. : ВЛАДОС, 1999. — 576 с.
250. Подласый И. П. Педагогика : учеб. для студ. высших пед. учеб. заведений / И. П. Подласый. — М. : ВЛАДОС, 1996. — 432 с.
251. Подрушняк В. Б. Обґрунтування і розробка кваліфікаційних критеріїв у системі професійної підготовки і використання медичних кадрів в охороні здоров'я : дис... канд. мед. наук : 14.02.03 / Подрушняк Валентина Борисівна; Український ін-т громадського здоров'я. — К., 2002. — 214 с.
252. Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике / В. М. Полонский. — М. : Высш. шк., 2004. — 512 с.
253. Пометун О. І. Навчання в дії : навч.-метод. посіб. / О. І. Пометун, А. О. Панченков, Т. О. Ремех. — К. : Вид-во АПН, 2003. — 71 с.
254. Пометун О. І. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання : наук.-метод. пос. / О. І. Пометун, Л. В. Пироженко. — К. : А.С.К., 2004. — 192 с.

255. Пометун О. І. Теорія та практика послідовної реалізації компетентнісного підходу в освіті зарубіжних країн / О. І. Пометун // Компетентнісний підхід у сучасній освіті : світовий досвід та українські перспективи : Бібліотека з освітньої політики / під заг. ред. О. В. Овчарук. — К. : “К.І.С.”, 2004. — С. 15—24.

256. Примірне положення про лікаря загальної практики — сімейного лікаря : Додаток 1 до наказу МОЗ України від 23.02.2001 № 72. [Електронний ресурс] — Режим доступу : <http://www.uazakon.com/document/spart33/inx33852.htm>.

257. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України № 989 від 20.06.2000 р. [Електронний ресурс] — Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-п>.

258. Про медичні ліцензійні іспити [Електронний ресурс]. — К. : Центр тестування, 2016. — Режим доступу : <http://testcentr.org.ua/index.php/menu-mle/menu-goal.html>.

259. Прутченков А. С. Тренинг коммуникативных умений / А. С. Прутченков. — М. : Новая школа, 1993. — 49 с.

260. Психологічні розлади в практиці сімейного лікаря / І. В. Чопей, М. І. Товт-Коршинська, М. А. Дью. — Ужгород : Ліра, 2000. — 175 с.

261. Пушкар Т. М. Моделювання як теоретичний метод розробки педагогічної технології підготовки вчителів філологічного профілю. Підходи А. С. Макаренка до використання педагогічного моделювання / Тетяна Пушкар // Витоки педагогічної майстерності. — 2013. — Вип. 11. — С. 273—278.

262. Равен Дж. Педагогическое тестирование : проблемы, заблуждения, перспективы / Джон Равен ; пер. с англ. — М. : Когито-Центр, 2001. — 142 с.

263. Радзієвська І. В. Формування професійної компетентності медичних сестер / І. В. Радзієвська // Проблеми освіти. — 2008. — Вип. 57. — С. 69—73.

264. Рибалка В. В. Особистісний підхід у профільному навчанні старшокласників : монографія / В. В. Рибалка ; за ред. Г. О. Балла. — К. : Деміург, 1998. — 160 с.

265. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. — СПб. : Питер Ком, 1999. — 720 с.
266. Руденко Л. А. Формування комунікативної культури майбутніх фахівців сфери обслуговування у професійно-технічних навчальних закладах : монографія / Лариса Анатоліївна Руденко. — Львів : Піраміда, 2015. — 343 с.
267. Саввина И. А. Моделирование личностного портрета медицинской сестры для работы с пациентами пожилого и старческого возраста / И. А. Саввина, Е. А. Шалыгина // Медпомощь. — 1998. — № 2. — С. 19—21.
268. Садреева С. Х. Концептуальные и организационные подходы к формированию среднего медицинского персонала для службы общей врачебной практики : автореф. дис. на соискание научной степени д-ра мед. наук по спец. 14.00.33 «Общественное здоровье и здравоохранение» / Садреева Сания Хамзяновна. — М., 2002. — 48 с.
269. Самборская Е. П. Роль средних медицинских работников в охране репродуктивного здоровья населения / Е. П. Самборская // Главная медицинская сестра. — 2001. — № 4. — С. 16—18.
270. Селевко Г. А. Компетентности и их классификация / Г. А. Селевко // Народное образование. — 2004. — № 4. — С. 138—143.
271. Селевко Г. К. Альтернативные педагогические технологии / Герман Константинович Селевко. — М. : НИИ школьных технологий, 2005. — 224 с.
272. Семенов Н. Н. Пути совершенствования подготовки медицинских сестер / Н. Н. Семенов // Советское здравоохранение. — 1985. — № 2. — С. 41—44.
273. Сенюта І. Біоетичне законодавство України : перспективи становлення та розвитку [Електронний ресурс] / І. Сенюта // Вісник Львівського університету. Серія юридична. — 2006. — Вип. 42. — 384 с. — Режим доступу до журн. : [http://law.lnu.edu.ua/fileadmin/user\\_upload/visnyk/Visnyk\\_42.pdf](http://law.lnu.edu.ua/fileadmin/user_upload/visnyk/Visnyk_42.pdf).
274. Сериков В. В. Образование и личность. Теория и практика проектирования образовательных систем / В. В. Сериков. — М. : Логос, 1999. — 243 с.



275. Сестринська справа, як складова частина системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/magistr/classes\\_stud](http://intranet.tdmu.edu.ua/data/kafedra/internal/magistr/classes_stud).
276. Сидорчук Л. П. Форми навчальної роботи в системі підготовки сімейного лікаря / Л. П. Сидорчук // Медична освіта. — 2003. — № 1. — С. 28—29.
277. Силина С. Н. Профессиографический мониторинг в педагогических вузах / С. Н. Силина // Педагогика. — 2001. — № 7. — С. 47—53.
278. Сисоєва С. О. Інформаційна компетентність фахівця : теорія та практика формування : навч.-метод. посібник / С. О. Сисоєва, Н. В. Баловсяк. — Чернівці : Технодрук, 2006. — 208 с.
279. Сисоєва С. О. Педагогічні технології / С. О. Сисоєва // Енциклопедія освіти / АПН України ; голов. ред. В. Г. Кремень ; [заст. голов. ред. : О. Я. Савченко, В. П. Андрущенко ; відп. наук. секр. С. О. Сисоєва]. — К. : Юрінком Інтер, 2008. — С. 660—661.
280. Система управління якістю медичної освіти : монографія / І. Є. Булах, О. П. Волосовець, Ю. В. Вороненко та ін. — Дніпропетровськ : АРТ-ПРЕСС, 2003. — 212 с.
281. Сікорський П. І. До проблеми класифікації методів навчання / Петро Сікорський // Вісник Львів. ун-ту. Серія педагогічна. — 2003. — Вип. 17. — С. 89—98.
282. Сікорський П. І. Теоретико-методологічні основи диференційованого навчання : монографія / Петро Іванович Сікорський. — Львів : Каменяр, 1998. — 196 с.
283. Сімейний лікар // Вікіпедія : Вільна енциклопедія [Електронний ресурс] — Режим доступу : [http://uk.wikipedia.org/wiki/Сімейний\\_лікар](http://uk.wikipedia.org/wiki/Сімейний_лікар).
284. Скаткин М. Н. Проблемы современной дидактики / М. Н. Скаткин. — М. : Просвещение, 1984. — 97 с.
285. Сластенин В. А. Введение в педагогическую аксиологию : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. А. Сластенин, Г. И. Чижаква. — М. : Академия, 2003. — 192 с.

286. Слостенин В. А. К вопросу о профессиограме учителя / В. А. Слостенин // Советская педагогика. — 1973. — № 5. — С. 72—76.;
287. Слостенин В. А. Креативные механизмы инновационной деятельности учителя / В. А. Слостенин, Л. С. Подымова // Научные труды МГПУ. — Серия : псих-пед. науки. — М. : Прометей, 1996. — 316 с.
288. Слостенин В. А. Педагогика : профессиональная компетентность педагога / В. А. Слостенин. — М. : Мысль, 1992. — 237 с.
289. Слостенин В. А. Учитель в инновационных образовательных процессах / В. А. Слостенин // Известия РАО. — 2000. — № 3. — С. 73—79.
290. Словник української мови : в 11 томах / АН УРСР. Інститут мовознавства; за ред. І. К. Білодіда. — К. : Наукова думка. — Т. 4, 1973. — 840 с.
291. Словник-довідник з професійної педагогіки / [ред.-упоряд. А. В. Семенова]. — Одеса : Пальміра, 2006. — 272 с.
292. Спенсер С. Компетенции на работе : модели эффективного исполнения / Сайн Спенсер, Лайл Спенсер ; пер. с англ. — М. : НІРРО, 2005. — 384 с.
293. Спирин Л. Ф. Профессиограмма общепедагогическая / Л. Ф. Спирин; Рос. пед. агентство. — М. : Рос. пед. агентство, 1997. — 33 с.
294. Стан та перспективи впровадження сімейної медицини в Україні [Електронний ресурс] — Режим доступу : [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed\\_2004.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/simed_2004.html).
295. Стечак Г. М. Зарубіжний досвід професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів / Галина Стечак // Педагогіка і психологія професійної освіти. — 2014. — № 4. — С. 154—161.
296. Стечак Г. М. Модернізація педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів / Г. М. Стечак // Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців : методологія, теорія, досвід, проблеми : зб. наук. пр. — Вип. 44. — К. ; Вінниця : ТОВ фірма «Планер», 2016. — С. 376—379.
297. Стечак Г. М. Основи формування педагогічної компетентності майбутнього лікаря сімейної медицини : навч.-метод. посібник для виклад. медичних ВНЗ / Г. М. Стечак. — Львів : ЛНПЦ, 2016. — 62 с.

298. Стечак Г. М. Педагогические условия совершенствования подготовки будущих семейных врачей к профессиональной деятельности / Стечак Г. М. // *Modern Peculiarities of the Identity Formation and Social Adaptation in Conditions of The Liberal Values Crisis : Peer-reviewed materials digest (collective monograph) published following the results of the CXVII International Research and Practice Conference and I stage of the Championship in Psychology and Educational sciences.* (London, February 9 — February 15, 2016.). — London : IASHE, 2016. — С. 40—42.

299. Стечак Г. М. Педагогічна діяльність лікаря загальної практики : навч.-метод. посібник / Г. М. Стечак. — Львів : ЛНПЦ, 2016. — 67 с.

300. Стечак Г. М. Підготовка майбутніх сімейних лікарів до виконання соціально-педагогічних функцій / Галина Стечак // *Молодий вчений.* — 2015. — № 9 (24). — Ч. 2. — С. 74—77.

301. Стечак Г. М. Психолого-педагогічна підготовка як важлива складова професійної освіти майбутніх сімейних лікарів / Галина Стечак // *Педагогіка і психологія професійної освіти.* — 2011. — № 1. — С. 109—116.

302. Стечак Г. М. Структура педагогічної компетентності сімейного лікаря / Стечак Галина Михайлівна // *Професійна освіта : проблеми і перспективи / ІПТО НАПН України.* — К. : ІПТО НАПН України, 2016. — Вип. 10. — С. 38—42.

303. Стечак Г. М. Удосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті : метод. рекомендації / Г. М. Стечак. — Львів : ЛНПЦ, 2016. — 43 с.

304. Стечак Г. М. Шляхи вдосконалення педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів до професійної діяльності / Галина Стечак // *Педагогіка і психологія професійної освіти.* — 2014. — № 3. — С. 106—112.

305. Столяренко Л. Д. Основы психологии : учеб. пособие для вузов / Л. Д. Столяренко. — Изд. 4-е, перераб. и доп. — Ростов н/Д : Феникс, 2001. — 671 с.

306. Стратегія розвитку медичної освіти в Україні визначена [Електронний ресурс] // Освітній портал — Режим доступу : <http://www.osvita.org.ua/bologna/articles/01.html>.

307. Ступина С. Б. Технологии интерактивного обучения в высшей школе : учебно-метод. пособие / С. Б. Ступина. — Саратов : Наука, 2009. — 52 с.
308. Субетто А. И. Компетентностный подход: онтология, эпистомология, системные ограничения, классификация — и его место в системе ноосферного императива в XXI веке / А. И. Субетто. — М. : Исслед. центр проблем качества подгот. специалистов ; Уфа : Уфимский гос. авиац. техн. ун-т, 2007. — 95 с.
309. Талызина Н. Ф. Теоретические основы разработки модели специалиста / Н. Ф. Талызина. — М. : Знание, 1996. — 108 с.
310. Талызина Н. Ф. Теория поэтапного формирования умственных действий и проблема развития мышления / Н. Ф. Талызина // Советская педагогика. — 1967. — № 1. — С. 28—32.
311. Талызина Н. Ф. Управление процессом усвоения знаний / Н. Ф. Талызина. — М. : Просвещение, 1975. — 344 с.
312. Тарновская И. И. Качество сестринской помощи / И. И. Тарновская // Сестринское дело. — 2001. — № 3. — С. 14—15.
313. Татур Ю. Г. Компетентность в структуре модели качества подготовки специалиста / Ю. Г. Татур // Высшее образование сегодня. — № 3. — 2004. — С. 20—26.
314. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. — Л. : Медицина, 1984. — 191 с.
315. Терегулова Э. Н. О методических подходах повышения качества сестринской помощи / Автореф. расширенных тезисов доклада / Э. Н. Терегулова, В. Л. Назифуллин. — Уфа : Башкирский гос. мед. ун-т, 2005. — 5 с.
316. Тимофієва М. Основні складові цілісної моделі особистісного та професійного розвитку студента / Марина Тимофієва // Науковий вісник Чернівецького університету : зб. наук. пр. — Вип. 574. Педагогіка та психологія. — Чернівці : Чернівецький нац. ун-т, 2011. — С. 175—180.
317. Тимофієва М. П. Особливості професійної та особистісної позицій сімейного лікаря. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [http://www.rusnauka.com/SND/Medecine/13\\_timofijeva%20m.p.doc.htm](http://www.rusnauka.com/SND/Medecine/13_timofijeva%20m.p.doc.htm).

318. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / М. П. Тимофієва. — К., 2009. — 21 с.

319. Тихолаз С. І. Педагогічні умови розвитку професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / С. І. Тихолаз. — Вінниця, 2011. — 20 с.

320. Тур Р. І. Педагогічна рефлексія — основа формування творчого саморозвитку особистості / Р. І. Тур // Управління школою. — 2004. — № 13. — С. 17—23.

321. 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 : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Уваркіна Олена Василівна. — К., 2003. — 24 с.

322. Уиддет С. Руководство по компетенциям / Стив Уиддет, Сара Холлифорд ; пер. с англ. — М. : НІРРО, 2003. — 228 с.

323. Усова А. В. О критериях и уровнях сформированности познавательных умений у учащихся / А. В. Усова // Советская педагогика. — 1980. — № 12. — С. 45—48.

324. Уська В. Р. Вплив освітньої програми на ефективність лікування бронхіальної астми в дітей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.10 «педіатрія» / В. Р. Уська. — Тернопіль, 2008. — 20 с.

325. Файда М. М. Досвід роботи сімейного лікаря м. Комсомольськ Полтавської області / М. М. Файда // Главврач. — 2004. — № 6 (38). — С. 51—53.

326. Философский энциклопедический словарь / гл. ред. : Л. Ф. Ильичев, П. Н. Федосеев, С. М. Ковалев, В. Г. Панов — М. : Советская энциклопедия, 1983. — 840 с.

327. Філіпчук Г. Г. Культуроцентризм сучасної освіти / Георгій Філіпчук // Естетика і етика педагогічної дії : зб. наук. пр. — Вип. 6 / голв. ред. І. А. Зязюн; заст.

гол. ред.: М. І. Степаненко, О. М. Отич ; чл. редкол. Н. Г. Ничкало та ін.; ШКОЛ НАПН України. — К. ; Полтава : ШКОЛ НАПНУ, 2013. — С. 26—39.

328. Філософія освіти : навч. посіб. / за заг. ред. В. Андрущенко, І. Передборської. — К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. — 329 с.

329. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. / Михайло Миколайович Фіцула. — К. : Академвидав, 2006. — 352 с.

330. Фунтікова Н. В. Теоретичні засади моделювання процесу виховання інтелігентності у студентів вищих навчальних закладів / Н. В. Фунтікова // Духовність особистості : методологія, теорія і практика. — 2012. — № 3 (50). — С. 181—193.

331. Хаджинова Н. А. Стан і перспективи розвитку геріатричної спрямованості у діяльності лікаря загальної практики — сімейної медицини : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / Н. А. Хаджинова. — К., 2008. — 24 с.

332. Харківська А. А. Life long learning — сучасні проблеми та шляхи їх вирішення / А. А. Харківська // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. — № 9. — С. 145—151.

333. Харламов И. Ф. Педагогика / И. Ф. Харламов. — М. : Гардарики, 1999. — 520 с.

334. Хен Д. Школа будущего : от принципов к планированию и созданию / Д. Хен // Информатика и образование. — № 2. — 1996. — С. 97—120.

335. Хобзей М. К. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання первинної медико-санітарної допомоги (на прикладі Львівської області) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / М. К. Хобзей. — К., 2010. — 31 с.

336. Холостова Е. И. Социальная работа: история, теория и практика : учебник для бакалавров / Е. И. Холостова. — М. : Юрайт, 2011. — 905 с.

337. Хофманн Г.-Х. Международные тенденции в создании системы гарантии качества профессионального образования и обучения (ПОО) и непрерывного профессионального образования и обучения (НПОО) на пороге общества знаний / Георг-Ханс Хофманн // Оценка качества профессионального образования. Доклад

5 мая 2001 г. / под общей ред. В. И. Байденко, Дж. Ван Занворта. — М. : Исслед. центр проблем подготовки спец., 2001. — С. 2—17.

338. Хуторской А. В. Ключевые компетенции и образовательные стандарты [Электронный ресурс] / А. В. Хуторской. — Режим доступа : [www/eidos.ru/new/compet/htm](http://www.eidos.ru/new/compet/htm).

339. Хуторской А. В. Ключевые компетенции как компонент личностно-ориентированного образования / А. В. Хуторской // Народное образование. — 2003. — № 2. — С. 58—64.

340. Хуторской А. В. Личностная ориентация образования как педагогическая инновация / А. В. Хуторской // Школьные технологии. — 2006. — № 1. — С. 3—12.

341. Хуторской А. В. Определение общепредметного содержания и ключевых компетенций как характеристика нового подхода к конструированию образовательных стандартов / А. В. Хуторской // Педагогика. — 2002. — № 5. — С. 18—22.

342. Царегородцев Г. И. Социальные и психогигиенические проблемы семьи / Г. И. Царегородцев, Н. И. Губанов. — М. : Знание, 1982. — 64 с.

343. Царенко А. В. Актуальність післядипломної підготовки фахівців сімейної медицини з питань паліативної допомоги / А. В. Царенко [та ін.] // Сімейна медицина : наук.-практ. журн. — 2011. — № 3. — С. 15—18.

344. Цехмістер Я. В. Допрофесійна підготовка учнів у ліцеї медичного профілю : теорія і практика / Я. В. Цехмістер. — К. : Наук. думка, 2002. — 620 с.

345. Цуцунава М. Р. Медсестринское исследование : навстречу сестринской практике / М. Р. Цуцунава // Главная медицинская сестра. — 2001. — № 1. — С. 39—46.

346. Чайка В. М. Підготовка майбутнього вчителя до саморегуляції педагогічної діяльності : монографія / В. М. Чайка / за ред. Г. В. Терещука. — Тернопіль : ТНПУ, 2006. — 275 с.

347. Чернилевский Д. В. Дидактические технологии в высшей школе : учеб. пособие для вузов / Д. В. Чернилевский. — М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002. — 437 с.

348. Чопей І. В. Сімейна медицина у деяких зарубіжних країнах та використання цього досвіду в Україні / І. В. Чопей, І. М. Рогач / Охорона здоров'я України. — 2002. — № 2. — С. 44—49.

349. Шабалин В. Н. Актуальные проблемы медико-социальной помощи населению старших возрастных групп в России / В. Н. Шабалин // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1999. — № 3. — С. 25—28.

350. Шапиро И. Я. Замоиская академия и ее роль в развитии медицинского образования на западноукраинских землях (XVII-XVIII вв.) / И. Я. Шапиро // К истории медицины на Украине : на материалах западных областей УССР, Закарпаття и Буковини : сб.к науч. трудов ЛГМУ. — Львов, 1961. — С. 261—279.

351. Шарипов Ф. В. Профессиональная компетентность преподавателя вуза / Ф. В. Шарипов // Высшее образование сегодня. — 2010. — № 1. — С. 11—12.

352. Шатило В. Й. Паліативна медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-IV рівнів акредитації / В. Й. Шатило, П. В. Яворський. — К. : Медицина, 2010. — 198 с.

353. Шахов В. І. Теоретико-методологічні основи базової педагогічної освіти майбутніх учителів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / В. І. Шахов. — Тернопіль, 2008. — 43 с.

354. Шегедин М. Б. Медико-соціальні основи реформування медсестринських кадрових ресурсів системи охорони здоров'я : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / Марія Броніславівна Шегедин. — К., 2001. — 332 с.

355. Шелтен А. Введение в профессиональную педагогику : учебное пособие / А. Шелтен : [пер. с нем.]. — Екатеринбург : Изд-во УГПШУ, 1996. — 288 с.

356. Шеннон Р. Ю. Имитационное моделирование систем — искусство и наука : пер. с англ. / Шеннон Роберт Ю. / [под ред. Е. К. Масловского]. — М. : Мир, 1978. — 418 с.

357. Шигонська Н. В. Підготовка студентів медичних спеціальностей до професійної взаємодії засобами моделювання комунікативних ситуацій : дис... канд. пед. наук : 13.00.04 / Шигонська Наталя Вікторівна. — Житомир, 2011. — 246 с.



358. Шишов С. Е. Понятие компетенции в контексте качества образования / С. Е. Шишов // Стандарты и мониторинг в образовании. — 1999. — № 2. — С. 27—30.

359. Штофф В. А. Роль модели в познании / В. А. Штофф. — Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1963. — 128 с.

360. Шутько Т. П. Формування комунікативних якостей майбутніх молодших медичних спеціалістів у професійній підготовці : дис... канд. наук : 13.00.04 / Шутько Тетяна Петрівна. — Умань, 2013. — 200 с.

361. Щедровицкий Г. П. Система педагогических исследований : методологический анализ / Г. П. Щедровицкий. — М. : Педагогика, 1993. — 160 с.

362. Щедровицкий Г. П. Философия. Наука. Методология / Г. П. Щедровицкий ; ред составители А. А. Пископель, В. Р. Рокитянский и др. — М, 1997 — 656 с.

363. Щекатунова Г. Д. Теоретико-методологічні основи моделювання освітніх систем / Щекатунова Г. Д. // Моделі розвитку сучасної української школи : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. 11—13 жовтня 2006 р., Черкаси — Сахнівка. — К. : СПД Богданова А. М., 2007. — С. 32—38.

364. Этико-психологические проблемы медицины / [К. К. Платонов, И. Т. Курцин, Г. В. Морозов и др.] ; под ред. Г. И. Царегородцева. — М. : Медицина, 1978. — 375 с.

365. Юдин Э. Г. Методологические проблемы современной науки / Э. Г. Юдин. — М. : Наука, 1978. — 391 с.

366. Юров А. К. Психологические особенности сохранения знаний студентов : автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. психол наук : спец. 19.00.07 «Возрастная и педагогическая психология» / А. К. Юров. — Л., 1977. — 20 с.

367. Ягупов В. В. Педагогіка : навч. посібник / В. В. Ягупов. — К. : Либідь, 2002. — 560 с.

368. Якиманская И. С. Технология личностно-ориентированного образования / И. С. Якиманская. — М. : Сентябрь, 2000. — 176 с.

369. Яковлев Е. В. Педагогическая концепция : методологические аспекты построения / Яковлев Е. В., Яковлева Н. О. — М. : ВЛАДОС, 2006. — 239 с.

370. Якунин В. А. Педагогическая психология : учеб. пособие / В. А. Якунин. — СПб. : Изд-во Михайлова В. А. «Полиус», 1998. — 639 с.
371. Ясвин В. А. Образовательная среда : от моделирования к проектированию / В. А. Ясвин. — М. : Смысл, 2001. — 365 с.
372. Ansari M. Z. A review of literature on access to primary health care / M. Z. Ansari // Aust J Prim Health. — 2007. — Vol. 13. — P. 80—95.
373. Camilleri A. F. A curriculum for specialist training in family medicine for Malta / A. F. Camilleri, D. Sammut // Malta College of Family Doctors Curriculum Board 2008–2010. — Malta, 2009. — 487 p.
374. Chen P. G. Professional experiences of international medical graduates practicing primary care in the United States / P. G. Chen, M. Nunez-Smith, S. M. Bernheim, D. Berg, A. Gozu, L. A. Curry // Journal of General Internal Medicine. — 2010. — N 25(9). — P. 947—953.
375. Clarke O. Training, status and migration of General Practitioners / Family Physicians within Europe / Owen Clarke, E. B. Monica Lindh, Mario R. Sammut, Roger Price, Alma Eir Svavarsdottir, Brendan O'Shea // The Journal of the Malta College of Family Doctors. — 2013. — N 2. — P. 24—30.
376. Dave R. H. Foundation of Lifelong Education : Some Methodological Aspects / R. H. Dave (Ed). — Hambourg, 1976. — P. 15—55.
377. Greenhalgh T. Primary Health Care / T. Greenhalgh // Theory and Practice. — Oxord : Blackwells, 2007. — 316 p.
378. Haggerty J. L. Management continuity from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments / J. L. Haggerty, F. Burge, R. Pineault [et al.] // Healthcare Policy. — 2011. — Vol. 7, N Spec Issue. — P. 139—153.
379. Health informatics [Electronic Resource] / Career Portal for Biotechnology and Healthcare IT. — Mode of access : <http://www.biohealthmatics.com/healthinformatics/healthinfo.aspx>.
380. Hill A. Public Health and Primary Care : Partners in Population Health / A. Hill, S. Griffiths, S. Gillam. — N. Y. : Oxford University Press, 2007. — 240 p.

381. Johnson E. B. Contextual Teaching and Learning / Johnson Elaine B. — Thousand Oaks, California : Corwin Press, INC. A Sage Publications Company, 2002. — 196 p.

382. Kahne J. Teaching democracy : what schools need to do / J. Kahne, J. Westheimer // Phi Delta Kappan. — N.Y., 2003. — Vol. 85. — № 1. — P. 34—66.

383. Maudsley R. F. Assessment of International Medical Graduates and their integration into Family Practice : The Clinician Assessment for Practice Program / R. F. Maudsley // Academic Medicine. — 2008. — N 83(3). — P. 309—315.

384. McClelland D. C. How Motives, Skills and Values Determine what People Do / D. C. McClelland // American Psychologist. — 1985. — № 40. — P. 812—825.

385. Ostergaard I. Postgraduate education for general practice/family medicine in Europe / I. Ostergaard // Annual Spring Meeting. Royal College of General Practitioners. — Cambridge, 1999. — 3 p.

386. Raven J. Competence in Modern Society — Its Identification, Development and Release / J. Raven. — London : H. K. Lewis, 1984. — 251 p.

387. Robins S. Training in Interpersonal Skills : Tips for managing people at work / Stephen P. Robins, Phillip L. Hunsaker. — 2nd ed. — New Jersey : Prentice-Hall, Inc. A Simon & Schuster Company Upper Saddle River, 1996. — 305 p.

388. Sammut M. R. Funding of vocational training programmes for general practice/family medicine in Europe / Sammut M. R., Lindh M. and Rindlisbacher B. on behalf of EURACT – the European Academy of Teachers in General Practice // European Journal of General Practice. — 2008. — N 14. — P. 83—88.

389. Schäfer W. L. A. Measures of quality, costs and equity in primary health care instruments developed to analyse and compare primary care in 35 countries / W. L. A. Schäfer, W. G. W. Boerma, D. S. Kringos [et al.] // Quality in Primary Care. — 2013. — Vol. 21. — N 2. — P. 67—79.

390. South-Paul J. Current Diagnosis & Treatment in Family Medicine / J. South-Paul, S. Matheny, E. Lewis. — N. Y. : McGraw-Hill, 2008. — 832 p.

391. Starfield B. Primary care. Concept, evaluation and policy / B. Starfield. — N. Y. : Oxford University Press, 1992. — 262 p.

392. Stechak H. Ethical and Pedagogical Aspects of Professional Culture of Future Health Professionals – Family Doctor / Halyna Stechak // *Pedagogika katolicka : czasopismo katedry pedagogiki katolickiej Widziału Zamiejscowego Prawa i Nauk o społeczeństwie KUL w Stalowej Woli.* — 2016. — Nr 18 (1). — S. 128—137.

393. The Bologna Declaration of 19 June 1999. Joint declaration of the European Ministers of Education [Electronic resource] / The European Higher Education Area. — Access Mode : [http://www.ehea.info/Uploads/Declarations/BOLOGNA\\_DECL1.pdf](http://www.ehea.info/Uploads/Declarations/BOLOGNA_DECL1.pdf).

394. Tyler D. O. Family-centered collaborative negotiation: a model for facilitating behavior change in primary care / D. O. Tyler, S. D. Horner // *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* — 2008. — Vol. 20. — No. 4. — P. 194—203.

395. White R. W. Motivation Reconsidered : The Concept of Competence / White, Robert W. // *Psychological Review.* — 1959. — Vol. 66 (5). — P. 297—333.

396. World Organization of Colleges and Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.woncaeurope.org>.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### **Сімейна медицина та її значення в системі медичної допомоги населенню**

Розвиток української медичної освіти, який спрямовано на підготовку висококваліфікованого лікаря, що відповідає сучасному рівню розвитку медичної науки і вимогам суспільства, ґрунтується на застосуванні якісно нової методології організації навчального процесу за європейським зразком: в основу концепції закладено європейські тенденції та національну стратегію. Провідну частку відповідальності за зменшення захворюваності та зміцнення здоров'я населення нині несе первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), побудована на засадах загальної практики-сімейної медицини, тому саме вона є основою перетворень у галузі охорони здоров'я. З метою удосконалення нормативно-правової бази, що регламентує діяльність закладів загальної практики – сімейної медицини розроблено «Тимчасові державні соціальні нормативи за спеціальністю загальна практика – сімейна медицина» і наказ МОЗ України «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації» тощо [294]. Для реорганізації системи охорони здоров'я України на засадах сімейної медицини Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначено, що з 1 січня 2020 р. надання медичної допомоги на первинному рівні буде здійснюватися лише лікарями загальної практики – сімейними лікарями [102].

Організація надання ПМСД на засадах сімейної медицини (загальної практики) передбачена основними напрямками реформування системи охорони здоров'я України в умовах розвитку ринкових відносин. Згідно з розробленою МОЗ Державною програмою «Сімейна медицина» передбачене поетапне реформування ПМСД з випробуванням в окремих регіонах і містах різних моделей та схем її організації. Перший етап, підготовчий, що розпочався у 90-х роках, включає розро-

бку нормативно-правової документації, підготовку та створення матеріально-технічної, організаційної бази, апробацію різних моделей.

На другому етапі проводиться реформа, метою якої є впровадження загально-лікарських практик в амбулаторно-поліклінічну мережу. Спочатку рекомендується об'єднати дільничних терапевтів, педіатрів і акушерів-гінекологів. В сучасних умовах вони, як правило, працюють у різних ЛПЗ, принаймні в містах. Тому основна проблема полягає в забезпеченні узгодженості їх дій. Щодо акушерів-гінекологів, то їх участь у наданні ПМСД на сімейних засадах є дискусійною.

У подальшому дільничні терапевти і педіатри переберуть на себе надання допомоги при захворюваннях нетерапевтичного профілю. Широко будуть використовуватися денні та домашні стаціонари, проводитимуться організаційні об'єднання терапевтичних і педіатричних відділень, в одному закладі будуть створюватись сімейні бригади.

