

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ГЕРАСИМЮК Назар Ілліч

**Деонтологія персоналу в закладі охорони
здоров'я. / Deontology of personnel in a health care
institution**

спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗзм-22
Н. І. Герасимюк

Науковий керівник:
д.е.н., професор, Р. Р. Августин

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"__" _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

_____ **М. М. Шкільняк**

ТЕРНОПІЛЬ - 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕОНТОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	6
1.1. Сутність деонтологічної складової у професійному розвитку лікаря.....	6
1.2. Структура компетентностей з медичної деонтології в закладі охорони здоров'я.....	12
Висновки до розділу 1	17
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА ДЕОНТОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛУ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	19
2.1. Характеристика організаційної структури та організаційного забезпечення деонтології персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	19
2.2. Структурно-функціональний аналіз деонтології персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я	26
2.3. Ресурсне забезпечення деонтології персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	32
Висновки до розділу 2	45
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕОНТОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	47
3.1. Опис методики організації та проведення експериментального дослідження щодо формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології	47
3.2. Аналіз результатів експериментальної роботи щодо формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології	50
Висновки до розділу 3	69
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77

ВСТУП

Актуальність теми. Відстоювання основоположних принципів медичного професіоналізму є першочерговим завданням медичних шкіл та клінічних установ у сучасних умовах глобалізації, технологічного прогресу та ринкової кон'юнктури. Досягнення медицини сприяють підвищенню довіри медичних працівників до діагностики, лікування та прогнозу. Прихильники етичних принципів, однак, побоюються, що медицина все більше стає схожою на технічну і комерційну сферу, а не на морально-етичну.

У контексті професійної підготовки майбутніх лікарів етичні питання не займають належного місця в навчальній програмі і часто стоять на другорядному порядку денному студентів-психологів. При цьому вимоги сучасного суспільства до якості медичних послуг можуть бути задоволені лише за умови, що навички майбутніх лікарів у сфері лікарської етики постійно перекваліфікуються, оскільки це суттєво сприяє тому, що студенти-медики стають справжніми представниками цієї благородної професії. Формальний підхід і неефективні методи навчання можуть не привести до бажаних результатів. У зв'язку з особливою актуальністю та суспільною важливістю етичних та деонтологічних питань, пов'язаних з побудовою довірчих відносин з пацієнтами, керівництвом та співпрацею, культурою спілкування, знаннями та виконанням обов'язків лікаря.

Етичні та деонтологічні проблеми медичної професії стали предметом низки важливих наукових досліджень, зокрема, досліджено такі аспекти: гуманізм і жертвоне служіння лікаря суспільству (М.М. Амосов, архієпископ Лука (Войно-Ясенецький), О.Ф. Білібін, С.П. Боткін, Є.А. Вагнер, Ф.П. Хаас, О.А. Грандо, І.А. Кассирський, В.П. Котельников, О.Й. Лесько, М.Ю. Мудров, М.М. Петров, Б.В. Петровський, М.І. Пирогова, М.Д. Прищак, Б.Л. Угрюмов, Є.І. Чазов, Ю.В. Шанін), становлення та розвиток професійної, етичної та деонтологічної культури (Л.Й. Авучча, Р.Г. Вайнола, О.П. Волосовець, Ю. Колісник-Гуменюк, В.В. Краснов, Ю.І.

Кундієв, П. Литвиненко, О.С. Мусій, Л.А. Пиріг), дослідження критеріїв формування моральних і духовних якостей особистості (В.К. Гаврилкевич, І.О. Геразимович, В. Тимощук, Б.О. Ясько та ін.).

Аналіз наукових джерел свідчить, що необхідно поглибити проблему медико-етичної компетентності випробуваного відповідно до сучасних вимог фахівця в галузі медицини та розробити методики використання новітніх технологій активного навчання для подальшого виховання медико-етичної компетентності випробуваного у майбутніх лікарів.

Мета і завдання дослідження. *Мета* дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні, розробці та експериментальній перевірці методики формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології засобами кооперативного навчання.

Поставлена мета передбачає розв'язання таких *завдань*:

охарактеризувати сутність деонтологічної складової у професійному розвитку лікаря;

охарактеризувати структура компетентностей з медичної деонтології в закладі охорони здоров'я;

провести оцінку організаційної структури та організаційного забезпечення деонтології персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я;

провести структурно-функціональний аналіз деонтології персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я;

проаналізувати ресурсне забезпечення деонтології персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я;

описати методику організації та проведення експериментального дослідження щодо формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології;

проаналізувати результати експериментальної роботи щодо формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології.

Об'єкт дослідження - процес деонтологічної підготовки майбутніх лікарів.

Предметом дослідження є методика формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології засобами кооперативного навчання.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети і вирішення завдань дослідження було використано ряд загальнонаукових методів. *Теоретичні:* бібліографічний метод; хронологічний; метод узагальнення та уточнення. *Емпіричні:* анкетування, спостереження, педагогічні експерименти.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДЕОНТОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність деонтологічної складової у професійному розвитку лікаря

Кодекс етики лікарів України визначає основні етичні принципи, якими повинні регулюватися відносини лікаря з суспільством, лікаря з пацієнтом, лікаря з колегами (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Основні етичні принципи в залежності від типу відносин

Тип взаємовідносин	Деонтологічні принципи	Спосіб дотримання
1	2	3
Лікар і суспільство	Гуманізм, повага до життя, гідності й особистості кожного пацієнта	Клятва лікаря України, Етичний кодекс лікаря.
	Альтруїзм, безкорисливість, порядність	Надання безкоштовної невідкладної медичної допомоги, медичних послуг у державних та комунальних лікувально-профілактичних установах.
	Високий професіоналізм, відповідальність за рішення і дії	Систематичне вдосконалення свого професійного рівня.
	Фахова або професійна незалежність	Мотиви матеріальної та особистої вигоди, кар'єри, задоволення власних амбіцій не повинні переважати. Уникнення політичної та релігійної агітації і пропаганди в робочий час.
	Законний захист власних морально- етичних позицій і принципів	Створення належних умов для здійснення фахової діяльності та матеріальне забезпечення.
	Справедлива оцінка діяльності лікаря, уникнення принижень та фінансової дискримінації	Належна матеріальна винагорода праці лікаря у встановленому законодавством порядку.
	Декомерціалізація професійної діяльності	Уникнення недобросовісної реклами, розповсюдження недостовірної медичної інформації, лікувальних засобів та виробів медичного призначення з метою отримання прибутку (крім визначених законодавством обставин), приймання винагороди від виробників і розповсюджувачів.
Лікар і пацієнт	Відповідальність за якість і гуманність медичної допомоги	Конституція і закони України, нормативна документація, посадові інструкції, інтереси хворого та принципи лікарської етики й деонтології.
	Чесність	Належне інформування пацієнта про його стан і рекомендоване лікування із врахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.