Вивчення світового досвіду надання ПМСД на засадах сімейної медицини та досвіду її розвитку в нашій державі дозволило співробітникам Українського інституту громадського здоров'я запропонувати три організаційні моделі реформування дільнично-територіальної системи:

- групова практика медичної допомоги у вигляді комплексних бригад (терапевти, педіатри, акушери-гінекологи);
- лікар загальної практики, який надає багатопрофільну медичну допомогу закріпленому за ним населенню (дорослому чи дитячому);
- сімейний лікар, який обслуговує всю родину.

Здійснення поступового переходу до практики сімейного лікаря (лікаря загальної практики) потребує значного часу. Передача дітей на обслуговування сімейному лікареві здійснюватиметься в певній послідовності. Спочатку йому передадуть дітей старших 12 років, потім старших 7, 3, 1 року та нарешті всіх. Закінчення цього етапу завершить перехід від дільнично-територіального принципу до сімейного з правом вільного вибору лікаря.

Для України характерна досить своєрідна ситуація щодо становлення системи сімейної медицини. Прийняті нормативно-правові акти створили необхідне

законодавче підґрунтя для розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної (сімейної) практики. Медики констатують, що вже накопичений достатньо великий досвід функціонування системи первинної ланки охорони здоров'я – сімейної медицини, оскільки в багатьох регіонах країни впродовж тривалого часу працюють пункти сімейної медицини. Чинна практика аналізується на сторінках періодичних видань, у матеріалах наукових і науково-практичних конференцій і семінарів, розробляються програми розвитку загальної (сімейної) практики на перспективу.

Реформуючи первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини, Україна враховує світовий досвід і вивчає різні форми її організації. Фактично в наданні ПМСД беруть участь численні лікувально-профілактичні заклади: самостійні поліклініки та амбулаторії (в тому числі амбулаторії сільських дільничних лікарень), поліклінічні відділення міських, центральних районних, районних лікарень, дитячі поліклініки, жіночі консультації, медико-санітарні частини, а також заклади долікарської допомоги (фельдшерські пункти охорони здоров'я, фельдшерсько-акушерські та акушерські пункти). До них долучаються заклади швидкої медичної допомоги.

Первинну медико-санітарну допомогу в сучасних умовах забезпечують дільничні терапевти та педіатри, проте її обсяг далекий від бажаного в зв'язку з залученням лікарів інших спеціальностей. Досить тривалий час пріоритетним вважався розвиток спеціалізованої допомоги. Внаслідок цього питома вага спеціалістів загальнотерапевтичного профілю незначна – серед усіх лікарів, що обслуговують міське та сільське населення, вона становить відповідно майже 12 % і приблизно 20 %.

При нормативному навантаженні на лікаря загальної практики в сільській місцевості – 1200, у місті – 1500 осіб, через недостатню увагу до первинної ланки українські лікарі подекуди ведуть до 5–6 тис. пацієнтів. У процесі реформування до 2020 р. ми маємо наблизитися до міжнародних нормативів (середнє навантаження на лікаря – 2 тис. пацієнтів), тож на той час потребуватимемо приблизно 25–30 тис. сімейних лікарів. Кузня післядипломної підготовки таких кадрів – 18

кафедр сімейної медицини. А додипломна освіта потребує значних змін: майбутні лікарі повинні впродовж трьох років вивчати загальну медицину, потім ще три роки проходити резидентуру з сімейної медицини, як це відбувається в світі [200].

У багатьох країнах частка лікарів загальної практики значна та становить 40-55 % (США, Канада, Франція). Вони забезпечують лікування майже 90 % пацієнтів, близько 10 % звертаються до «вузьких» спеціалістів. В Україні на вузьких спеціалістів припадає до 60 % звертань за медичною допомогою. Забезпечення дільничними терапевтами певної частини ПМСД не є достатнім з огляду на нагальні потреби населення в ній щодо обсягу та якості. До того ж їх рівень підготовки з інших профілів медичної допомоги явно не достатній і усунення цього недоліку потребуватиме певного часу.

Важливе значення має забезпечення взаємодії сімейних лікарів з іншими службами та закладами, включаючи поліклініки, стаціонари, диспансери, консультативно-діагностичні центри тощо. При цьому ставиться завдання щодо переорієнтації роботи поліклінік на надання переважно спеціалізованої допомоги, на виконання оздоровчих програм, проведення відновлювального лікування із необхідним використанням допоміжно-лікувальних підрозділів. З часом можлива інтеграція консультативно-діагностичної та стаціонарної допомоги.

#### Додаток А.1

##### **Зміст і організація роботи сімейного лікаря (загальної практики)**

Сімейний лікар, працюючи тривалий час з постійним контингентом, може враховувати вплив на їх здоров'я різноманітних чинників, зокрема такого важливого як спосіб життя. Він детально вивчає особистість, її сімейне та соціальне оточення, враховуючи медичні, психологічні та соціальні аспекти стану здоров'я. Сімейний лікар, допомагаючи пацієнтам при захворюванні, у вирішенні певних проблем соціального плану, стає авторитетною людиною і до його порад прислухаються, він може впливати на різні сторони життя населення. Так історично склалося, що вітчизняна клінічна школа, на відміну від зарубіжних, завжди від-



значалася вмінням лікувати саме хворого, а не його хворобу. Дільничні лікарі багато в чому виконували роль сімейних.

Як відомо, Міністерство охорони здоров'я України, починаючи з 2005 р., поетапно узгоджує навчальний процес із вимогами ЄС (відповідно до Болонського процесу). Протягом останніх років відбулися зміни в нормативній базі вищої медичної школи (перехід на нові навчальні плани, запроваджено кредитно-модульна система організації навчального процесу, введено державну атестацію згідно з принципами забезпечення якості та ін.), оновлюється матеріально-технічна база навчальних закладів, запроваджується нові технології організації навчального процесу, розроблено проект Концепції реформування післядипломної освіти [306].

Організаційні форми сімейної медицини в країнах світу різні, проте їх принципи суттєво не відрізняються. Принципи сімейної медицини, рекомендовані рішеннями Міжнародного симпозіуму з охорони здоров'я, що проводився в Санкт-Петербурзі (1995 р.), такі:

- спостереження за досить стабільним контингентом населенням з урахуванням медико-соціальних проблем родини;
- забезпечення родині безкоштовної, доступної, безперервної, постійної ПМСД;
- вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря;
- центральна постать ПМСД – сімейний лікар (лікар загальної практики);
- основна форма організації роботи – групова практика лікарів, медичних сестер та інших працівників.

Завдання сімейного лікаря визначені Європейським союзом лікарів у 1984 р. Сімейний лікар – це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання. Він допомагає хворим у своєму кабінеті, за місцем проживання, іноді в лікарнях. Йому належить пріоритет у розв'язанні всіх проблем пацієнтів. Сімейний лікар постійно наглядає за хворими з хронічними, рецидивними та невиліковними хворобами. Тривалий

контакт з ними дозволяє відстежувати ситуацію, налагоджувати добрі стосунки, побудовані на довірі. Відповідальність за все населення базується на співпраці з колегами медичної і немедичної сфер.

Вивчення досвіду різних країн щодо організації ПМСД на засадах сімейної медицини вказує на різноманітність її організаційних форм. В окремих країнах може переважати та чи інша модель. Індивідуальна практика частіше зустрічається в Австрії, Бельгії, Данії. Групова практика переважає у Великій Британії, США. Центри здоров'я розповсюджені в Скандинавських країнах. Ці моделі можуть співіснувати. Надання медичної допомоги сімейними лікарями на базі діючих поліклінік найбільш прийнятне для деяких країн Східної Європи та держав, що утворилися на теренах колишнього СРСР. Це доцільно з огляду на вже існуючу широку мережу поліклінік, яка дозволить заощадити кошти на будівництво нових закладів. Впровадження сімейної медицини в таких умовах потребує лише суттєвої зміни організаційних форм їх діяльності.

На різних етапах становлення ПМСД, а також у різних країнах надавати ПМСД можуть різні спеціалісти: сімейні лікарі, лікарі-терапевти, педіатри, акушери-гінекологи. До неї залучають також практикуючих медичних сестер і помічників лікаря після відповідної підготовки, соціальних працівників. При цьому головною особою в забезпеченні ПМСД є сімейний лікар (лікар загальної практики).

У Чехії в наданні ПМСД, крім лікарів загальної практики, беруть участь також педіатри. Лікарі загальної практики мають встановлені години роботи, при потребі пацієнти звертаються до центрів швидкої допомоги первинної ланки охорони здоров'я. В Данії сімейні лікарі також надають медичну допомогу протягом визначеного денного часу, а після завершення прийому сімейного лікаря при потребі населення звертається до швидкої допомоги.

Одна з моделей Ізраїльської охорони здоров'я (на прикладі Єрусалиму) передбачає діяльність центрів здоров'я. Участь у наданні ПМСД беруть лікарі загальної практики, педіатри, психологи, соціальні працівники, дієтологи, фахівці з

санітарної просвіти та епідеміологи. Значна роль належить медичним сестрам, які причетні до планування роботи, впровадження нових програм і методик.

Надання ПМСД у центрах здоров'я характерне для Скандинавських країн. У Фінляндії нараховується більше 200 центрів здоров'я, кожен з яких приблизно обслуговує близько 10 тисяч населення (в районах з малою щільністю проживання населення це число може бути меншим). До складу центру здоров'я, крім лікарських амбулаторій, входять: відділ охорони здоров'я матері та дитини, стаціонар загального профілю, клінічна лабораторія тощо. Для більшої доступності медичної допомоги передбачено забезпечення центрів автотранспортом.

З огляду на досвід США, сімейний лікар – це добре підготовлений фахівець загальної практики, що працює у відповідно оснащеному медичному закладі, а не ходить від одного будинку до іншого, займаючись тільки хворими. Вважається, що він повинен не тільки надавати медичну допомогу, а й бути радником, захисником пацієнта. Лікар має консультувати їх з приводу захворювань і методів лікування, направляти до спеціалістів, забезпечувати безперервну допомогу при хронічних станах. Це дуже важливо особливо в плані контролю за вартістю лікування, за використанням та раціональним розміщенням ресурсів.

Питома вага відвідувань із приводу загального огляду, антенатального спостереження за дитиною становить 3-5 %, спостереження після операції – до 5 %, на відвідування з приводу хірургічних втручань і консультацій щодо харчування припадає по 6-7 %, 4,2 % пов'язані з отриманням фізіотерапевтичних процедур. Серед діагнозів значне місце посідають артеріальні гіпертензії, гострі респіраторні інфекції, отити.

Цікавим є досвід системи сімейної практики у Великій Британії, описаний у довіднику сімейного лікаря (автор Орест Мулька, 1997 р.). Населення країни має право на вільний вибір лікаря та в переважній більшості задоволена ним (85 %). Сімейні лікарі забезпечують лікуванням майже 90 % хворих і тільки 10 % направляють до спеціалістів. Вони цілодобово спостерігають за станом здоров'я в середньому 1800 пацієнтів протягом усього їх життя. У розпорядження сімейних лікарів надходять кошти з розрахунку на одного пацієнта. Кожний лікар у підпоряд-

куванні має кількох працівників: медичні сестри; секретарка; оператор ПЕОМ; адміністратор; бухгалтер. Їх наймають до бригади ПМСД з огляду на доцільність і в межах фінансових можливостей.

На сучасний період більшість лікарів загальної практики (сімейних) працюють у державних медичних закладах, незначна їх частина займається приватною практикою чи працює в недержавних закладах. Має місце як індивідуальна, так і групова практика. В груповій практиці задіяні, крім сімейних лікарів, стоматолог, педіатр, акушер-гінеколог, а також середній медперсонал – медичні сестри процедурного та перев'язувального кабінетів, молодша медична сестра.

Сімейні лікарі ведуть прийом терапевтичних, неврологічних, офтальмологічних хворих тощо. За експертною оцінкою, в перехідний період сімейні лікарі можуть забезпечити від 36 % до 46 % відвідувань офтальмолога, отоларинголога, невропатолога та близько 23 % хірурга. Працюючи в поліклініці, вони використовують її лікувально-діагностичну базу. В самостійних лікарських амбулаторіях, віддалених від поліклініки, обсяг досліджень зменшується. Чисельність населення на одного лікаря коливається в межах 1600-2500 чоловік. Протягом року на консультацію до інших спеціалістів скеровують до 20 % пацієнтів, на обстеження в інші заклади — 14 %. Пропонується планувати не менше 4-х відвідувань за рік на 1 жителя, можливий рівень госпіталізації дорівнює 15 %.

В Україні сімейним лікарем може бути спеціаліст із вищою медичною освітою, підготовка якого регламентована відповідною освітньо-кваліфікаційною характеристикою та засвідчена сертифікатом за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина». Він може працювати індивідуально чи з іншими лікарями (групова практика) в:

- державному закладі (поліклініці, міській або сільській лікарській амбулаторії, медико-санітарній частині),
- недержавному медичному закладі (малому, акціонерному, колективному підприємстві, кооперативі),
- приватній лікарській амбулаторії.

Контингент населення, який прикріплюється до сімейного лікаря для отримання первинної медико-санітарної допомоги, формується на основі права вільного вибору лікаря в межах затверджених нормативів навантаження спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Порядок діяльності сімейного лікаря і його визначення встановлюється спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [343]. З огляду на економічну рентабельність індивідуальна практика доцільна в населених пунктах із малою чисельністю населення, в нових районах міст без розвиненої інфраструктури, при розкиданості територіальних ділянок, зумовленій відповідною системою забудови тощо. Групова практика, як добровільне об'єднання лікарів, може здійснюватися на різних засадах:

- об'єднання кількох сімейних лікарів;
- об'єднання сімейних лікарів з іншими спеціалістами (акушерами-гінекологами, педіатрами, стоматологами).

Її переваги полягають у забезпеченні кращих для діагностики та лікування можливостей, у взаємозаміні лікарів (при виникненні такої потреби) та проведенні консультацій, повноцінному використанні матеріально-технічної бази (для придбання чи оренди приміщення, медичного та іншого обладнання), в можливості залучення для її забезпечення не тільки середнього медичного персоналу, а й соціальних працівників, юриста, економіста. Осередки групової практики можуть розміщуватись на базі діючих лікувально-профілактичних закладів і в окремих приміщеннях. Для цього використовуються невеликі поліклініки, лікарські амбулаторії. Існуючі великі поліклініки перетворюються на консультативно-діагностичні та реабілітаційні центри, з якими співпрацюють лікарі групової практики чи окремі лікарі.

Використання бази лікувально-профілактичних закладів сімейними лікарями здійснюється на основі контракту, в якому вказані обсяг діагностичних досліджень і види допоміжних методів лікування, що надаються пацієнтам у конкретному ЛПЗ. Самостійно працюючі сімейні лікарі можуть направляти хворих у діа-

гностичні та допоміжно-лікувальні підрозділи ЛПЗ на зазначених в контракті умовах.

Чисельність пацієнтів у сімейного лікаря суттєво відрізняється в різних країнах – від 1000 (Австрія, Бельгія) до 2000 (Німеччина) і більше. На думку російських вчених, чисельність пацієнтів не повинна перевищувати 1300-1500, проте деякі науковці вважають, що вона може бути більшою. Чисельність визначається умовами забезпечення медичної доцільності й економічної рентабельності та тому не повинна бути меншою ніж 1500 чоловік. Якщо чисельність перевищуватиме 3000 чол., лікар не зможе надавати потрібні медико-соціальні послуги в належному обсязі та відповідної якості.

Радіус обслуговування населення визначається конкретними умовами розселення пацієнтів, щільністю проживання, типом забудови, станом шляхів тощо. Тривалість роботи протягом дня та тижня, відпустки, участь в наданні невідкладної допомоги вночі оговорені у відповідному контракті з урахуванням діючих нормативних документів.

Становлення сімейної медицини потребує вирішення комплексу юридичних, економічних, організаційних питань з врахуванням психологічного фактора – готовності до сприйняття такої системи лікувально-профілактичної допомоги медичними працівниками і пацієнтами.