Продовження з таблиці 1.1

1	2	3
	Уважність	Достатньо уваги й часу, необхідних для встановлення правильного діагнозу, виконання повного обсягу допомоги, обґрунтування призначень і рекомендацій щодо подальшого лікування.
	Гнучкість	Відмова від лікування пацієнта (крім випадків невідкладної допомоги), якщо відсутня взаємна довіра або присутнє відчуття недостатньої фахової компетентності. Лікар не повинен перешкоджати отриманню пацієнтом консультації у іншого лікаря.
	Повага до автономності пацієнта	Задоволення права пацієнта на вибір лікаря, отримання інформованої згоди пацієнта чи його законних представників або постійних опікунів щодо обстеження, лікування чи дослідження.
	Захист інтересів пацієнта	Забезпечення захисту інтересів пацієнта, який не може самостійно приймати рішення, якщо очевидним є те, що стан його здоров'я не турбує родичів або друзів чи проблема недостатньо ними усвідомлюється. Унеможливлення будь-яких проявів жорстокості або приниження людської гідності.
	Доброзичливість та повага	Невтручання в особисте життя пацієнта, ставитись з розумінням до рідних і близьких, занепокоєних станом хворого.
	Збереження лікарської таємниці	Лікар, як і інші особи, які беруть участь у наданні медичної допомоги, зобов'язаний зберігати лікарську таємницю навіть після смерті пацієнта, як і факт звернення за медичною допомогою, за відсутності іншого розпорядження хворого, або якщо це захворювання не загрожує його близьким і суспільству.
	Самокритичність, вимогливість до себе, чесність	Визнання, виправлення та аналіз допущених помилок з метою попередження подібних випадків у подальшій клінічній практиці.
	Доступність	Надання невідкладної допомоги, неперервної медичної допомоги, навіть у випадках загальної небезпеки.
	Гуманність	Неприйнятне свідоме прискорення настання смерті пацієнта, вдавання до евтаназії. Максимальне полегшення фізичних і психічних страждань пацієнта.
	Духовність	Отримання пацієнтом духовної підтримки з боку представників відповідної релігійної конфесії.
Лікар і колектив	Акуратність	Належний зовнішній вигляд лікаря.
	Вдячність	Повага й почуття подяки до тих, хто навчав мистецтву лікування.
	Відданість	Охорона честі й шляхетних традицій медичного співтовариства.
	Повага, доброзичливість, порядність	Уникнення безпідставної дискредитації професійної кваліфікації іншого лікаря.
	Вміння працювати в команді	Надання допомоги і порад колегам у коректній формі. Недопущення створення умов переходу пацієнтів від колег. Повага до медичного та допоміжного персоналу.
	Організаторські та лідерські якості	Піклування [керівником] про захист морально-етичних принципів, особистої гідності працівників, їхнє достатнє матеріальне забезпечення і соціальний захист, створення належних умов праці, підвищення кваліфікації підлеглих.

Примітка: Генезис автора [1-5; 21; 24; 29; 44]

За словами координатора проєкту Київського міжнародного інституту соціології, сьогодні існує дисбаланс між потребами ринку праці та якістю освіти випускників українських вишів, що стало однією з тем дослідження проєкту «Рейтинг університетів «Компас – 2022». Встановлено, що «при прийомі на роботу

роботодавці в основному звертають увагу на креативність, навички аналізу інформації, системне мислення, самонавчання (54%), стресостійкість, гнучкість, ініціативність, відповідальність (51%), рівень розвитку практичних навичок у сфері (47%) та рівень розвитку комунікативних навичок (37%)» [37]. Стандартні вимоги до медичного персоналу більшості приватних клінік України включають: «не менше п'яти років професійного стажу, наявність чинного диплома та сертифіката, наукових ступенів та вищих медичних розрядів. Однак, крім практичних навичок, важливу роль відіграють і особистісні якості лікаря, його культура спілкування, готовність до самовдосконалення, що перевіряється за допомогою спеціально розроблених співбесід і тестів» [29].

Крім того, існує перелік особистих якостей і навичок, яким віддають перевагу роботодавці при відборі фахівців, опублікований Health Occupations Students of America (HOSA) (табл. 1.2).

Лікарі-початківці, які зараз навчаються, стають свідками кардинальних змін у медичній галузі, зокрема нових пріоритетів розвитку охорони здоров'я та ставлення суспільства до медичної професії. Необхідно дбати про майбутнє вже сьогодні та створювати надійне підґрунтя для вирішення проблем, які можуть виникнути в українського суспільства в майбутньому. Саме процеси глобалізації та великих демографічних, соціальних, економічних та екологічних змін завели всі країни в глухий кут. Сьогодні міжнародне співтовариство розуміє, що здоров'я населення є важливим показником рівня розвитку країни, її рушійною силою. Інвестиції в охорону здоров'я є важливою передумовою успіху політичного, соціального та економічного процвітання сучасного суспільства. На початку XIX століття Хейл вважав, що «медицина є головною продуктивною силою, яка допомагає підтримувати здоров'я та працездатність людей» [64, с. 14].

Перелік особистих якостей і навичок, яким віддають перевагу роботодавці при підборі фахівців, за версією HOSA

ОСОБИСТІСНІ ЯКОСТІ ТА ВМІННЯ
1. Культура спілкування.
2. Чесність і справедливість.
3. Уміння працювати в команді.
4. Уміння встановлювати належні міжособистісні взаємовідносини.
5. Мотивація та ініціативність.
6. Дотримання етичних принципів.
7. Аналітичні вміння.
8. Гнучкість і адаптивність.
9. Комп'ютерна грамотність.
10. Організаторські якості.
11. Уважність до деталей.
12. Лідерські якості.
13. Упевненість.
14. Дружелюбність і комунікабельність.
15. Тактовність.
16. Вихованість і ввічливість.
17. Високі успіхи в навчанні.
18. Творчість.
19. Підприємливість і ризикованість.
20. Почуття гумору.

Примітка: Створено автором за [68]

У 2022 році на Мальті відбулася 62-га сесія Європейського регіонального комітету Всесвітньої організації охорони здоров'я, на якій за підтримки 53 країн-членів європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я було «презентовано нову стратегію розвитку медичної галузі до 2020 року. Відображаючи нову європейську політику в галузі охорони здоров'я, «Здоров'я 2020» є всеосяжною та послідовною концептуальною основою, яка ефективно відповідатиме поточним потребам сектору охорони здоров'я та забезпечуватиме соціальну справедливість у Європі. Загальною метою документа є значне покращення здоров'я та добробуту населення, зменшення соціальної несправедливості, зміцнення громадського здоров'я та забезпечення доступності універсальних, соціально справедливих, стійких та якісних, орієнтованих на

людину систем охорони здоров'я» [37, с. 1]. Україна висловлює свою підтримку цим положенням, включивши їх до проекту постанови Ради Міністрів України «Про схвалення концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України» [45].

Тому ми приходимо до висновку, що базових знань і навичок самотійно буде недостатньо, якщо не брати до уваги постійну етичну підготовку майбутнього лікаря. Студенту-медику важливо бути натхненним на вивчення всіх аспектів медицини, що дасть йому можливість в майбутньому виконувати своє основне завдання по обслуговуванню пацієнтів, проявляючи при цьому великий лікарський професіоналізм.

Генеральна медична рада Великої Британії (GMC) опублікувала рейтинг питань, які найбільше зачіпають сучасних пацієнтів, впливаючи на довіру пацієнтів до лікарів, а отже, і на загальний рівень медичної допомоги. Ці питання в основному стосуються двох аспектів медичної професії, а саме: медичної роботи, де найважливіші проблеми, виявлені пацієнтами, пов'язані з оцінкою, діагностикою та лікуванням, та взаємин між лікарем і пацієнтом, де пацієнти наголошують на великій важливості культури спілкування лікаря та шанобливому ставленні до нього (табл.1.3).

З наведеної вище таблиці видно, що пацієнти віддають перевагу морально-етичним аспектам, зокрема: «взаєминам між лікарем і пацієнтом, включаючи ефективну комунікацію, шанобливе ставлення до пацієнта, повагу до родичів або опікунів пацієнта, конфіденційність, відкритість і чесність, визнання помилок, а також чесність і порядність» [6].

Підсумовуючи, ми можемо стверджувати, що сучасні пацієнти краще поінформовані та поінформовані про проблеми, пов'язані зі здоров'ям. З огляду на це, їхні очікування стають дедалі вищими. Вони стають більш вимогливими. В результаті змінюється характер взаємин між лікарем і пацієнтом. Пацієнт більше не сприймає лікаря як єдине джерело всіх медичних знань. Сьогодні лікар є

консультантом, помічником і співробітником пацієнта одночасно.

Таблиця 1.3

**Класифікація проблем медичної практики за результатами дослідження
«Стан медичної освіти та практики у Великій Британії»**

Лікувальна робота	Обстеження, діагностика й лікування	<ol style="list-style-type: none"> 1. Недостатній рівень надання терапевтичних послуг. 2. Невірно обраний метод лікування. 3. Недостатньо кваліфіковане призначення ліків. 4. Хворобу не було діагностовано. 5. Виконана недостатня кількість аналізів і діагностичних процедур. 6. Помилковий діагноз. 7. Безвідповідальне призначення ліків. 8. Неналежний супровід пацієнта. 9. Не було надано невідкладну допомогу. 10. Зволікання в постановці діагнозу. 11. Несвоєчасне лікування. 12. Призначення ліків без обстеження. 13. Призначення ліків без належного збору анамнезу.
Відносини «лікар- пацієнт»	Культура спілкування	<ol style="list-style-type: none"> 1. Невміння лікаря відповісти на питання, що * хвилюють пацієнта. 2. Невміння лікаря надати пацієнту необхідну інформацію. 3. Невміння лікаря слухати пацієнта. 4. Невміння лікаря задовольнити комунікативні потреби пацієнта. 5. Невміння лікаря пояснити помилку або проблему, що виникла. 6. Невміння лікаря попросити вибачення у пацієнта. 7. Висловлення або демонстрація неповаги до точки зору пацієнта. 8. Невміння лікаря надати пояснення. 9. Невміння лікаря спілкуватися з молоддю та дітьми. 10. Невміння лікаря спілкуватися іноземною мовою. 11. Невміння лікаря визнати та виправити заподіяну пацієнтові шкоду.
	Шанобливе ставлення до пацієнта	<ol style="list-style-type: none"> 1. Прояв грубості до пацієнта. 2. Прояв неповаги до пацієнта. 3. Нехтування встановленням партнерських взаємовідносин з пацієнтом. 4. Нечесна поведінка лікаря. 5. Словесні образи на адресу пацієнта.

Примітка: Сформовано автором за [57]

В результаті патерналістська модель спілкування з пацієнтом втратила свою актуальність. На зміну їй прийшли інформативна (об'єктивний лікар, незалежний пацієнт), інтерпретаційний (переконливий лікар) і консультативний (довіра і

взаємна згода) моделі, засновані на принципах інтересу пацієнта, автономії та соціальної справедливості.

1.2. Структура компетентностей з медичної деонтології в закладі охорони здоров'я

Термін «деонтологія» походить від грецьких слів «deontos», що означає обов'язок, і «logos» - знання, наука. Стенфордська філософська енциклопедія тлумачить це поняття так: «Деонтологія — це наука, яка вивчає моральні зобов'язання, їхню природу та походження». Деонтологія відноситься до моральних або етичних теорій, згідно з якими діяльність управляється і оцінюється відповідно до наших обов'язків. (Деонтична етика - етика обов'язку)» [60].

«Обов'язок - основа моральних принципів поведінки, що впливають з усвідомлення власних зобов'язань перед особистістю і суспільством. Пелешук, А. П. Він визначає медичний обов'язок як кваліфіковане виконання лікарем професійних обов'язків, викладених у стандартах морально-етичного та правового регулювання медичної діяльності» [36, с. 73].

Мруга М.Р. зазначає, що, з одного боку, «обов'язок передбачає формальне виконання професійних і функціональних завдань медичного персоналу, а з іншого – підпорядкування власних інтересів інтересам суспільства» [34, с. 2-0]. Ми віримо, що за таких обставин лікар діятиме гуманно, самовіддано, альтруїстично та благочестиво.

Оскільки медична етика або деонтична етика є частиною медичної етики, то термін «медична етика» є «розділом професійної етики, який розглядає сукупність нормативних принципів і норм медичної поведінки, виходячи зі специфіки їх діяльності та ролі, яку вони відіграють у суспільстві» [34, с. 2 і 1]. У глосарії, опублікованому Всесвітньою організацією охорони здоров'я, «медична етика – це наука, яка вивчає норми та цінності, функція яких полягає в постійному

регулюванні та моніторингу дій, пов'язаних із прийняттям рішень у сфері охорони здоров'я на міжособистісному, інституційному чи державному рівні, при цьому результати або наслідки цих рішень визначаються відповідно до цих стандартів та співвідносяться та оцінюються» [30].