Вільний вибір лікаря може бути реалізований на таких умовах:

- можливості того чи іншого лікаря забезпечити медичну допомогу оптимальній кількості пацієнтів;
- відстань від місця проживання до місця роботи сімейного лікаря;
- можливість або зручність одержання медичної допомоги лікарів окремих спеціальностей.

Розв'язання цього питання, як і інших проблем у стосунках «лікар – пацієнт – ЛПЗ – місцева адміністрація» потребує насамперед визначення адміністративно-правових засад діяльності сімейної медицини в цілому, її місця та взаємовідносин у системі лікувально-профілактичної допомоги тощо. Завдання сімейного лікаря певною мірою тотожні з завданнями дільничного терапевта, оскільки в обох ви-

падках мова йде про обслуговування конкретного контингенту та виконання не тільки суто лікувальних заходів. Проте є й відмінності, пов'язані насамперед з тим, що сімейний лікар надає допомогу не тільки з приводу хвороб терапевтичного профілю.

Лікар загальної практики (сімейний) самостійно починає та закінчує лікування основної маси пацієнтів, при потребі звертається до консультантів або направляє хворого на стаціонарне лікування в плановому чи екстреному порядку. Практичні дії лікаря стосуються: діагностики; невідкладної допомоги;

- термінової госпіталізації;
- консультацій з іншими лікарями;
- самостійного лікування та лікування за порадами консультантів;
- планової госпіталізації.

Обов'язки, права, відповідальність сімейного лікаря, стосунки визначені відповідним положенням. Сімейний лікар забезпечує:

- здійснення амбулаторного прийому та домашніх відвідувань;
- проведення профілактичних, лікувальних, діагностичних і реабілітаційних заходів у випадках, передбачених кваліфікаційними характеристиками;
- надання при потребі екстреної та невідкладної медичної допомоги;
- організацію денних і домашніх стаціонарів;
- допомогу у вирішенні медико-соціальних проблем родини;
- проведення протиепідемічних заходів в осередку інфекційного захворювання;
- інформування про випадки інфекційних захворювань лікаря кабінету інфекційних захворювань і санітарно-епідеміологічної станції.

Сімейний лікар гарантує населенню:

- ранню діагностику;
- своєчасне амбулаторне та домашнє лікування в повному обсязі;
- своєчасне направлення до фахівця;
- організацію госпіталізації планових і ургентних хворих.

Сімейному лікареві за угодою можуть бути виділені ліжка в стаціонарі для лікування підопічних хворих.

Вміння та практичні навички, якими повинен володіти лікар:

- володіння методикою постановки попереднього діагнозу;
- визначення необхідності та послідовності застосування параклінічних методів діагностики, вміння правильно оцінювати їх;
- обґрунтування та визначення клінічного діагнозу;
- визначення тактики ведення хворого (екстрена допомога, термінова госпіталізація, планова госпіталізація, необхідність консультацій інших спеціалістів, амбулаторне лікування);
- надання невідкладної допомоги при екстремальних станах (усі види шоку, гостра серцева та судинна недостатність тощо);
- виконання найбільш поширених маніпуляцій;
- складання планів диспансеризації та реабілітації хворих і участь у їх здійсненні;
- вирішення питань експертизи непрацездатності
- проведення профілактичної роботи з населенням.

Взаємостосунки лікарів сімейної практики і спеціалістів, в тому числі стаціонарних закладів, визначаються відповідними контрактами. Залежно від форм організації сімейної медицини з сімейними лікарями в деяких країнах можуть співпрацювати не тільки сімейні медичні сестри, а й помічники лікаря. Рівень їхньої підготовки дозволяє виконувати більш складні функції порівняно з медсестрами.

Обов'язки сімейної медичної сестри досить різноманітні. Вона бере активну участь у проведенні профілактичної, протиепідемічної та санітарно-просвітньої роботи, проводить допологовий та післяпологовий патронаж вагітних жінок і породіль, забезпечує взяття матеріалу для лабораторних досліджень, надає при потребі екстрену медичну допомогу, допомагає лікареві при оперативних втручаннях, здійснює контроль за виконанням хворими лікувальних і оздоровчих рекомендацій.



Медичні працівники системи сімейної медицини активно співпрацюють зі службами соціального захисту. Сімейному лікареві може бути підпорядкований соціальний робітник за угодою з органами соціального захисту. Сімейний лікар має право доручати середньому медичному персоналові та соціальним працівникам види діяльності, які не потребують його компетенції.

З метою забезпечення населення ПМСД на засадах сімейної медицини організовують, відповідно до потреби та доцільності, спеціальні амбулаторії. Амбулаторія сімейної медицини може бути організована як:

- самостійний амбулаторно-поліклінічний заклад, підпорядкований відповідному органу охорони здоров'я;
- підрозділ комунального поліклінічного закладу;
- підрозділ недержавного медичного закладу;
- приватний медичний заклад (у ньому можуть працювати кілька лікарів).

Сімейну медицину, як спеціальність відрізняє ряд надзвичайно важливих принципів. Головні із них:

- довготривалість і безперервність спостереження;
- багатопрофільність первинно-медичної допомоги;
- відношення до сім'ї, як до одиниці медичного обслуговування;
- превентивність, як основа діяльності сімейного лікаря;
- економічна ефективність і доцільність допомоги;
- координація медичної допомоги;
- відповідальність пацієнта, членів його сім'ї і суспільства за збереження і покращення його здоров'я.

Довготривалість допомоги – це набагато більше, ніж медичне обслуговування одного і того ж пацієнта протягом тривалого часу. Поняття довготривалості включає, з одного боку, взаємовідносини між системою сім'я – лікар – медсестра і, з іншого боку, взаємовідносини з іншими спеціалістами, працюючими у сфері охорони здоров'я, до яких приходиться звертатися сімейному лікарю за допомогою і порадою. Спеціаліст із сімейної медицини проводить пацієнта через всі складності медичного «сервісу». Сімейний лікар і сімейна медсестра відіграють

роль захисників інтересів пацієнта, інтеграторів медичного «сервісу» незалежно від місця, де здійснюється цей процес – в медичному закладі, дома, чи на роботі. Довготривалість обслуговування забезпечується як самим лікарем, так і його колегами – вузькими спеціалістами. В оптимальному варіанті взаємовідносини між сімейним лікарем і пацієнтом можуть бути завершеними у тому випадку, коли учасники цього процесу побажають їх перервати.

Профілактична спрямованість – важливий принцип сімейної медицини. Прогнозування ризику розвитку окремих захворювань, доклінічна їх діагностика, своєчасність інформування пацієнта, а також прийняття профілактичних заходів – найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря і медичної сестри. Тільки у сімейного лікаря є умотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою в процесі повсякденної роботи із своїми пацієнтами і членами їх сімей. Пояснюється це не тільки тим, що сімейний лікар краще за інших вузькоспеціалізованих колег знає своїх пацієнтів і шкідливі для здоров'я обставини їх життя, а й тим, що тільки сімейний лікар безпосередньо зацікавлений у зниженні захворюваності прикріпленого населення.

Сімейний лікар частіше за інших спеціалістів має використовувати раціональну як з медичної, так і з економічної точки зору обґрунтовану тактику, стосовно необхідних лабораторних та інструментальних методів дослідження та рекомендувати необхідність застосування спеціалізованих технологій лікування. Інтеграція нових знань і вмінь у постійний процес надання медичної допомоги людині від народження до завершення її життєвого шляху підвищує якість сімейної загальної практики. При цьому пацієнти виграють від більш цілісного підходу до їх здоров'я і ширших можливостей щодо отримання своєчасної адекватної допомоги на місцевому рівні.

При належному усвідомленні сімейним лікарем своєї вагової ролі у заходах по сучасному реформуванню системи охорони здоров'я, спрямованих на задоволення потреб конкретного пацієнта та членів його сім'ї, підтриманих заходами щодо економічного стимулювання інституції сімейної медицини в державі, перебудова системи ПМСД на нових, визнаних у всьому світі засадах, дасть очікувані

позитивні результати. Система охорони здоров'я виграє від перетворення медичного обслуговування в економічно більш раціональне, а держава виграє від зміцнення і підвищення потенціалу суспільного здоров'я.

Сімейна медицина, безперечно, не просто має право на існування, а є єдиною запорукою підвищення не лише якості надання медичної допомоги населенню, але і підвищення авторитету і соціального статусу лікаря, який прийме рішення присвятити свою професійну діяльність саме цьому розділу охорони здоров'я. Сімейна медицина – це майбутнє вітчизняної охорони здоров'я.

## Додаток А.2

### **Стан і перспективи підготовки майбутніх сімейних лікарів до виконання соціально-професійних функцій**

В Україні проведено низку науково-практичних конференцій, присвячених моделям впровадження сімейної медицини та проблемам підготовки сімейних лікарів, з'явилось багато ґрунтовних публікації, у яких розглядаються ці питання [179; 234], розширюється база підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини у системі до- та післядипломної освіти, публікуються методичні рекомендації тощо. Аналіз опублікованих матеріалів дозволяє визначити деякі актуальні проблеми підготовки та діяльності сімейних лікарів, що певним чином пов'язані з проблемою педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичних ВНЗ. У підготовці сімейних лікарів найістотнішою проблемою, на нашу думку, є відсутність єдиної більш-менш визначеної та науково обґрунтованої моделі підготовки таких фахівців у вищих медичних навчальних закладах [177; 179; 200; 343]. Дискусії ведуться довкола питань про початок підготовки лікаря загальної (сімейної) практики, про зміст і технологію його підготовки, основні функціональні обов'язки, про необхідне організаційне та технічне забезпечення діяльності тощо.

Слід зазначити, що здебільшого проблеми підготовки і професійної діяльності сімейних лікарів аналізуються в традиційно-медичному аспекті. Фахівці різних галузей медицини намагаються наповнити змістом поняття «сімейний лікар» і

на цій основі визначити його головні функції. Проте на сьогодні єдиного підходу у визначенні саме фахового медичного змісту спеціальності сімейного лікаря немає, а є різні, часто прямо протилежні, точки зору. М. Тимофієва на основі огляду літератури визначає типову позицію лікаря будь-якої спеціальності як професіоцентристську, що базується на природничо-науковому підході до людини, сім'ї та навколишнього середовища. Перебуваючи у цій позиції, лікар (у тому числі сімейний) будує свої взаємини з пацієнтами як «суб'єкт-об'єктні». Це робить пацієнта об'єктом впливу, а не суб'єктом активності у збереженні власного здоров'я [316]. Можна припустити, що подібна професійна позиція медпрацівника формується під дією двох основних чинників: традиційної системи підготовки лікарів у системі до- та післядипломної медичної освіти, а також особистісної позиції, установок щодо міжособистісної взаємодії самої людини.

Підготовка кадрів для системи охорони здоров'я у світі визнана найбільш складною та затратною. Медична освіта в Європі здобувається у три етапи, що поєднують теоретичні курси і практики:

- 1) додипломна медична освіта – мінімум 6 р., 5500 год. Вимоги: Національні стандарти освіти, стандарти ВМФО;
- 2) післядипломна медична освіта – від 2 до 10 р. Вимоги: стандарти освіти, стандарти ВМФО, стандарти меддопомоги;
- 3) безперервний професійний розвиток – 30-40 р. Вимоги: стандарти ВМФО, стандарти меддопомоги, новітні наукові досягнення.

Підготовка сімейних лікарів в Україні здійснюється двома шляхами. По-перше – це навчання сімейного лікаря у дворічній інтернатурі за типовою навчальною програмою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) України у 2011 р. (МОЗ України, 2011), що передбачає 1 рік очного навчання (50% навчальних годин) на кафедрах і клініках вищих медичних навчальних закладів і 1 рік заочного навчання (50% навчальних годин) — на базах стажування (попередні навчальні програми інтернатури у 1996, 2002, 2006 р. були також розраховані на 2 роки, хоча перша програма інтернатури з сімейної медицини в 1995 р. була 3-річною). По-друге — це підготовка сімейних лікарів шляхом перепрофілювання

та респеціалізації лікарів інших спеціальностей на 6-місячних циклах спеціалізації (Типові навчальні плани і програми, затверджені МОЗ України, 1995–2012 рр.) [53].

Посаду сімейного лікаря може займати лікар, який пройшов підготовку в інтернатурі за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина», або лікарі за спеціальностями «Лікувальна справа» і «Педіатрія», що пройшли підготовку у вищих медичних закладах післядипломної освіти за спеціалізацією із сімейної медицини й отримали сертифікат за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина».

З метою забезпечення виконання закону Національна академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (НМАПО) розробила програму циклів спеціалізації з фаху «Загальна практика – сімейна медицина» для дільничних педіатрів і терапевтів зі скороченим терміном навчання – до 4 міс. очного навчання. Це забезпечить підготовку у ВМНЗ необхідної кількості сімейних лікарів за короткі терміни до 2020 р. (≈17 тис. фахівців у 2012–2020 рр., в той час як у 1987–2012 рр. підготовлено ≈14 тис. фахівців). Навчальний план та уніфікована програма циклу спеціалізації за фахом «Загальна практика – сімейна медицина» затверджені МОЗ України 17 січня 2012 р. та почали впроваджуватися в усіх ВМНЗ України. Програма розроблена у вигляді очно-заочної форми навчання (4 міс. очного і 2 міс. – заочного навчання) із застосуванням елементів дистанційного навчання і містить два варіанти навчальних планів – для дільничних терапевтів і педіатрів (МОЗ України, 2012).

Аналізуючи функціональні обов'язки сімейних лікарів, слід відзначити їхній особливий статус і роль, передусім, в соціально-психологічному аспекті, оскільки більшість хворих людей стали ними через психологічні чинники, тобто мають психосоматичну природу. Поділ захворювань на психічні та соматопсихічні є умовним, адже при будь-якому з цих варіантів хворобливих станів страждає весь організм людини та її оточення. Відповідно до досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічні порушення призводять до 4 із 10 випадків інвалідності у країнах ринкової економіки. В Україні в сумарній втраті працездат-

ності при всіх захворюваннях доля психоневрологічних захворювань складає 10,5%. Пацієнти з психічним розладом часто (до 75% випадків) звертаються за допомогою до лікарів первинної ланки. Однак, згідно з міжнародними даними, ці лікарі лише в 10–30% випадків встановлюють діагноз депресії, яка є найпоширенішим психічним порушенням.

Доречно звернути увагу на аспект, який, на нашу думку, недостатньо висвітлений у вітчизняній літературі, як взаємодія в системах «хворий – лікар», «хворий – його сім'я», «лікар – сім'я хворого». Очевидними є очікування будь-якого пацієнта щодо функцій сімейного лікаря: отримати духовну рівновагу (психологічний комфорт щодо перспективи одужання); отримати належне лікування (фізичний комфорт); отримати моральну підтримку (соціальний комфорт). Стосунки пацієнта можуть змінюватися через хворобливий стан, що часто виражається мовою тіла. Тому актуальним є вміння сімейного лікаря зауважити та вирізнити наявні симптоми, що є результатом взаємодії в названих вище системах. Такі взаємини формуються у процесі планомірного, тривалого спілкування.

Таким чином, сімейний лікар оцінює скарги пацієнта як медичне буття, психічну та соціальну причини хвороби. Як наслідок, при обстеженні хворого сімейний лікар повинен вибрати оптимальне співвідношення між фармакотерапевтичним і психотерапевтичним методом лікування.

Не менш важливою є функція сімейного лікаря щодо профілактичної роботи. У цьому контексті лікар повинен уміти:

- аналізувати соціальні ситуації, прогнозувати їх розвиток і можливі наслідки;
- будувати взаємини з різними категоріями пацієнтів;
- володіти різними стилями спілкування;
- вміти швидко орієнтуватись у ситуаціях і обирати оптимальні прийоми впливу на пацієнтів з урахуванням їхніх психологічних особливостей тощо.

Отже, здійснення профілактичної роботи сімейним лікарем може бути успішним за умови, що він має достатньо високий рівень соціально-психологічної

компетентності та фахового рівня, який потребує неперервного вдосконалення з урахуванням новітніх напрацювань і технологій.

Узагальнюючи вищесказане, можна стверджувати, що виконання лікарських функцій неможливе поза спілкуванням із пацієнтами, а в більшості випадків – поза спілкуванням із їхнім найближчим оточенням (сім'єю). Тому сімейний лікар має володіти належною психолого-педагогічною підготовкою, головне завдання якої полягає у здатності бачити і вирішувати проблеми, пов'язані зі здоров'ям людей, у контексті конкретних ситуацій їхнього життя з урахуванням особливостей міжособистісних стосунків, на основі розуміння всієї складності цих ситуацій і стосунків; розуміти індивідуальні особливості пацієнтів і членів сімей; визначати смисл тих чи інших подій і ситуацій та відповідним чином впливати на їх перебіг.

У літературі, присвяченій впровадженню програми розвитку сімейної медицини в Україні, обговорюються переважно питання медичної підготовки сімейних лікарів. Особливості педагогічної компетенції практично не розглядаються або ж розглядаються дуже вузько та фрагментарно. Водночас, аналізуючи функціональні обов'язки сімейного лікаря, очевидним є факт актуальності розгляду деяких аспектів педагогічної підготовки спеціалістів даного фаху. Таким чином, модель підготовки сімейного лікаря повинна ґрунтуватись з урахуванням особливостей педагогічних засад, що передбачають інші позиції у взаємодії лікаря з пацієнтами. Спілкування у цій парадигмі базується на визнанні паритетності всіх партнерів і будується як суб'єкт-суб'єктне [316].

Із вищевказаного випливає, що ефективність виконання завдань сімейного лікаря послаблюється через значний обсяг функціональних обов'язків, а також широкий діапазон вікових категорій пацієнтів, що супроводжується великою кількістю захворювань. Неоднозначним є морально-етичний аспект відповідальності перед пацієнтом і соціумом у цілому, а також аспект професійних амбіцій, які, з одного боку, сприяють самостійному аналізу симптомів, ситуацій, а з іншого – провокують опущення певних нюансів і можливість допущення лікарської помилки. Отже, суб'єктивний підхід при розгляді конкретних ситуацій неминучий.

Об'єктивною, а відтак більш реалістичною може бути оцінка внаслідок використання конкретних протоколів диференційованої діагностики та протоколів лікування тих чи інших захворювань. На сьогодні чинними є 50 протоколів МОЗ із діагностики та лікування захворювань у дітей. На підставі перегляду програм навчання у медичних закладах, зокрема переддипломних курсів і практик, можна зробити висновок щодо недостатності введення таких протоколів у процес навчання. Тому доречно зацентувати увагу на визначенні оптимальної кількості типових протоколів щодо диференціальної діагностики та протоколів лікування захворювань, які можуть бути в компетенції сімейного лікаря та не потребують втручання вузьких спеціалістів. Отже, доречно розробити методіку введення цих матеріалів у процес навчання та проходження переддипломної практики. Доречно також опрацювати методи їх неперервного доповнення, оновлення та корекції. Застосування такої практики (протоколів) у процесі діагностики та лікування повинно дати позитивний ефект, а саме:

- сприяти зменшенню термінів діагностики та збільшенню надійності методів лікування;
- мінімізувати можливість допущення лікарської помилки.

Таким чином, перелічені аспекти – запорука ефективної професійної діяльності лікаря, який, зазвичай, знаходиться у постійній стресовій ситуації, відповідаючи за стан пацієнтів та за власні рішення щодо діагностики та лікування. Тому педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у вищих медичних навчальних закладах є надзвичайно важливою.



## Додаток Б

### Зарубіжний досвід професійної підготовки сімейних лікарів\*

Здоров'я, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, «є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не лише відсутністю хвороб і фізичних дефектів». Це спонукає вважати завданням медичної справи всебічну турботу про людей та їхнє соціальне середовище. Сімейна медицина, на яку головним чином покладено ці обов'язки, нині активно розвивається у країнах Європи, США та Канади, де також накопичено значний досвід підготовки майбутніх сімейних лікарів. У сучасній українській педагогіці предметом дослідження були професійна підготовка медичних сестер у Канаді (Ю. Лавриш), медична освіта у Великій Британії (М. Арапова, Ф. Варганяна, Т. Гіббса, М. Пальцева, І. Пантюка, Г. Росс, М. Сакса, Т. Сорокіної, А. Сохіна).

З часу закінчення Другої світової війни і до 1960-х рр. у Європі та Північній Америці тривали дискусії про те, якою має стати сучасна сімейна медицина, чим вона відрізнятиметься від інших лікарських спеціальностей і від старої школи сімейної медицини. Американські лікарі Л. Кармайкл і Г. Стівенс, а також представник європейської традиції А. Мак-Вінні розробили концепцію лікарської спеціальності, яка передбачає індивідуальний підхід у діагностиці та лікуванні. Згідно з цією концепцією, сімейний лікар повинен не лише надавати медичну допомогу незалежно від віку, статі хворого або характеру патології, а й залучати за необхідності лікарів-фахівців.

У 1947 р. була створена Американська академія загальної практики з метою представлення лікарів цієї спеціальності в офіційних медичних колах. На початку 60-х років минулого століття почався процес формування Американського комітету загальної практики, який був завершений у 1969 р. Таким чином, ця медична спеціальність у США остаточно отримала формальне визнання. Сімейна медицина у США розвивалася за такими основними напрямками: участь лікарів загальної практики в медичних організаціях Америки, що дозволило зберегти дану спеціа-

---

\* [295].

льність і сформовані традиції; прагнення суспільства не лише зберегти випробувані часом цінності та принципи роботи сімейного лікаря, а й культивувати новий, відповідальний підхід до лікування людей; науковий розвиток філософії сімейної медицини; підвищення ролі лікаря в житті хворого, родини і суспільства; забезпечення доступності всіх видів медичної допомоги більшості людей з урахуванням того, що хворий і члени його сім'ї – це єдине ціле, і сам він аж ніяк не набір окремих органів.

До початку 1970-их рр. перелічені напрями були об'єднані в єдину концепцію, що зумовило офіційне визнання спеціальності «сімейна практика» з наступною розробкою програми навчання молодих лікарів, яке передбачає видачу відповідного сертифіката. Більшість медичних ВНЗ відкрили курси або факультети сімейної медицини, де почалося вивчення нової дисципліни та формування відповідних наукових шкіл. У ряді клінічних лікарень були апробовані офіційно визнані програми ординатури для підготовки нового покоління американських сімейних лікарів.

Діяльність сімейної медицини у США забезпечують та контролюють такі організації: Американська академія сімейних лікарів, Американська рада з сімейної практики, Товариство викладачів із сімейної медицини, Комітет спостереження за стажуванням, Фонд сімейної охорони здоров'я США.

У багатьох країнах сімейна медицина має досить тривалу історію. З 1964 р. існує всесвітня Міжнародна організація національних колегій, академій і академічних асоціацій лікарів загальної практики (сімейних лікарів) (World Organization of Colleges and Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – WONCA [396]), яка об'єднує 41 національну асоціацію, де працюють 150 тис. лікарів із 38 країн світу.

На Кубі програма сімейної медицини охоплює 57% населення. В Ірландії третина випускників медичних шкіл приходить до сімейної практики. У Великій Британії майже у всіх медичних школах є кафедри сімейної медицини і більше ніж половина випускників медичних шкіл стають сімейними лікарями; в Ісландії четверта частина всіх лікарів – сімейні лікарі, у Норвегії – половина, у Швеції –

третина. Добре розвинута сімейна медицина і в Австралії, де сімейні лікарі складають 43% всіх лікарів.

Сімейні лікарі Канади об'єднуються для вирішення проблем своєї діяльності в організації типу Коледжу сімейних лікарів Канади (КСЛК). Усі канадські медичні школи (бездипломне навчання – 4 роки) мають відділення сімейної медицини і програми стажування. Програма стажування під керівництвом навчального відділення з сімейної медицини КСЛК (2 роки) складається з 8-місячного курсу з сімейної медицини, 12-місячних стаціонарних циклів за різноманітними спеціальностями і 4-місячних факультативів.

На сьогодні експертами Всесвітньої організації сімейних лікарів та Європейської академії викладачів загальної практики (European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine – EURACT) розроблено уніфіковану програму підготовки сімейних лікарів та WONCA-стандарт післядипломної освіти сімейних лікарів (2013 р.) [53].

Основним чинником визначення принципів, змісту, оптимальних термінів, методик, організації системи навчання сімейних лікарів є аналіз досвіду сімейної медицини в різних країнах Європи. Необхідна інформація отримана завдяки тісній співпраці з експертами WONCA, EURACT і Міжнародним молодіжним рухом сімейних лікарів Васко да Гама (Vasco da Gama Movement) та участі в міжнародних програмах обміну досвідом.

Освіта для лікарів загальної практики, за Європейською директивою 93/16/ЕЕС від 5 квітня 1993 р., має включати 2 роки практичної підготовки в університетській клініці (лікарні) та щонайменше 1 рік – у закладах загальної практики – сімейної медицини (практики сімейного лікаря), окрім того теоретичний курс має тривати “відповідну кількість годин”.

На сьогодні розроблені спеціальні європейські та американські настанови, що визначають рекомендовані для сімейного лікаря дисципліни, їх тривалість, навчальну стратегію для інтернів (резидентів) сімейної медицини, розклад (ротацію) для кожного лікаря-інтерна.

Загальний аналіз процесу навчання в інтернатурі (резидентурі) за фахом загальна практика – сімейна медицина у 32 країнах Європи станом на 2013 р. шляхом опитування представників країн експертами EURACT та Міжнародного молодіжного руху сімейних лікарів Васко да Гама показує, що: у середньому тривалість додипломного навчання становить 6 років і обов'язково включає практику в закладах сімейної медицини тривалістю 0,5–6 міс., в середньому – 2,2 міс.); середня тривалість інтернатури у більшості країн Європи становить  $\geq 3$  років (найбільше – 5 років); відсутній такий вид навчання, як спеціалізація, тобто переспеціалізація лікаря-спеціаліста на сімейного лікаря; навчальна програма професійної підготовки сімейного лікаря (інтернатури) існує в усіх країнах світу й обов'язково складається з теоретичного і практичного курсу, зазвичай, до неї включено обов'язкові й альтернативні (на вибір) дисципліни, причому зміст програми професійної підготовки сімейного лікаря відрізняється в країнах відповідно до національних особливостей і компетенцій сімейного лікаря; фіксована схема ротації існує у 26 країнах і відсутня лише у Бельгії, Хорватії, Норвегії, Швеції, Швейцарії, Великій Британії (ротація елективна); при підготовці сімейного лікаря у більшості країн переважає навчання не в умовах загальної практики, а в умовах університетських клінік, що не повною мірою відповідає затвердженим Європейським рекомендаціям.

Під час навчання сімейних лікарів застосовують різні методики: розгляд клінічних випадків (88%); структурований клінічний огляд пацієнта (45%); навчання у групі (52%); рольові ігри (стандартизований пацієнт) (48%); методику Балінта (30%); застосування e-Portfolio (щоденника) (60%); метод проблемно орієнтованого навчання (67%); безпосереднє спостереження викладача (85%); відеоспостереження за роботою інтерна (55%); непряме спостереження (60%).

Після завершення навчального курсу у 27 із 32 країн проводять іспити з подальшим наданням відповідного сертифіката лікаря загальної практики – сімейного лікаря. У деяких країнах (15 країн) наявність сертифіката не є обов'язковою для здійснення лікарем загальної практики, але лікарі із сертифікатом мають вищий статус і, відповідно, вищу заробітну плату.

Відповідальність за підготовку сімейного лікаря в 9 країнах покладена на університетські заклади, у 12 країнах – на державу, в 6 – на університетські заклади і державу й лише у 2 країнах – на професійні асоціації.

Найбільш рекомендованими підручниками у країнах Європи та світу є: «Підручник сімейної медицини» (R. Rakel, D. Rakel, 2011), «Основи сімейної медицини» (P. Sloane, L. Slatt, M. Ebell та ін., 2011); «Підручник загальної практики» (A. Stephenson (ред.), 2004); «Підручник сімейної медицини» (I. McWhinney, T. Freeman, 2009); «Оксфордський довідник загальної практики» (C. Simon, H. Everitt, F. van Dorp, M. Burkes, 2011); «Лікар, його пацієнт і хвороба» (J. Balint, 2000) та ін., а також національні настанови для загальної практики.

Таким чином, розглянувши історичні аспекти формування сімейної медицини у світовій практиці, а також професійної підготовки сімейного лікаря, слід відзначити, що на сьогодні накопичений значний досвід професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів і розвитку сімейної медицини у багатьох країнах світу, однак водночас існують такі проблеми: відсутність єдиної визначеної та науково обґрунтованої моделі підготовки таких фахівців у вищих медичних навчальних закладах; відмінності у підготовці лікаря загальної (сімейної) практики, її змісті та використанні технологій у різних країнах; відсутність чіткості у формулюванні основних функціональних обов'язків, необхідного організаційного і технічного забезпечення діяльності сімейного лікаря. Зазначені проблеми організації системи навчання сімейних лікарів в Україні варто розв'язувати, враховуючи вимоги WONCA, EURACT, а також міжнародні стандарти і досвід підготовки сімейних лікарів у різних країнах світу.

## Додаток В

### Визначення поняття «професійна компетентність»

#### у науково-педагогічній літературі

У сучасних психолого-педагогічних дослідженнях і відповідних науково-педагогічних публікаціях викладені такі дефініції терміна «професійна компетентність», враховані в нашій роботі:

- складна єдина система внутрішніх психічних станів, здібностей і властивостей особистості фахівця, його готовність до виконання професійної діяльності (Ю. Варданян [44, с. 32];
- рівень професійної освіти, індивідуальних здібностей і досвіду особистості, її мотивації до самовдосконалення, а також творче й відповідальне ставлення до професійної діяльності (Б. Гершунський [59, с. 83]);
- здатність педагога до розв'язання професійних завдань, яка включає: професійні педагогічні знання і вміння; професійні педагогічні позиції (стійке ставлення педагога до справи, до учнів, до колег, до себе); професійно важливі якості особистості (А. Деркач, О. Москаленко [87, с. 146]);
- знання, вміння, досвід і здатність мобілізувати їх у конкретній соціально-професійній ситуації (Е. Зеєр [106, с. 49]);
- екзистенціальна властивість людини та продукт її власної життєтворчої активності (І. Зязюн [114]);
- поєднання освіченості людини та її психічних якостей, які дозволяють діяти самостійно й відповідально (А. Маркова [195, с. 112];
- єдність теоретичної та практичної готовності особистості до виконання професійної діяльності (В. Сластьонін [288]);
- не лише одержані знання, а й те, як вони застосовуються на практиці та способи виконання професійної діяльності (Н. Тализіна [309, с. 65]).

## Додаток Д

### Етико-педагогічні аспекти професійної культури майбутнього медичного фахівця – сімейного лікаря \*

У процесі професійної підготовки майбутні сімейні лікарі мають усвідомити взаємозв'язки між соціальними процесами і відповідними явищами в медичній галузі. Завдання професійної підготовки студенти повинні сприймати так, щоб у них пробудився інтерес до пізнання, навчальної та майбутньої професійної діяльності, виникло бажання проявити волюві й інтелектуальні зусилля для досягнення навчальних цілей, а також відбулося становлення етичних принципів майбутньої професійної діяльності, пов'язані з опануванням таких професійних понять, як медична етика, деонтологія та біоетика.

Загальні принципи біоетики та медичної деонтології закріплені в низці міжнародних декларацій і конвенцій, насамперед у Загальній декларації прав людини 1948 р. Також у 1948 р. Генеральною Асамблеєю ООН був прийнятий Міжнародний кодекс медичної етики (Женевська декларація). 27 вересня 2009 р. на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X З'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) був прийнятий Етичний Кодекс лікаря України, яким керуються всі установи охорони здоров'я країни, а також медичні ВНЗ і науково-дослідні інститути.