Вперше термін «деонтологія» Д. Бейтс вжив у своїй науковій праці «Деонтологія або наука про мораль». «Деонтологія або наука про мораль») в 1834 році. Під етикою він має на увазі науку про професійну поведінку людини. Д. Бейтс стверджує, що деонтологія або етика (в широкому сенсі цього слова) - це «галузь мистецтва і науки, яка має на меті навчити кожного, як збільшити своє щастя, яке залежить від його поведінки, тобто. що думки і вчинки повинні збільшувати обсяг людського щастя» [30]. Д. Бейтс вважає, що «благородство, найважливіша властивість людини, його поведінка, вчинки і поведінка, виражається в таких морально-етичних категоріях, як мудрість, добре серце, справедливість, поміркованість і помірність у всьому, мужність, щедрість, правдивість» [30]. Ми згодні з думкою Д. Бентама про те, що ніхто не може нікого змусити завжди діяти певним чином. З цієї причини діяльність професора в медичному коледжі повинна бути спрямована на те, щоб переконати майбутнього лікаря в тому, що благородні вчинки і вчинки входять в план його інтересів, тобто тільки мотивація студента-медика сприятиме позитивним навчальним і виховним результатам. і в майбутньому до успішної професійної діяльності.

М. М. Петров, основоположник російської онкології, першим ввів у вітчизняну медичну літературу поняття медичної етики («Питання хірургічної деонтології», 1945). З точки зору Л.Ю. Авучі, І.Є. Булаха та О.В. Голіка, *медична етика* – це «наука про моральне, естетичне та інтелектуальне уявлення лікаря, універсальний морально-етичний регулятор медичної діяльності, морально-етична стратегія і тактика лікаря, що забезпечує фізичне і психічне благополуччя хворого» [13].

На думку Волосовця О.П., професія лікаря, так само як і професія вчителя,

включає в себе «взаємодію людей, суб'єктом яких є людина, чийм знаряддям є людина, чий продукт є особистістю» [16]. Перераховані вище особливості професії лікаря мають на увазі для студента-медика необхідність перейняття медичної культури і професійної соціалізації, що неможливо без формування етично грамотної особистості. Термін «культура» охоплює певний набір «цінностей, переконань, традицій і поведінки, притаманних певній групі людей, що взаємодіють у певному професійному середовищі» [16]. Слід зазначити, що «медична культура виникла протягом тисячоліть під впливом традицій, започаткованих Гіппократом, прихильниками моральних теорій і теорій чесноти» [30]. ЛМІ функціонують як єдине моральне суспільство з єдиними нормативними правилами поведінки та моральними цінностями своїх членів. О.П. Волосовець, С. П. Кривопустов, Н. В. Нагорна розглядає «мораль (від лат. *moris* - темперамент, звичка, характер) як те, що визначає цінності людини, регулює його поведінку на основі фундаментального протистояння добра і зла» [16].

І. М. Богданова дає визначення «соціалізації (від латинського «соціалізація»). *Socialis* - соціальний) як історично обумовлений процес розвитку, доставки і засвоєння особистісних цінностей, норм, установок, поведінкових патернів, властивих конкретному професійному суспільству» [15]. Він підкреслює, що це змушує індивіда активно відтворювати соціальний досвід, який він отримав у своєму бізнесі та спілкуванні. Соціалізація може відбуватися як в «умовах виховання, тобто в свідомому становленні учня, так і в умовах спонтанного впливу на особистість» [15]. На думку Сенюта І. В. Соціалізація - це «процес, за допомогою якого людина набуває моральних якостей і цінностей, інтересів, умінь і навичок. знання, а значить, і культура групи, якою він хоче стати, з соціологічної точки зору медична освіта повинна перетворити звичайну, непрофесійну людину в лікаря, чого і очікує суспільство» [46] (рис. 1.2).

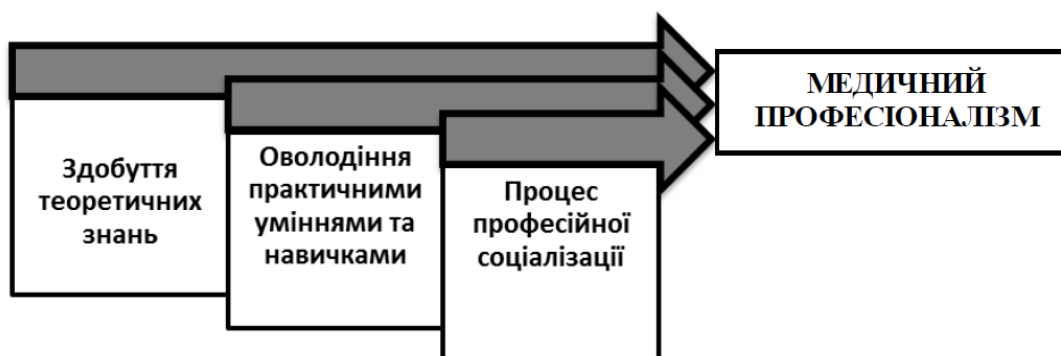


Рис. 1.2 Шлях пересічного громадянина до медичного професіоналізму
Примітка: Сформовано автором за [46]

Отже, з одного боку, «професійна соціалізація - це безперервний процес світогляду, передачі та інтерналізації цінностей і норм, які характеризують і відрізняють певну професію від інших» [30]; з іншого боку, ми розглядаємо професійну *соціалізацію* як результат «формування повноцінного представника професійної спільноти, який поділяє її цінності, норми та принципи, що відображається у змінах у поведінці та світогляді та здатності до професійної праці» [6]. Формальна професійна соціалізація забезпечується викладачами під час навчального процесу та стажування студентів. Неформальна професійна соціалізація відбувається, коли студенти або вже працюючі люди взаємодіють зі своїми колегами в повсякденному трудовому житті, коли у них є можливість спостерігати за їх діями і поведінкою.

З аналізу наукових джерел випливає наступний висновок: по-перше, медична етика - це професійна етика медичного персоналу, яка займається проблемою професійної поведінки медичного персоналу, моральність якого визначається їх морально-етичними і юридичними зобов'язаннями перед пацієнтами, колегами і суспільством в цілому; По-друге, медична етика служить фундаментальною основою виховання і навчання лікарської культури і є одним з факторів професійної соціалізації майбутніх лікарів.

Підготовка майбутніх лікарів у сфері медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії є результатом етичного навчання. Етичне виховання – це «свідомий і контрольований процес тренування етичної компетентності студента-медика за

умови, що він організований і розвинений на заняттях, з одного боку, і опосередковано, з іншого, коли в гру вступає «прихована навчальна програма» [14]. Етичне виховання може бути особливим, якщо воно здійснюється в рамках вивчення етичних тем, встановлених навчальним планом, і контекстуально, якщо воно розробляється в рамках інших навчальних програм.

Метою етичного виховання є підготовка компетентних етичних осіб, які на основі орієнтації цінностей, знань, умінь і навичок, набутих у медичній етиці, здатні виконувати свої професійні обов'язки на належному рівні.

Етично компетентні особи мають відповідний рівень етичної компетентності, «загальної навички, заснованої на знаннях, досвіді, цінностях і навичках, набутих під час навчання» [33]. У дослідженні узагальнено та розглянуто поняття *етичної компетентності*, оскільки воно об'єднує «сукупність знань, умінь та ставлень, сформованих у майбутніх лікарів під час оволодіння всім змістом медичної освіти, що слугує показником і водночас результатом професійної та особистісної готовності лікаря до роботи з пацієнтами» [14]. Вона виступає регулятором ваших дій, забезпечуючи свідомий вибір стилю поведінки відповідно до встановлених професійних норм і вимог.

Завданнями етичного навчання є передача наступних факторів: розуміння та усвідомлення студентами-медиками важливості гуманістичних цінностей, необхідності дотримання правил і принципів медичної етики, прагнення до самонавчання та професійного та особистісного розвитку, формування дуже морального образу майбутнього лікаря, формування здатності приймати рішення та діяти відповідно до вимог лікаря. застосовна законодавча база, правила професійної етики; навчання застосуванню принципів професійного спілкування; Навчання вмінню запобігати конфліктам, запобігати та долати стреси, працювати в команді.

Теоретичний аналіз проблеми підготовки навичок майбутніх лікарів у галузі медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії дозволив визначити такі

матеріальні осі етичного виховання: *морально-етичні цінності, культура спілкування, управління колективом та організація співпраці, прийняття рішень з урахуванням професійних норм та вимог.*

До специфічних компетенцій медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії належать:

1. «Семантична компетенція цінностей (формування оціночних орієнтацій).
2. Комунікативна компетентність (тренування здатності соціалізуватися, встановлювати і підтримувати міжособистісну взаємодію, за допомогою сукупності знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективне спілкування).
3. Лідерські та організаторські навички (розвиток лідерських якостей, емоційної стійкості, готовності до лідерства, організаторських навичок та навичок роботи в команді)
4. Нормативно-правова компетентність (підготовка органу, що приймає рішення, відповідно до професійних стандартів і вимог, встановлених морально-етичними принципами, професійними обов'язками лікаря та чинною законодавчою базою» [33].

Ми вважаємо, що створення навчального середовища сприятиме навчанню майбутніх лікарів у цих темах, починаючи від медико-етичних навичок і закінчуючи міжособистісною взаємодією.

З аналізу наукової літератури можна зробити висновок, що якщо розглядати його як один з факторів формування медичної культури і професійної соціалізації, то на рівні міжособистісної взаємодії зростає значення процесу підготовки навичок майбутніх лікарів в області медичної етики.

Висновки до розділу 1

Аналіз вітчизняних наукових досліджень показав, що необхідно поглибити вивчення проблеми компетентності фахівців з медичної етики відповідно до

сучасних вимог фахівця в галузі медицини, а також розробити методику організації навчального процесу, яка створить умови для безперервного навчання навичок майбутніх лікарів з медичної етики через рівень міжособистісної взаємодії, що вивчається. Будь-яке заняття, теоретичне чи практичне, яке використовує освітній потенціал навчальних дисциплін у контексті вищої медичної освіти.

Виходить, що у відповідь на комерціалізацію медицини і подальше невдоволення суспільства більшість вимог до ведення медичної діяльності формулюються з етичної точки зору, змінюються ролі лікарів і пацієнтів, їх взаємозв'язок набуває нових властивостей і властивостей: інформативні, Інтерпретативно-дорадчі моделі прийшли на зміну патерналістській моделі комунікації лікаря і пацієнта. Загальна картина сучасного лікаря складається з гарантованої компетентності, ряду професійних і особистісних якостей гуманістичної, соціальної, професійної та економічної спрямованості, високої культури спілкування, вміння працювати в команді і організовувати власну роботу, знання професійних завдань, правил і вимог.

Прийнято, що в професійній діяльності лікаря зараз керуються основними принципами первинності інтересів пацієнта, його автономії та соціальної справедливості. Повне дотримання лікарем цих правил гарантує виконання своїх професійних обов'язків: постійний розвиток професійної компетентності, захист інтересів пацієнта, дотримання лікарської таємниці, встановлення довірчих відносин з пацієнтом, підвищення якості медичних послуг, покращення доступу до медичної допомоги, справедливий розподіл ресурсів, проведення науково-дослідної діяльності тощо. незалежність та декомерціалізація професійної діяльності.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ДЕОНТОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛУ В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Характеристика організаційної структури та організаційного забезпечення деонтології персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я

Основою забезпечення етики працівників організації є організаційна структура. Якщо розглядати організаційну структуру як об'єкт дослідження, то під нею розуміють три основні складові: «склад організаційних одиниць, систему організаційних зв'язків, організаційне навантаження організаційних одиниць і організації в цілому» [15]. Структура організаційної структури підприємства, установи, організації визначається рядом факторів, перш за все, розміром, соціально-функціональною функцією, цілями і змістом діяльності.

Спеціалізована медична допомога в сучасній системі охорони здоров'я України зазвичай надається в обласних і республіканських медичних закладах, які в більшості випадків мають статус клінік.

Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради є частиною системи охорони здоров'я України за системним підходом.

У рамках аналізу організаційних засад реалізації функціональної діяльності закладу охорони здоров'я, що вивчається в рамках реформування сектору охорони здоров'я, враховуючи, що цей заклад є частиною системи охорони здоров'я України, ми використаємо інформацію, надану в національній стратегії, для розбудови нового середовища система охорони здоров'я в Україні за період 2015-2025 рр. [29]

У цьому документі зазначається, що «політичні та виконавчі лідери, а також законодавча гілка влади України зберегли недоторканою систему охорони здоров'я, успадковану від радянських часів, а саме державну та фінансовану комплексну модель Семашка, спрямовану на збереження лікарень, з вкрай фрагментованим управлінням та зосередженими послугами, спрямованими на

лікування окремих несерйозних гострих захворювань. і реальна відсутність профілактики. Система не змогла задовольнити потреби здорового населення та впоратися зі зростаючим тягарем неінфекційних захворювань» [29].

Система також не враховувала міжнародні тенденції модернізації та зміцнення РРП (наприклад, брак простору та можливостей для розвитку приватного сектору) та не сприяла формуванню політики у критично важливих сферах, таких як інформаційні технології. «Є багато доказів того, що система продовжує культивувати значні сфери неефективності та корупції» [14]. Стало зрозуміло, що організаційні структури закладів охорони здоров'я та організаційне забезпечення системи охорони здоров'я вже не відповідають потребам часу.