**Медична етика як складова професійної культури медичного працівника.** Сімейний лікар у своїй професійній діяльності використовує цілісний (холістичний) підхід, враховуючи все: фізичний і психологічний стан, соціальне оточення, умови життя і праці, ставлення людини до свого здоров'я, її переконання тощо. Із фізичних, психологічних і соціальних перспектив загальна практика забезпечує інтегровану допомогу, яка включає зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, лікування, реабілітацію та підтримку. Сімейний лікар працює в ситуаціях, коли невизначена межа між станом і захворюванням, і в прийнятті рішень він поєднує гуманістичні й етичні аспекти взаємовідносин «лікар – пацієнт» із

---

\* [392].

клінічними аспектами. При цьому усвідомити відповідальність за життя хворого медичним працівникам допомагає медична етика. Відносини між лікарем і пацієнтом виходять за межі звичайних міжособистісних стосунків. Вони потребують не лише професійних знань медиків, належної правової бази у галузі охорони здоров'я, а й передбачають дотримання медичними працівниками морально-етичних норм.

Медична етика вивчає специфіку моралі медичного працівника, водночас виконуючи особливо важливу роль у формуванні принципів, на яких ґрунтується моральний кодекс працівників системи охорони здоров'я. Зрозуміло, що не зважаючи на певну специфіку, не існує окремих етичних категорій щодо поведінки лікаря, фельдшера, медичної сестри чи санітарки. Етичні принципи в медицині – незмінне ціле. Хоча кожний окремий медичний фах має свої етичні відмінності, переважають всеосяжні моральні правила й загальні етичні настанови.

Медична етика має внутрішній зв'язок із компетентністю, кваліфікацією лікарів, їхніми діловими якостями. З цього приводу Г. І. Царгородцев зазначав, що медична етика є сукупністю принципів регулювання й норм поведінки медиків, які зумовлені особливостями їхньої практичної діяльності, становищем і роллю в суспільстві [342, с. 36–37]. Тому принципи етики, загальної й професійної, перебувають у стані єдності та взаємодоповнення. Їх особливістю є те, що вони розглядають не лише ставлення медиків до конкретного пацієнта, а й до здоров'я людини взагалі.

Основними принципами медичної етики є: 1) гуманне ставлення до хворого; 2) не брати участі в діях проти здоров'я хворого; 3) надання допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної і релігійної приналежності; 4) солідарність усіх лікарів у повазі гідності людей, їх боротьбі за мир; 5) збереження лікарської таємниці; 6) участь в охороні життя людей від тих чи інших ексцесів, що загрожують їм (наприклад, від забруднення зовнішнього середовища); 7) недопущення експериментів над людьми; 8) утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії лікаря.



Медична етика вивчає і визначає вирішення різних проблем міжособистісних взаємовідносин з трьох основних напрямів: медичний працівник – хворий; медичний працівник – здорова людина (родичі); медичний працівник – медичний працівник. Професійна медична мораль має відповідні кодекси певних положень стосовно трудової діяльності, які сприяють виробленню в медичного персоналу здатності до моральної орієнтації у складних ситуаціях, які вимагають морально-ділових і соціальних якостей. Моральна культура медичних працівників є одним з ефективних механізмів передбачення й розв'язання суперечностей і конфліктів, які виникають у цій сфері.

Протягом століть у процесі надання медичної допомоги хворим формувалися основні етичні норми, які були узагальнені й сформовані вченими-медиками різних епох. Провідна роль у визначенні основних проблем медицини як моральної діяльності належить засновникові наукової медицини Гіппократу, що склав список правил які визначають, що лікарі повинні застосовувати свої вміння лише на користь пацієнтів. Цей список відомий як «Клятва Гіппократа», у якій чітко сформульовано професійний обов'язок лікаря. Етика Гіппократа, побудована на принципах гуманізму, здобула визнання в усіх країнах і багато років є підґрунтям, на якому базується медична етика (Етика Персіваля, 1703 р.; Кодекс Американської Медичної Асоціації, 1848 р.; Женевська декларація, 1948 р. тощо).

**Деонтологічна культура майбутнього лікаря.** Питання про принципи поведінки медичних працівників з метою забезпечення максимальної користі для хворого, їхні професійні обов'язки й організацію лікувально-діагностичного процесу розглядає наука *деонтологія*. Її основними завданнями є: вивчення норм поведінки медпрацівників; аналіз взаємин між медичним персоналом і хворим; усунення шкідливих наслідків неякісної медичної роботи. Якщо медична етика оперує постулатами про лікарський обов'язок, слово лікаря, лікарську таємницю, добро й зло, іншими моральними та філософськими категоріями й пріоритетами в охороні здоров'я, то лікарська деонтологія – це догми професійних обов'язків у медицині. Вона є прикладною частиною концептуального вчення про медичну етику, своєрідним статутом професійних обов'язків медичного персоналу. Етичні

закони й позиції в медицині – це погляди і знання, які наочно інтегрують моральні основи особистості лікаря й загалом лікарювання, теорію та практику стосунків із хворими, суспільством і колегами.

Важливими для становлення та розвитку деонтологічних концепцій відіграли філософські теорії І. Бентама, І. Канта, Дж. Мілля, Д. Росса. Термін «деонтологія» впровадив у науковий дискурс англійський філософ і правознавець Ієремія Бентам. Термін був ужитий і роз'яснений у праці «Деонтологія, або Наука про мораль», опублікованій 1834 р. Він походить від грец. *deontos* – обов'язок і *logos* – навчання, й визначає критерії поведінки медичного персоналу, спрямовані на максимальне підвищення ефективності медичних послуг та усунення шкідливих наслідків неповноцінної медичної допомоги. Таким чином, деонтологічна етика базується на поняттях обов'язку, правоти й законності. Етико-деонтологічні аспекти діяльності медичних фахівців розглядає Н. Касевич [130, с. 15-16]. На її думку, відчуженість і необізнаність несумісні з професійною діяльністю медиків; вони мають бути терпеливими і чесними в стосунках із пацієнтами, вірити в їхнє одужання.

Аналіз професійної деонтології спирається на три види норм: моральні як об'єкт вивчення професійної етики; деонтологічні, що передаються усно та виявляються в спілкуванні, стосунках; юридичні, вироблені в кожній країні. Таку систематизацію пропонують італійські вчені з метою з'ясування різниці між деонтологією та етикою. У праці «Деонтологія в медицині» [85] зазначено, що завдання курсу «Деонтологія» полягає в озброєнні студентів знаннями з професійної етики медиків і медичних психологів. Знання деонтології вважається підґрунтям для вивчення інших програмових дисциплін у галузі охорони здоров'я. Крім того, деонтологічні знання формують особистість, прищеплюють інтерес до найвищих життєвих цінностей, розвивають моральну свідомість.

В. Ф. Матвеев стверджує, що деонтологічний підхід у навчанні не лише залучає до гуманного та наукового мислення, викликає інтерес до навчальної дисципліни, своєї професійної діяльності, а й сприяє розвитку самостійності, допомагає ширше запроваджувати випереджувальне навчання за спеціальністю та на-

лагоджувати внутрішньодисциплінарні та міждисциплінарні зв'язки [199]. Специфіка *деонтологічної культури* майбутнього лікаря визначається своєрідністю діяльності, широким спектром функцій, що ним виконуються. Саме тому рівень розвитку деонтологічної культури доцільно розглядати як один із головних результатів навчально-виховної роботи, що пов'язана з професійною підготовкою.

Отже, деонтологічна культура у всій свої складності й багатомірності виступає як предмет, засіб і результат діяльності, у процесі якої засвоюються й розширюються певні категорії цінностей. Її можна розглядати також як ступінь присвоєння особистістю певних цінностей, закладених у професійному й духовному досвіді розвитку медицини. Одночасно деонтологічна культура є системою норм і вимог суспільства до всіх напрямів діяльності лікаря. Вона опосередковано зумовлена реальними суспільними відносинами, їх мораллю, має об'єктивний зміст, соціальну основу, їй притаманні специфічні закономірності. Як інтегрована якість особистості майбутнього сімейного лікаря деонтологічна культура у процесі професійної підготовки виражається в потребі самовдосконалення й самовираження в подальшій професійній діяльності є мірою оволодіння фахом.

**Основні принципи сучасної біоетики.** У сучасній медицині для вивчення етичних аспектів проблемних ситуацій використовують також термін «*біоетика*», який увів у науковий обіг у 1971 р. американський онколог В. Р. Поттер у праці «*Біоетика: міст у майбутнє*». Запроваджуючи це поняття, вчений вказував на необхідність нової етики, яка протистояла б аморальним виявам науково-технічного прогресу. За його визначенням, біоетика – це поєднання біологічного знання з пізнанням системи людських цінностей, новий вид мудрості, що показує, як застосовувати наукові знання для забезпечення соціальних благ. Біоетика має стати наукою про виживання людства.

Біоетику тлумачать як комплексну науку, що досліджує й вирішує правові, морально-етичні, соціально-економічні та філософські проблеми, які виникають у сфері охорони здоров'я, зокрема надання медичної допомоги, в аспекті охорони і захисту прав суб'єктів медичних правовідносин [273]. Віце-президент Української асоціації з біоетики В. Кулініченко, розглядає біоетику як особливий евристичний

світогляд, зумовлений певним історичним етапом розвитку культури, коли розуміння феномену життя набуває нової перспективи. До сфери морального введено не лише взаємини між людьми, а й ставлення до рослин, тварин, довкілля, своєї чуттєвості, тілесності, духовності [163]. Предмет біоетики можна передати як сферу динамічних зв'язків «наука – людина – природа». В. Москаленко і М. Попов, досліджуючи філософсько-методологічні аспекти біоетики, покладають в її основу такі ідеї [213, с. 31]:

- етика ставлення до «братів менших», які не можуть себе захистити перед агресією людини;
- гуманну ідею «благоговіння перед живим»;
- ідею захисту життя людини перед глобальними загрозами;
- ідею невтручання в генетичні механізми відтворення людини і збереження її здоров'я в умовах довкілля, яке поки що придатне для життя.

Аналіз цих ідей дає підстави стверджувати, що біоетика передусім ґрунтується на високих моральних засадах і є «етикою відповідальності», а не «етикою прав людини». Предметом вивчення біоетики як науки є людська поведінка в біолого-медичній галузі, а також у галузі охорони здоров'я щодо моральних норм і цінностей. Саме біоетика встановлює межі допустимого втручання в процеси людського життя та смерті під дією новітніх біомедичних технологій. Зокрема у випадках штучного запліднення, абортів, стерилізації, визначення смерті людини (смерть мозку), евтаназії, трансплантації органів тощо.

У контексті біоетики надзвичайно важливим є формування особистості медичного фахівця під час професійної підготовки у ВНЗ. Лікарі сімейної медицини у своїй діяльності щодня стикаються з питаннями етичного, морального чи біоетичного характеру, тому потребують фахових знань, щоб зможуть правильно й компетентно приймати професійне рішення. Отже, біоетична підготовленість медичних фахівців допоможе сформувати українське суспільство, відкрите для духовного розвитку. Досвід багатьох країн світу свідчить, що послідовна державна політика в галузі біоетики дозволить гарантувати своїм громадянам захист особистих прав і свобод та інтересів громадян у царині охорони здоров'я.

Отже, професійна культура медичного працівника є інтегрованою якістю його особистості, що формується у процесі професійної підготовки через засвоєння студентом певних цінностей, закладених у професійному і духовному досвіді діяльності в галузі охорони здоров'я та розвитку медицини як науки. З огляду на це, концептуальними основами формування професійної культури майбутніх лікарів сімейної медицини, вважаємо: створення системи професійної підготовки, яка сприятиме формуванню загальнолюдських і специфічних моральних і професійно-етичних якостей медичних працівників, враховує вимоги етичного кодексу професійної діяльності; скерування виховної аудиторної та позааудиторної роботи на гуманістичне виховання, формування демократичного світогляду та громадянської позиції, комунікативної культури, етичних і естетичних поглядів; цілеспрямоване формування у студентів усталеного комплексу якостей, властивостей, моральних переконань і моральної свідомості, які безпосередньо впливають на моральну поведінку і моральну позицію майбутнього лікаря, відповідають конкретним професійним вимогам і притаманні сімейній медицині; урахування взаємозв'язку між характером навчально-професійної діяльності та розвитком професійно-етичних поглядів і переконань; забезпечення наступності у формуванні професійно-етичних знань та інтегрування у процесі професійної підготовки всіх взаємопов'язаних складових професійно-етичної культури медичного працівника; забезпечення спрямованості професійної культури медиків на реалізацію морально-етичних вимог суспільства; спрямування професійної підготовки сімейного лікаря в медичних ВНЗ на успішну соціалізацію особистості та професійну адаптацію в медичну практику.

## Додаток Е

**Рівні сформованості компонентів педагогічної компетентності  
сімейного лікаря**

Таблиця Е.1

**Рівні сформованості мотиваційно-ціннісного компонента педагогічної  
компетентності сімейного лікаря**

<b>Рівні</b>	<b>Особливості виявів компонента педагогічної компетентності</b>
Низький	У студента слабо виражене або відсутнє уявлення про загальнолюдські та педагогічні цінності, необхідність доброзичливого та гуманного ставлення до пацієнтів та їхніх потреб, не має бажання визначати свій педагогічний потенціал; існують значні труднощі під час налаштування на педагогічну взаємодію з пацієнтами та її конструювання згідно з нормами загальнолюдських і педагогічних цінностей; не має потреби вироблення загальнолюдських і педагогічних цінностей; слабо виражена або відсутня мотивація як до виконання педагогічної діяльності, так і до вдосконалення своїх педагогічних здібностей.
Базовий	У студента виражене уявлення про норми загальнолюдських і професійно-педагогічних цінностей, доброзичливе й гуманне ставлення до пацієнтів та їхніх потреб, не достатньо усвідомлює свої педагогічні можливості; зазнає деяких труднощів під час налаштування на педагогічну взаємодію з пацієнтами та її конструювання згідно з нормами загальнолюдських і педагогічних цінностей; не впевнений у необхідності привласнення загальнолюдських і педагогічних цінностей; не чітко виражена мотивація до виконання педагогічної діяльності та потреба вдосконалення педагогічної компетентності.
Достатній	Студент на достатньому рівні володіє знаннями про норми загальнолюдських і професійно-педагогічних цінностей і правила їх присвоєння, гуманно ставиться до пацієнтів та їхніх потреб, педагогічний потенціал виражений достатньою мірою; вміє налаштовуватись на педагогічну взаємодію з пацієнтами та будує її згідно з нормами загальнолюдських і педагогічних цінностей; досить адекватно оцінює свої педагогічні здібності, визнає необхідність інтеріоризації загальнолюдських і педагогічних цінностей; відрізняється достатньою мотивацією до виконання педагогічної діяльності та потребою самовдосконалення в ній.
Високий	Студент добре володіє знаннями норм загальнолюдських цінностей, правил їх присвоєння, усвідомлює професійно-педагогічні цінності і ставиться до пацієнтів та їхнього життя як до найвищої цінності, знає власні педагогічні можливості; вміє швидко налаштовуватись на конструктивну взаємодію з пацієнтами та будувати її згідно з нормами загальнолюдських і педагогічних цінностей; адекватно оцінює свої професійно-педагогічні здібності, визнає необхідність інтеріоризації загальнолюдських і педагогічних цінностей; відрізняється стійкою мотивацією до виконання педагогічної діяльності та прагненням самовдосконалення в ній.

**Рівні сформованості знаннєвого компонента педагогічної компетентності  
сімейного лікаря**

<b>Рівні</b>	<b>Особливості виявів компонента педагогічної компетентності</b>
Низький	Студент виявляє слабе розуміння важливості педагогічних знань і вмінь у лікувально-профілактичній діяльності; демонструє слабкий інтерес, або його відсутність, до педагогічної взаємодії як складової професійної діяльності лікаря; не усвідомлює необхідності застосування новітніх психолого-педагогічних знань, реалізації ідей гуманістичної педагогіки та нової парадигми освіти; не готовий допомогти пацієнтові аналізувати позитивні й негативні чинники поведінки у спільній лікувально-профілактичній діяльності; не працює над удосконаленням своєї педагогічної культури.
Базовий	Студент виявляє здатність до педагогічної діяльності, але не виявляє належного бажання досягти високих результатів щодо оволодіння педагогічними знаннями, вміннями й навичками; недостатньо застосовує сучасні психолого-педагогічні знання, реалізувати ідеї гуманістичної педагогіки та нової парадигми освіти; організовує освітню діяльність пацієнтів, але не здатний управляти нею з урахуванням правил і принципів медичної педагогіки; не завжди дотримується норм педагогічної етики; має певні труднощі під час визначення професійно значущих цілей педагогічної діяльності, не завжди виявляє готовність допомогти пацієнтові в аналізі позитивних і негативних чинників поведінки у спільній лікувально-профілактичній діяльності; недостатньою мірою працює над удосконаленням власної особистості в педагогічній діяльності.
Достатній	Спостерігається достатній рівень знань про цілісність педагогічного процесу, педагогічну взаємодію з пацієнтом і проектування його освітньої діяльності з урахуванням вікових, індивідуальних особливостей і психічного розвитку; вміє застосовувати сучасні психолого-педагогічні знання, реалізувати ідеї гуманістичної педагогіки та нової парадигми освіти прагне організовувати освітню діяльність пацієнтів та управляти нею, враховуючи принципи медичної педагогіки; дотримується норм педагогічної етики; прагне визначати професійно значущі цілі педагогічної діяльності, готовий допомогти пацієнтові у визначенні позитивних і негативних чинників його поведінки; здатний виявити індивідуальні особливості пацієнта для найкращої організації його лікування; має потребу вдосконалення педагогічної культури.
Високий	Студент володіє ґрунтовними знаннями про закономірності цілісного педагогічного процесу, особливості педагогічної взаємодії в системі «медичний працівник – пацієнт» та способи проектування освітньої діяльності пацієнта в лікувально-профілактичному процесі, людину як суб'єкта навчання, її вікові, індивідуальні особливості, психічний розвиток; доцільно застосовує сучасні психолого-педагогічні знання, реалізує ідеї гуманістичної педагогіки та нової парадигми освіти; вміє ефективно організовувати та управляти освітньою діяльністю пацієнтів; суворо дотримується норм педагогічної етики; чітко визначає професійно значущі цілі в умовах педагогічної взаємодії з пацієнтами, готовий допомогти пацієнтові визначити позитивні й негативні чинники його поведінки під час педагогічної взаємодії; прагне виявити індивідуальні особливості пацієнта для найкращої організації його лікування; яскраво виражена потреба вдосконалення педагогічної культури, саморегуляції власної особистості в педагогічній діяльності.

**Рівні сформованості професійно-комунікативного компонента педагогічної  
компетентності сімейного лікаря**

<b>Рівні</b>	<b>Особливості виявів компонента педагогічної компетентності</b>
Низький	Уявлення про мовні норми та правила професійного спілкування на рівні ознайомлення, не знає принципів побудови конструктивного діалогу з пацієнтами; не застосовує психологічних прийомів утримання уваги пацієнтів під час навчання; часто не дотримується норм мовного етикету; має значні труднощі під час проектування комунікативної взаємодії з пацієнтом; не виявляє здатності до налагодження зворотного зв'язку під час спілкування з пацієнтом; спонтанно реагує на мовленнєві дії співрозмовника, не готовий керувати власною комунікативною поведінкою та досягати професійно-педагогічних цілей; у спілкуванні з пацієнтами схильний до брутальності, авторитарності, нетактовності.
Базовий	Студент має уявлення про правила професійного спілкування, знайомий із принципами побудови діалогу; здатний утримувати увагу пацієнтів під час навчання; намагається дотримуватися норм мовної поведінки; однак має певні труднощі під час проектування комунікативної взаємодії з пацієнтом, налагодження зворотного зв'язку та здійснення педагогічного впливу; не завжди адекватно реагує на мовленнєві дії співрозмовника, не гнучкий у спілкуванні, не завжди готовий спрямовувати власну комунікативну поведінку на досягнення конкретних педагогічних цілей; недостатньо виявляє тактовність, толерантність і коректність під час спілкування з пацієнтами та їхніми родичами, не завжди доброзичливий.
Достатній	Студент виявляє достатні знання про норми і правила професійного спілкування, основні принципи конструктивного діалогу, застосовує психологічні прийоми утримання уваги пацієнтів у процесі навчання, в основному дотримується мовного етикету; не має особливих труднощів щодо налаштування на спілкування з пацієнтом, прагне здійснювати педагогічний вплив на нього; не завжди може підтримати зворотний зв'язок; намагається використовувати комунікативні засоби відповідно до конкретної ситуації; достатньо адекватно реагує на мовні дії співрозмовника, гнучкий у спілкуванні, схильний до спрямування своєї комунікативної поведінки на досягнення конкретних педагогічних цілей; тактовний, доброзичливий, коректно спілкується з пацієнтами та їхніми родичами.
Високий	Студент добре знає норми і правила професійного спілкування, особливості комунікативної взаємодії, принципи побудови конструктивного діалогу, володіє психологічними прийомами залучення й утримання уваги пацієнтів під час навчання, дотримується норм мовного етикету; без труднощів налаштовується на спілкування з пацієнтом, проектує комунікативну взаємодію та вміє здійснювати педагогічний вплив; будує конструктивний діалог і постійно підтримує зворотний зв'язок з пацієнтом; використовує мовні засоби відповідно до конкретної ситуації; адекватно реагує на мовленнєві дії співрозмовника; гнучкий у спілкуванні, завжди готовий спрямовувати власну комунікативну поведінку на досягнення конкретних професійно-педагогічних цілей; толерантно та коректно спілкується з пацієнтами та їхніми родичами, тактовний, доброзичливий.



**Рівні сформованості організаційно-технологічного компонента педагогічної компетентності сімейного лікаря**

<b>Рівні</b>	<b>Особливості виявів компонента педагогічної компетентності</b>
Низький	Студент показує поверхневі та безсистемні знання особливостей освітнього процесу та методики його організації на гуманістичних засадах; в основному намагається дотримуватися норм етико-деонтологічної культури у взаємодії з пацієнтами; зазнає значних труднощів під час створення атмосфери співпраці з пацієнтом, не здатний організувати освітню діяльність пацієнта та управляти нею; ігнорує необхідність застосування новітніх педагогічних технологій, форм і методів навчання засобів педагогічного впливу на пацієнтів; не вміє обирати ефективні форми і методи навчання відповідно до індивідуальних особливостей пацієнта; слабо розвинена здатність до подолання конфліктів у процесі навчання пацієнтів; не бачить потреби формування у пацієнтів якостей особистості, необхідних для ефективного навчання.
Базовий	Студент має уявлення про методичні особливості освітнього процесу, норми етико-деонтологічної культури у взаємодії з пацієнтами; недостатньо застосовує сучасні педагогічні технології, форми, методи і засоби педагогічного впливу; організовує освітню діяльність пацієнтів, але не здатний управляти нею з урахуванням правил і принципів медичної педагогіки; виявляє здатність до організації особистісно орієнтованого навчання, але не достатньо володіє методичними знаннями щодо організації освітньої діяльності в лікувально-профілактичному процесі; намагається співпрацювати з пацієнтом та обирати ефективні форми і методи навчання; не завжди здатний подолати конфлікти у процесі спілкування з пацієнтами та запобігати їм. Не виявляє ініціативи щодо формування в пацієнтів якостей, необхідних для ефективного навчання.
Достатній	Студент достатньо мірою володіє знаннями про методичні особливості освітнього процесу, дотримується норм етико-деонтологічної культури у взаємодії з пацієнтами; організовує особистісно орієнтовану педагогічну взаємодію на достатньому методичному рівні; вміє застосовувати сучасні педагогічні технології, форми, методи і засоби педагогічного впливу, прагне організувати освітню діяльність пацієнтів та управляти нею, враховуючи принципи медичної педагогіки; вміє створити атмосферу співробітництва й обрати оптимальні форми і методи навчання з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів; здатний подолати конфліктні ситуації у процесі взаємодії з пацієнтами, але не завжди може їм запобігати; намагається формувати в пацієнтів необхідні для ефективного навчання якості особистості.
Високий	Студент виявляє ґрунтовні знання особливостей побудови особистісно орієнтованого освітнього процесу, норм етико-деонтологічної культури у взаємодії з пацієнтами, методичних основ організації освітньої діяльності в лікувально-профілактичному процесі й основ конфліктології; доцільно застосовує сучасні педагогічні технології, форми, методи і засоби педагогічного впливу з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів; вміє ефективно організувати та управляти освітньою діяльністю пацієнтів; створює атмосферу співробітництва та широко застосовує методи і форми гуманістичної педагогіки, вміє вибрати найбільш ефективні педагогічні засоби з урахуванням потреб пацієнтів; легко долає конфліктні ситуації та вміє їм запобігати у процесі взаємодії з пацієнтами; прагне формувати в пацієнта необхідні для ефективного навчання якості.

**Рівні сформованості рефлексивного компонента педагогічної  
компетентності сімейного лікаря**

<b>Рівні</b>	<b>Особливості виявів компонента педагогічної компетентності</b>
Низький	Студент має поверхневі уявлення про рефлексію та її значущість для професійно-педагогічного самовдосконалення й саморозвитку; не схильний ставитися до себе як до суб'єкта педагогічної діяльності, не прагне пізнати особливості власної особистості, не переймається своїми недоліками, щоб шукати способи їх усунення; відрізняється недостатнім рівнем інформаційної культури і здатністю використовувати різнобічну інформацію для створення внутрішнього плану педагогічних дій; зазнає серйозних труднощів під час конструювання стосунків із пацієнтами, оскільки не схильний аналізувати свою педагогічну діяльність та контролювати поведінку; слабо виражена або відсутня здатність до самоаналізу, самоконтролю й емоційно-психологічної саморегуляції у процесі освітньої діяльності.
Базовий	Виражене уявлення про рефлексію та її роль у процесі професійно-педагогічного самовдосконалення й саморозвитку; схильний до сприйняття себе як суб'єкта педагогічної діяльності, пізнання власної особистості, своїх недоліків і способів їх усунення; намагається досягнути достатнього рівня інформаційної культури; зазнає певних труднощів, коли намагається будувати стосунки з пацієнтами на основі рефлексії власної поведінки; не завжди здатний аналізувати свою педагогічну діяльність та контролювати поведінку; слабо розвинена здатність до самоаналізу, самоконтролю й емоційно-психологічної саморегуляції в освітній діяльності та здатність систематизувати й узагальнювати різнобічну інформацію з метою створення внутрішнього плану педагогічних дій.
Достатній	Студент усвідомлює, що рефлексія сприяє професійно-педагогічному самовдосконаленню й саморозвитку; має виражене ставлення до себе як до суб'єкта педагогічної діяльності, прагне пізнати свої недоліки і навчитись обирати ефективні форми і методи їх подолання; виявляє достатній рівень інформаційної культури; прагне будувати стосунки з пацієнтами на основі рефлексії власної поведінки; здатний аналізувати свою педагогічну діяльність, контролювати поведінку, знаходити способи її покращення; схильний до самоаналізу, самоконтролю й емоційно-психологічної саморегуляції у процесі освітньої діяльності; виявляє достатню готовність до саморозвитку й самовдосконалення в педагогічній діяльності, здатність створювати внутрішній план педагогічних дій на основі систематизації та узагальнення інформації, одержаної з різних джерел.
Високий	Студент добре орієнтується в системі знань про рефлексію як спосіб професійно-педагогічного самовдосконалення та саморозвитку; усвідомлює себе як суб'єкта педагогічної діяльності, знає особливості власної особистості, свої недоліки, вміє обрати доцільні форми і методи їх подолання; виявляє високий рівень інформаційної культури; будує стосунки з пацієнтами на основі рефлексії власної поведінки; вміє аналізувати свою педагогічну діяльність, контролювати власну поведінку та знаходити ресурси для її покращення на основі оцінювання своїх почуттів і станів під час взаємодії з пацієнтами; здатний до самоаналізу, самоконтролю й емоційно-психологічної саморегуляції у процесі освітньої діяльності; готовий до саморозвитку й самовдосконалення в освітній діяльності, а також до створення внутрішнього плану педагогічних дій на основі систематизації та узагальнення різнобічної інформації.

## Додаток Ж.1

### Теми творчих робіт студентів-медиків з курсу «Основи педагогіки»

- Провідні тенденції гуманістичної парадигми освіти.
- Основні шляхи реформування сучасної системи медичної освіти.
- Медична педагогіка як педагогічна субдисципліна.
- Перспективні форми і методи навчання та виховання пацієнтів у лікувально-профілактичному процесі.
- Роль і місце медичної педагогіки в системі підготовки лікаря.
- Проблеми навчання та виховання пацієнтів у європейській охороні здоров'я.
- Роль освітньої системи медичного ВНЗ у розвитку особистості студентів.
- Можливості ІКТ у професійній підготовці лікарів різного профіля.
- Роль міждисциплінарних зв'язків у формуванні педагогічної компетентності студентів медичного університету.
- Причини педагогічних конфліктів і способи їх подолання.
- Проблема виховання в молоді потреби в здоровому способі життя та збереженні здоров'я.
- Вплив медичної педагогіки на регулювання взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів.
- Педагогіка в системі охорони здоров'я: сучасний стан, тенденції та перспективи розвитку.

## Додаток Ж.2

### Теми занять із застосуванням інтерактивних технологій у педагогічній підготовці сімейних лікарів

#### 1) Дискусії, диспути, дебати\*:

- «Культурні, духовні та освітні цінності, важливі для сучасної людини»;
- «Роль культури спілкування у професійній діяльності сімейного лікаря»;
- «Я – майбутній медичний працівник, сімейний лікар».

#### 2) Тренінги:

- «Візитівка лікаря»;
- «Клуб медичного етикету»;
- Розігрування: знайомства, організаційного моменту, конкретного методу навчання, різних форми контролю знань;
- «Вибір форм спілкування лікаря з пацієнтами різних вікових груп»;
- «Турнір знавців медичної педагогіки».

#### 3) «Акваріум»\*.

Кожна підгрупа посилає свого представника в «Акваріум» (бажано окреме, підвищене місце). Висувається проблема, що дискутується представниками підгруп. В разі потреби викладач робить паузу для того, щоб студенти могли отримати консультації від своїх товаришів.

Викладач підводить підсумок дискусії та просить кожного студента закінчити речення тим аргументом, який він вважає найбільш вдалим.

---

\* Дискусія – форма колективного обговорення, мета якої – виявити істину через зіставлення різних поглядів, правильне розв'язання проблеми.

Диспут – публічна суперечка на наукову або суспільно важливу тему.

Дебати – чітко структурований і спеціально організований публічний обмін думками між двома сторонами з актуальної теми, спрямований на переконання третьої сторони.

\* [140, с. 208].

4) «*Навчаючи – вчуся*».

Використовується для закріплення студентами отриманих знань. Цей метод формує у студентів уявлення про загальну картину понять і фактів, що їх необхідно вивчити.

Для роботи готуються картки з текстами для кожного студента. Протягом кількох хвилин вони мають прочитати подану інформацію. Після ознайомлення з матеріалом студенти мають викласти його одногрупникам, при цьому вони можуть ходити по аудиторії. Кожен студент має право говорити лише з однією особою, ознайомлюючи партнера зі своєю інформацією та отримуючи у відповідь іншу. Студенти мають охопити максимальну кількість інформації, а після закінчення цієї справи донести її до присутніх. Викладач на дошці записує тезисно отриману інформацію та підсумовує її.

5) «*Мікрофон*».

Підготовчий етап: викладач ставить запитання групі, пропонуючи студентам предмет, який асоціюється з мікрофоном. Студенти передаватимуть його один одному, по черзі беручи слово. Виступаючий має говорити чітко та лаконічно, не більше 1 хв. Відповіді не коментуються та не оцінюються.

Цей метод опитування дає можливість кожному студенту висловити стисло, по черзі свою думку чи позицію.

6) «*Ажурна пилка*»\*.