Виходячи з розробленої в науковій літературі точки зору з оцінки організаційного забезпечення функціональної діяльності закладів охорони здоров'я, підкреслимо, що вона містить ряд різноспрямованих заходів (щодо побудови організаційної структури, організації роботи персоналу та його інформаційного забезпечення тощо), спрямованих на правильне виконання ними своїх функцій і завдань. а) для у межах, дозволених цією конвенцією; генеральний секретар забезпечує, щоб генеральний секретар:

Виходячи з проєкції вищевикладеного на досліджуваний заклад охорони здоров'я, розглянемо організаційне забезпечення цієї системи як сукупність структурних одиниць та заходів щодо визначення її структурних компонентів (об'єктів і тем управління, технологій, процесів і методів управління, що використовуються суб'єктами для впливу на об'єкти охорони здоров'я). З метою забезпечення того, щоб положення цієї Конвенції не застосовувалися до компетентних органів.

Зміст організаційних засад реалізації функціональної діяльності закладу третинної медичної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я пізнається через формування мережі організаційно-функціональних зв'язків, що забезпечують цілісність системи управління. фактичне співвідношення складових компонентів.

У статуті (зі змінами, внесеними 21 листопада) Комунальне некомерційне

підприємство «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради (далі – КНП «ТОКЛ» ТОР) зазначено, що це лікарняний фонд охорони здоров'я, некомерційне муніципальне унітарне підприємство, яке надає медичні послуги з догляду за пацієнтами.

КНП «ТОКЛ» ТОР є законним спадкоємцем усіх активів, прав, обов'язків та відповідальності Тернопільської університетської лікарні, а також некомерційної комунальної корпорації «Тернопільська університетська лікарня» Тернопільської ради, яка відповідно до рішення Тернопільської районної ради від 6 листопада 2018 року № 1255 «Про перетворення Університетської лікарні м. Тернополя на комунальне підприємство неприбуткова організація «Тернопільська університетська лікарня» Тернопільської районної ради» [31].

КНП «ТОКЛ» ТОР – «об'єкт, що перебуває у спільній власності органів місцевого самоврядування в селах, агломераційних та селищах Тернопільської області, представлений Тернопільською обласною радою» [31].

Власником, засновником та керівним органом КНП «ТОКЛ» ТОР є Тернопільська обласна рада. КНП «ТОКЛ» ТОР «підпорядкований, відповідальний та підконтрольний засновнику, а також секторально підпорядкований департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації в межах повноважень, встановлених чинним законодавством України» [31].

КНП «ТОКЛ» ТОР «займається некомерційною господарською діяльністю, спрямованою на досягнення соціальних та інших результатів на некомерційній основі. Забороняється ділити весь або частину доходу (прибутку), отриманого від КНП «ТОКЛ» ТОР, між засновником, працівниками підприємства (за винятком винагороди за свою працю, накопичення єдиного внеску на соціальне страхування), членами органів управління та іншими пов'язаними з ними особами» [31].

Для цілей статті 1.6 затвердженого Статуту використання власних доходів (прибутків) виключно з метою фінансування операційних витрат такої неприбуткової організації, досягнення її мети, завдань та діяльності, визначених Статутом, не розглядається як розподіл доходів некомерційного комунального

підприємства «ТОКЛ» ТОР [31].

Діяльність компанії зосереджена на реалізації конституційного права жителів Тернопільської області на медичну допомогу, виконанні указів Президента України, рішень Ради Міністрів України, інших законодавчих та законодавчих актів, що дозволяють здійснити глибокі структурні зміни в медичній сфері, впровадження європейських стандартів для покращення права громадян на охорону здоров'я. Кінцевим результатом цього є збереження генетичної спадщини нації.

КНП «ТОКЛ» ТОР є «клінічною базою державних кафедр вищої освіти» в Тернопільському державному медичному університеті. І.Я. Горбачовського МОЗ України «відповідно до угоди про спільну діяльність у галузі практичної медицини, наукових досліджень та медичної освіти» спільно з університетом, базою медичних, фармацевтичних та вищих навчальних закладів (установ) науково-дослідних установ (установ) усіх рівнів акредитації та вищих навчальних закладів» [31].

В результаті цих перетворень компанія стала юридичною особою, що регулюється публічним правом. Компанія набуває прав та обов'язків юридичної особи з моменту реєстрації в державі.

Шкода, заподіяна КНП «ТОКЛ» ТОР внаслідок виконання рішень органів державної влади або органів місцевого самоврядування, визнаних судом неконституційними або недійсними, може бути відшкодована добровільно або за рішенням суду.

Обласна клінічна лікарня м. Тернополя має право «укладати договори (контракти), набувати особисті немайнові права, мати обов'язки бути фізичною особою та брати участь у справах, які розглядаються українськими судами, третейськими та міжнародними трибуналами» [31].

Він самостійно розробляє свою організаційну структуру і чисельність співробітників. Структура досліджуваного закладу охорони здоров'я була затверджена після попередньої консультації із засновником та управлінням охорони здоров'я Тернопільської обласної державної адміністрації КНП «ТОКЛ»

ТОР, за попередньою консультацією із засновником та департаментом охорони здоров'я районної адміністрації Тернопільської держави. визначені та затверджені працівники закладів охорони здоров'я [31].

Суб'єктом у системі охорони здоров'я є надання медичних послуг на основі погодження лікарських засобів.

Майно КНП «ТОКЛ» ТОР «перебуває у спільній власності територіальних громад сіл, агломерацій та міст Тернопільської області та має право оперативного управління. Активи КНП «ТОКЛ» ТОР складаються з оборотних і основних засобів, основних засобів і грошових коштів, а також інших цінностей, переданих засновником, вартість яких відображена в окремому балансі КНП «ТОКЛ» ТОР» [31].

Всі питання, пов'язані з відмовою від основоположного права на балансі некомерційного комунального підприємства «ТКЛ» ТОР або його продажем, вирішувалися виключно з засновником.

Згідно з аналізом, «джерелами активів та ресурсів зазначеного медичного закладу є: активи, передані КНП «ТОКЛ» ТОР відповідно до рішення про його встановлення; кошти обласного бюджету (бюджетні кошти); власний дохід КНП «ТОКЛ» ТОР: кошти від здачі в оренду (за згодою засновника) майна, виділеного лікарні; кошти та інші активи від реалізації продукції (робіт, послуг); асигнування на конкретне фінансування та доходи; кошти, отримані за договорами з Центральним офісом на реалізацію державної політики у сфері фінансових гарантій лікарень. держава для лікарень; кошти, отримані за договорами з Центральним офісом на реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій для лікарень. комунальні послуги; банківські кредити, нерухоме майно, придбане іншими фізичними або юридичними особами, та активи, отримані безоплатно або у вигляді безповоротної чи благодійної допомоги від юридичних чи фізичних осіб; гранти, надходження з фондів на реалізацію програми соціально-економічного і культурного розвитку регіонів, програми розвитку медичної галузі; майно та кошти з інших джерел, не заборонених законодавством України; інші джерела, не заборонені законодавством України»

[31].

За період обстеження обласна клінічна лікарня м. Тернополя не використовувала кредити для виконання нормативних вимог, не орендує, не використовує та не позичає активи, передані іншим юридичним та фізичним особам.

КНП «ТОКЛ» ТОР самостійно організовує та веде бухгалтерський облік, веде статистичну звітність та медичні висновки, а також надсилає їх до органів, до компетенції яких здійснюють нагляд за відповідними сферами діяльності медичного закладу. Власні доходи КНП «ТОР» використовуються відповідно до законодавства України.

У межах наданих прав для забезпечення функціональної діяльності досліджуваній медичний заклад зобов'язаний:

- «передавати і приймати інформацію та обладнання, необхідне для виконання покладених на нього завдань;

- планує та здійснює свою статутну діяльність, визначає основні напрями розвитку відповідно до своїх завдань та цілей, у тому числі спрямування коштів, отриманих від господарської діяльності, на утримання медичного закладу та його матеріально-технічне забезпечення;

- укладає фінансові договори та контракти з підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності та підпорядкування, а також з фізичними особами відповідно до законодавства України;

- співпрацює з іноземними організаціями відповідно до законодавства;

- самостійно приймає методичні рекомендації щодо використання коштів у порядку, встановленому законодавством України, з урахуванням положень Статуту;

- самостійно здійснює будівництво, реконструкцію, капітальний і поточний ремонт основних фондів;

- залучати інші підприємства, установи та організації до виконання своїх статутних завдань у встановленому законодавством порядку;

- співпрацює з іншими закладами охорони здоров'я, науковими установами та

фізичними особами-підприємцями» [31].

Як медичний заклад, КНП «ТОКЛ» ТОР консультиє фахівців інших закладів охорони здоров'я за запитом з питань, що належать до компетенції підприємства.

Для досягнення статутної мети своєї діяльності він звертається до фахівців (у тому числі іноземних фахівців) у межах затвердженого в установленому порядку фінансового плану (кошторису).

Структура Обласної клінічної лікарні м. Тернополя складається з 6 центрів, серед яких 19 спеціалізованих лікарняних відділень та 13 параклінік, 4 допоміжні відділення та один сектор, серед яких:

- «-Центр внутрішньої медицини місткістю 300 терапевтичних ліжок;
- Хірургічний центр місткістю 365 хірургічних ліжок;
- Консультативно-діагностичний центр на 200 щоденних відвідувань з реєстрацією за 24 спеціальностями;
- Робота центру з лікарями в навчанні та медичним персоналом в навчанні.
- Центр вивчення тимчасової втрати працездатності та якості лікувально-діагностичного процесу;
- Центр кадрів та юридичних консультацій;
- фінансово-економічний сектор» [31].

У статуті закладу зазначено: «Управління лікарнею здійснює обласна рада Тернополя на засадах поєднання централізованого керівництва голови ради (генерального директора) та самоврядування персоналу» [31].

Рада директорів лікарні вирішує основні поточні проблеми діяльності некомерційного комунального підприємства «ТКЛ» ТОР. «До складу Правління входять 9 осіб: голова правління, генеральний директор, головний лікар, медичний директор, заступник медичного директора з хірургії, керівники центрів і сектору та головний бухгалтер» [31].

Робота персоналу чітко регламентована. Працівники КНП «ТОКЛ» ТОР виконують свою роботу відповідно до статуту, колективного договору та посадових інструкцій (функціональних функцій) закладу відповідно до законодавства України.

КНП «ТОКЛ» ТОР самостійно здійснює оперативний та бухгалтерський облік за результатами своєї діяльності та процесів, збір персональних даних працівників, а також юридичну, фінансову та кадрову звітність. Порядок обліку та подання звітності персональних, бухгалтерських, статистичних, фінансових та кадрових даних регулюється чинним законодавством України.

Контроль якості медичної допомоги всередині компанії здійснюється шляхом перевірки того, що якість медичної допомоги відповідає міжнародним принципам доказової медицини, вимогам галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та законодавству України.

Проведений аналіз дозволяє підтвердити, що досліджуваний КНП «ТОКЛ» ТОР розвиває свою діяльність відповідно до вимог некомерційної комунальної корпорації, що свідчить про те, що трансформаційні зміни, характерні для медичної реформи, відбулися.

Нові вимоги стосуються і одного з найважливіших структурних підрозділів – Консультативно-діагностичного центру. До складу консультативно-діагностичного центру входять: «обласна консультативна амбулаторія; обласне відділення ендокринології-фармації; фармація в обласному відділенні кардіології; Обласна дирекція аптек при Центрі радіаційного захисту населення; Мобільний лабораторно-діагностичний комплекс» [31].

2.2. Структурно-функціональний аналіз деонтології персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я

Відповідно до запропонованої мети, метою дослідження є організація функціональної діяльності обласної клінічної лікарні, завданнями якої представлено в табл. 2.1.

Досліджуваний медичний заклад здійснює некомерційну господарську діяльність, організовує свою діяльність відповідно до затвердженого засновником господарського плану, самостійно організовує виробництво продукції (заводів, послуг) та реалізує її за цінами (цінами), визначеними в установленому законодавством порядку.

Таблиця 2.1

Завдання закладу

Завдання
створити разом із засновником необхідні умови для надання доступної та якісної медичної допомоги дорослому населенню Тернопільської області;
організація належного управління лікувально-внутрішнім діагностичним процесом та ефективне використання активів лікарні та інших ресурсів;
безоплатне надання пацієнтам високоспеціалізованих медичних послуг на місці або в лікарні та за винагороду відповідно до законодавства, включаючи екстрену (екстрену) невідкладну допомогу, необхідну для забезпечення належної профілактики, діагностики та лікування захворювань, травм, отруєнь або інших проблем зі здоров'ям,
надання високоспеціалізованої амбулаторно-поліклінічної медичної допомоги (консультації) пацієнтам відповідно до законодавства, безоплатно та за плату;
у разі необхідності організовувати медичне обслуговування хворих з вищим ступенем спеціалізації на базі інших закладів охорони здоров'я, направляти хворих до цих закладів у встановленому законодавством порядку;
організовувати взаємодію з іншими закладами охорони здоров'я для забезпечення безперервності надання медичної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів охорони здоров'я;
розслідування тимчасової непрацездатності та контроль за видачею довідок непрацездатності, що підлягають видачі,
направлення осіб зі стійкою втратою працездатності на медико-соціальну експертизу придбання, зберігання, транспортування, збут, знищення та використання наркотичних засобів, психотропних засобів».

Примітка. Складено за матеріалами закладу

Для здійснення закупівель товарів, робіт чи послуг у КНП «ТОКЛ» ТОР використовує процедури закупівель, встановлені Законом України «Про публічні закупівлі», якщо інше не передбачено законодавством України.