Кожна підгрупа з п'яти студентів отримує окреме домашнє завдання відповідно до пунктів плану, опрацьовує його.

Викладач формує експертні групи таким чином, щоб у кожній з них було по одному представнику від кожної домашньої підгрупи. Кожен учасник стає експертом з окремого питання і доповідає з ного на засіданні експертної групи.

Після того, як в експертних групах заслухано й обговорено всі п'ять питань, експерти повертаються у свої домашні підгрупи. Відбувається засідання, на якому

---

\* [140, с. 216-218].

кожне питання обговорюється крізь призму заданої викладачем центральної проблеми і виробляє з цього приводу спільне для підгрупи рішення.

7) «Коло ідей».

Студенти в домашніх підгрупах виконують певне завдання проблемного характеру. Після цього потрібно по черзі озвучити лише одну тезу, яка характеризує питання та обговорювалась у групі. Оголошення тез відбувається по колу, викладач записує номери підгруп та їхні тези на дошці. Запис тез відбувається доти, поки вони не вичерпаються. Завершуючи роботу, викладач підсумовує спільну роботу, оголошуючи всі ознаки, характерні основним проявам заданої проблеми.

### Додаток Ж.3

#### **Приклади завдань для педагогічної підготовки студентів-медиків на заняттях із застосуванням ігрових технологій**

1) Скласти конспект інтегрованого заняття з навчання пацієнтів на певних етапах лікувально-профілактичного процесу. Підготуватися до проведення заняття.

2) Побудувати ігрові ситуації, що дають можливості для спостереження за:

- використанням різних методів і засобів навчання під час заняття;
- правильним застосуванням дидактичних принципів і принципів виховання з урахуванням специфіки педагогічного процесу в лікувально-профілактичному закладі;
- дотриманням культури спілкування у процесі ділової та педагогічної взаємодії лікаря і пацієнтів.

3) Розробити фрагменти занять із використанням попередньо побудованих ігрових ситуацій.

## Додаток 3

## Авторські спецкурси для студентів і викладачів медичних університетів

Таблиця 3.1

## Спецкурс «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики»

№ з/п	Назви тем	Лекції (год.)	Семінари (год.)
Тема 1	Педагогічні засади медичної освіти	2	
Тема 2	Педагогічна позиція сімейного лікаря	2	
Тема 3	Педагогічні знання сімейного лікаря	2	2
Тема 4	Педагогічні вміння та навички сімейного лікаря	2	2
Тема 5	Комунікативні вміння сімейного лікаря	2	2
Тема 6	Педагогічна техніка сімейного лікаря		2
Тема 7	Діагностичні вміння сімейного лікаря		2
Тема 8	Рефлексивні вміння сімейного лікаря	2	2
Тема 9	Педагогічні ситуації в роботі сімейного лікаря. Конфлікти в лікувальній практиці	2	4
Тема 10	Профілактична та просвітницька робота сімейного лікаря	2	
<i>Разом:</i>		<b>20</b>	<b>16</b>

**Спецкурс для педагогічних працівників ВНЗ**  
**«Основи формування педагогічної компетентності**  
**майбутнього лікаря сімейної медицини»**

№ з/п	Назви тем	К-сть год.
Тема 1	Освітній процес у медичному університеті. Неперервна медична освіта	2
Тема 2	Педагогічні вимоги до лікарів загальної практики – сімейної медицини в контексті положень Всесвітньої організації сімейних лікарів і державних нормативних документів	2
Тема 3	Педагогічні функції професійної діяльності сімейних лікарів для підвищення якості медичного обслуговування населення	2
Тема 4	Підготовка майбутніх сімейних лікарів як науково-педагогічна проблема	2
Тема 5	Структура педагогічної компетентності сімейного лікаря	2
Тема 6	Система педагогічної підготовки сімейних лікарів у медичному університеті	2
Тема 7	Педагогічні умови ефективної педагогічної підготовки майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті	2
Тема 8	Методичні основи формування педагогічної компетентності сімейних лікарів у процесі педагогічної підготовки	4
Тема 9	Технології формування педагогічної компетентності сімейних лікарів у медичних університетах	4
Тема 10	Підвищення ефективності формування педагогічної компетентності студентів медичних ВНЗ	2
<i>Разом:</i>		<b>24</b>



## Додаток И

Таблиця И.1

**Таблиця педагогічного спостереження за роботою  
сімейного лікаря з пацієнтами**

№ з/п	Характеристики	Оцінка	
		належно	недоречно
1.	<p><b><i>Зовнішність і манери</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• зовнішній вигляд (охайність, акуратність)</li> <li>• впевненість, невимушеність</li> <li>• міміка (енергійна, педагогічно доцільна)</li> <li>• вираз обличчя (приємний, заохочує до спілкування)</li> <li>• погляд (зацікавлений, звернений до слухачів)</li> <li>• безпосередність у спілкуванні</li> </ul>		
2.	<p><b><i>Постава</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• манера стояти (вільна, зручна)</li> <li>• положення рук (правильне)</li> <li>• положення голови (напруженість шиї, плечей)</li> <li>• доречність, виразність рухів</li> <li>• естетичність постави</li> </ul>		
3.	<p><b><i>Жести</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• доречність жестикуляції</li> <li>• емоційна насиченість жестів</li> <li>• частота жестів</li> <li>• природність жестів</li> <li>• різноманітність жестів (виразні, описові, вказівні)</li> </ul>		

4.	<p><b><i>Педагогічна комунікація</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• мовні особливості (тембр, темп, орфоепія, лексика, ясність і логічність висловлення думки)</li> <li>• вміння користуватися інтонаційними можливостями мовлення</li> <li>• вміння висловлювати тоном необхідні почуття і настрої</li> <li>• вміння прискорювати або сповільнювати мову для додання їй виразності</li> <li>• вміння користуватися гучністю як засобом виділення головного в мовленні</li> <li>• вміння користуватися різними видами пауз (реальними або нереальними, свідомими чи несвідомими)</li> <li>• вміння виражати емоції відповідними інтонаційними та іншими засобами</li> </ul>		
5.	<p><b><i>Педагогічна взаємодія</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• здатність до взаємодії (доброзичливість, зацікавленість проблемами пацієнтів, вміння заохотити їхню ініціативу)</li> <li>• відкритість (вільне виявлення почуттів)</li> <li>• комунікативна активність і гнучкість (упередження виникнення проблем і запобігання конфліктам)</li> <li>• індивідуальний підхід до пацієнтів</li> </ul>		

## Додаток К

### АНКЕТА

1. Якими знаннями, вміннями, якостями, необхідними для роботи в системі охорони здоров'я, Ви володієте:

а) *загальномедична компетентність:*

- знання анатомії та фізіології людини;
- знання й уміння з професійно орієнтованих медичних дисциплін;
- володіння латинською мовою;
- знання й уміння з фармакології;
- клінічні вміння та навички;
- знання й уміння діагностики, практичної організації лікування та догляду

за хворими, профілактики захворювань;

б) *професійні якості:*

- емпатія, почуття співпереживання;
- милосердя, гуманність;
- тактовність, повага до пацієнта;
- товариськість, толерантне ставлення до інших людей;
- здатність спілкуватися (комунікабельність), вирішувати конфлікти;
- самокритичність, самоорганізованість;
- знання культури професійної поведінки, способів саморозвитку;

в) *психолого-педагогічні якості:*

- психологічна стійкість;
- педагогічні здібності;
- знання основ загальної педагогіки і психології;
- знання основ медичної педагогіки і психології;
- знання про вікові особливості людини як суб'єкта освітнього процесу;
- володіння психологічними вміннями і навичками;
- знання сучасних форм, методів, засобів, прийомів і технологій навчально-виховного впливу на пацієнтів щодо збереження та зміцнення їхнього здоров'я;
- знання з організації безперервної самоосвіти і підвищення кваліфікації;

2. Ваше ставлення до використання педагогічних функцій у лікувально-профілактичній діяльності:

- а) у системі охорони здоров'я немає необхідності для їх використання;
- б) педагогічні функції притаманні викладачам-медикам і застосовуються лише в процесі навчання та підвищення кваліфікації медичного персоналу;
- в) мають використовуватися усіма лікарями, оскільки дають можливість оптимізувати лікувально-профілактичний процес шляхом впровадження нових методів профілактики, лікування захворювань і реабілітації пацієнтів.

3. Яка роль педагогічної складової в діяльності сімейного лікаря?

- а) підтримувати і доповнювати лікувально-профілактичний процес;
- б) формувати і направляти саногенну поведінку пацієнта під час профілактики і лікування захворювань;
- в) важко відповісти.

4. В яких видах лікувально-профілактичної діяльності Ви вважаєте доречним застосовувати педагогічні методи, засоби і технології?

- а) у спілкуванні з хворими;
- б) у профілактичній діяльності;
- в) застосовувати непотрібно та недоцільно;
- г) важко відповісти.

5. Які складові педагогічної діяльності сімейного лікаря найбільш вагомі?

- а) проведення бесід і профілактичних лекцій із хворими;
- б) організація шкіл хворих на цукровий діабет, бронхіальну астму, материнства та дитинства та ін.;
- в) індивідуальні навчальні заняття з пацієнтами;
- г) важко відповісти.

6. Ваше ставлення до педагогічної взаємодії та впливу на пацієнтів:

- а) переважно це дорослі люди, які не потребують навчання та виховання;

б) хворі потребують допомоги в питаннях профілактики захворювань, методах самоогляду; їх треба цьому навчати;

в) щоб ефективно впливати на пацієнта, зрозуміти його особистісні потреби, переживання, необхідно володіти ґрунтовними психолого-педагогічними вміннями і навичками та застосовувати їх у своїй діяльності.

7. Як Ви організовуєте лікувально-профілактичну роботу з пацієнтами та їхніми родичами?

а) спираюсь лише на медичні знання про захворювання;

б) окрім медичного втручання слідкую за психологічним станом і поведінкою хворого, дотриманням призначень і приписів;

в) намагаюсь лікувати не лише захворювання та його наслідки, а передусім, самого пацієнта, коригуючи його поведінку.

8. Ваші оцінки власної педагогічної діяльності та підготовленості до неї:

а) не маю зацікавлення до цієї проблеми і не вважаю її важливою;

б) маю теоретичне уявлення, але на практиці застосовую несистемно;

в) усвідомлюю сутність педагогічної діяльності сімейного лікаря та застосовую свої знання в повсякденній роботі;

г) не готовий до педагогічної діяльності.

9. Висококваліфікований сімейний лікар – це...:

а) фахівець, який володіє клінічним мисленням, добре орієнтується в природі захворювань і методах лікування пацієнтів різних вікових груп, дотримується медичної етики;

б) кваліфікований медичний працівник, що чітко реалізує методи лікувально-профілактичного впливу на пацієнтів, у тому числі психолого-педагогічні, на основі загальнолюдських і специфічних моральних і професійно-етичних якостей медичних працівників;

в) фахівець, якому притаманне системне сприйняття професійної реальності, що усвідомлено здійснює у процесі лікувально-профілактичної діяльності навчально-виховну роботу з пацієнтами та їхнім оточенням, використовуючи весь

обсяг медичних і психолого-педагогічних знань на основі належної професійної та педагогічної компетентності та високої професійно-етичної культури.

10. Чи необхідна, на Ваш погляд, цілеспрямована підготовка сімейного лікаря до педагогічної діяльності в лікувально-профілактичному процесі?

а) педагогічна підготовка сімейному лікарю не потрібна;

б) традиційна педагогічна підготовка майбутнього сімейного лікаря є достатньою;

в) доцільно посилити курс педагогічної підготовки студентів медичних університетів;

г) для формування належної педагогічної компетентності в майбутніх сімейних лікарів необхідний комплекс заходів, зокрема вивчення медичної педагогіки, упровадження спецкурсу «Педагогічна діяльність лікаря загальної практики» і практичне навчання під час інтернатури.

## Додаток Л

### Приклади завдань для студентів щодо виявлення сформованості змістового компонента педагогічної компетентності

1. Виберіть п'ять найбільш ефективних способів впливу лікаря на пацієнтів:

- |                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| • підвищення інтонації;  | • жест;                           |
| • зауваження-питання;    | • погляд;                         |
| • зауваження-твердження; | • пауза;                          |
| • дисциплінування-наказ; | • погляд без переривання розмови; |
| • вимога;                | • стукіт по підлозі;              |
| • докір;                 | • міміка;                         |
| • покарання;             | • зітхання;                       |
| • прохання;              | • жест і зауваження;              |
| • заохочення;            | • погляд і зауваження;            |
| • побажання;             | • стукіт і зауваження.            |

2. Відзначте п'ять із перерахованих якостей, які ви вважаєте найбільш професійно значущими для медичного працівника:

- |  |  |
|--|--|
| • високий рівень культури;                       | • пізнавальні здібності (потреба в са-<br>моосвіті); |
| • спеціальні медичні знання;                     | • організаторські здібності;                         |
| • педагогічні знання й уміння;                   | • культура поведінки;                                |
| • комунікативні здібності;                       | • педагогічний такт;                                 |
| • перцептивні здібності;                         | • володіння мімікою, пантомімікою;                   |
| • сугестивні здібності (вміння<br>переконувати); | • вміння керувати почуттями;                         |
| • емоційна стійкість;                            | • інтуїція, творча уява;                             |
| • дидактичні здібності;                          | • конструктивні здібності.                           |

3. Відзначте п'ять якостей, які ви вважаєте найбільш неприпустимими для медичного працівника:

- грубість;
- нестриманість;
- байдужість;
- різкість;
- жорстокість;
- дратівливість;
- нечесність;
- прискіпливість;
- недбалість;
- рукоприкладство;
- почуття переваги;
- несправедливість;
- нечітка дикція;
- невміння володіти собою.



## Додаток М

### Тест для самооцінювання студентів медичних університетів

#### «Який я сімейний лікар?»

Прочитайте запропоновані твердження за порядком. Поставте (+), якщо воно правильне, і (–), якщо неправильне.

1. Я навчаю пацієнтів як їм діяти лише на словах.
2. Пацієнтам важко порозумітися зі мною як сімейним лікарем.
3. Я толерантний, чуйний лікар.
4. Як сімейний лікар я впевнено організовую навчання пацієнтів.
5. Мені не вистачає терплячості у відносинах із пацієнтами.
6. Моє слово – закон для пацієнтів та їхніх близьких.
7. Я зазвичай розкриваю та обговорюю план заняття із пацієнтами.
8. Пацієнти цілком задоволені мною як сімейним лікарем.
9. Я недостатньо вимогливий до пацієнтів.
10. Я завжди може дати розумну пораду своїм пацієнтам.
11. Пацієнти мені повністю довіряють як лікарю.
12. Моя оцінка дуже важлива для пацієнтів.
13. Я застосовую в навчанні пацієнтів переважно традиційні методи.
14. Пацієнти та їхні родини схвалюють мою роботу.
15. Як сімейний лікар я не цікавлюсь особистими проблемами пацієнтів.
16. Я враховую індивідуальні особливості кожного пацієнта.
17. Я не зважаю на настрій пацієнтів.
18. Я завжди вислуховую думку пацієнтів.
19. У мене немає сумнівів у правильності та необхідності навчально-виховних впливів на пацієнтів, які я здійснюю як лікар.
20. Пацієнти не діляться зі мною своїми міркуваннями.
21. Як лікар я добре знаю сильні та слабкі сторони всіх своїх пацієнтів.
22. Я хотів би стати успішним, затребуваним сімейним лікарем.
23. У мене з пацієнтами дише ділові стосунки.

24. Підвищення кваліфікації сімейного лікаря передбачає розвиток лише професійної, а не педагогічної компетентності.

*Ключ.* Кожна відповідь, що співпадає із запропонованим варіантом, оцінюється в 1 бал, а яка не співпадає – 0 балів:

Гностичний параметр: 1 -, 4 +, 7 +, 10 +, 13 -, 16 -, 19 -, 22 +.

Емоційний параметр: 2 -, 5 -, 8 +, 11 +, 14 +, 17 -, 20 -, 23 +.

Поведінковий параметр: 3 +, 6 +, 9 -, 12 +, 15 -, 18 +, 21 -, 24 -.