Структурно-функціональний аналіз, проведений в ході дослідження, підтверджує наступне. Основні функції у сфері діагностики та терапії чітко закріплені за відповідними структурними підрозділами лікарні. Проаналізуємо контент за масштабами консолідації.

Консультативно-діагностичну функцію в основному виконує Консультативно-поліклінічна консультація обласної амбулаторії.

Шляхом проведення консультативної та організаційно-методичної роботи Обласна амбулаторно-консультативна поліклініка займає провідні позиції в системі амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню області.

«За пацієнтами доглядають 22 фахівці-спеціалісти, які надають 20 консультацій спеціалістів. Крім того, пацієнти завідувачів відділень та

співробітники клініки Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського консультуються згідно з графіком» [31].

«В середньому щороку сюди приїжджає понад 80 000 пацієнтів, з яких понад 8 000 направляються до спеціалізованих служб лікарні для обстеження та лікування. Значна частина пацієнтів отримує кваліфіковані консультації щодо стану свого здоров'я, які обстежуються фахівцями експертних медико-соціальних комітетів за профілем, медико-правових візитів, військово-лікарських комісій, страхових компаній тощо» [31].

Сурдологічний кабінет обласної консультативної амбулаторії є єдиним в області для дослідження слухового органу та вестибулярного аналізатора у дорослого населення з використанням сучасних аудіометричних методик для визначення причини захворювання, методу лікування (консервативного чи хірургічного) та прогнозування можливих наслідків у перебігу хвороби, необхідних форм реабілітації.

Згідно з виконанням державних програм, пацієнти з онкогематологічною патологією та пацієнти, які перенесли трансплантацію органів і перебувають на обліку в аптеці під наглядом профільних спеціалістів, отримують амбулаторне лікування, включаючи імуносупресивну терапію.

Висококваліфікована медична допомога, як один з видів функціональної діяльності досліджуваного медичного закладу, має місце в аптечних службах.

Тому основним завданням відділу обласної ендокринологічної фармації є переважно вузькоспеціалізована діагностична, лікувальна та консультативна допомога хворим з ендокринними захворюваннями.

Пацієнтами опікуються 3 ендокринологи, офтальмолог і невролог. При виникненні ускладнень на нозі, особливо якщо мова йде про «діабетичну стопу», пацієнтів консультують хірурги відповідного профілю (грунтознавець або судинний хірург). Пацієнтів з важкою ендокринною патологією та її ускладненнями консультують науковці Тернопільського національного медичного університету.

Щорічно понад 9 000 пацієнтів звертаються за консультаціями спеціалістів та

понад 2 500 пацієнтів приймаються до ендокринологічного відділення лікарні.

Враховуючи поширеність ендокринних патологій в області, несприятливу екологічну ситуацію через дефіцит йоду та збільшення кількості хворих на цукровий діабет, Інститут регіональної ендокринології-фармації проводить амбулаторний моніторинг рівня глюкози в крові у хворих на рухливий цукровий діабет.

У діабетичному стоячому залі впроваджена методика черезшкірного визначення парціального тиску кисню в тканинах, в простір діабетичної ретинопатії - обстеження сітківки для раннього виявлення і динамічного моніторингу ускладнень цукрового діабету - діабетичної глаукоми і діабетичної ретинопатії.

У цьому відділенні фармації виконуються певні діагностичні лабораторні функції, зокрема, «біохімічні аналізи крові, визначення глікованого гемоглобіну, рання діагностика діабетичної нефропатії» [31].

Основним завданням Інституту обласної кардіофармації є надання спеціалізованих консультацій та лікувально-діагностичної підтримки хворим з кардіологічною патологією області, а також організаційно-методичних консультацій лікарів-кардіологів Тернопільської області.

Пацієнтами опікуються 3 кардіологи, невролог і лікар, що спеціалізується на УЗД. Щорічно вони надають висококваліфіковану консультативну та діагностичну допомогу близько 9000 пацієнтам, а також спеціалізоване лікування понад 2000 пацієнтів.

Впроваджені в практику всі сучасні методи обстеження хворих на серце, включаючи електрографічне та ультразвукове дослідження, велоергометрію, тривале вимірювання артеріального тиску та ін.

Завданням обласного відділення спеціалізованих клінік радіаційного захисту населення є надання спеціалізованої організаційно-методичної підтримки лікарям поліклінік області для здійснення нагляду за постановкою на облік населення регіону, яке постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС або інших радіаційних впливів.

Особи, які мають статус потерпілих або евакуйованих внаслідок аварії на

ЧАЕС, можуть отримати висококваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу у відділенні обласної аптеки та у спеціалізованих пацієнтських відділеннях лікарні. Для надання вузькоспеціалізованої допомоги людям зі статусом постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС у лікарні було виділено 15 спеціальних ліжок.

З метою надання спеціалізованого керівництва сільському населенню сільської місцевості області функціонує мобільна та комплексна діагностична лабораторія, оснащена лабораторією загальноклінічних та біохімічних досліджень, обстежень ендоскопічним обладнанням, кольпоскопом та обладнанням ЕКГ. Щороку мобільна бригада медичної підтримки центру опитує близько 5 000 дорослих у регіоні.

Високоспеціалізовану допомогу, один з основних видів функціональної діяльності в досліджуваному медичному закладі, надають також професорсько-викладацький склад Тернопільського національного медичного університету. Горбачевського, який бере участь у процесі лікування та діагностики.

Проведений структурно-функціональний аналіз був зосереджений лише на системі трансформації досліджуваного медичного закладу, тобто системи медичної допомоги та послуг.

Особливу увагу слід приділити підтримуючої підсистемі. Функціональна діяльність пов'язана з управлінням фізичними, фінансовими, інформаційними та людськими ресурсами.

Проведений структурно-функціональний аналіз показує, що основними функціями, реалізованими в досліджуваній ПНК, є:

1) «щодо матеріальних ресурсів: виявлення потреби в матеріальних ресурсах, облік матеріальних цінностей, звітність перед контролюючими органами про рух матеріальних цінностей, контроль за використанням активів, інвентаризація активів, виконання самих робіт, реконструкція, капітальний ремонт та поточний ремонт;

2) у сфері людських ресурсів: забезпечення дотримання законодавства про працю, норм і форм охорони праці, техніки безпеки, соціальної захищеності, сприяння розвитку медичних закладів, безперервного навчання та мотивації

працівників;

3) щодо фінансових ресурсів: реалізація політики держави у сфері державних фінансових гарантій, встановлення орієнтирів використання коштів, підготовка прогнозів, бюджету лікарні, забезпечення своєчасної сплати податків та інших фінансових зобов'язань з урахуванням статутної діяльності, забезпечення фінансової звітності, накопичення власного капіталу та раціонального використання ресурсів капіталу для потреб лікарні;

4) у сфері джерел інформації: інформаційне забезпечення управлінських рішень, інформаційне забезпечення діагностичних та лікувальних процесів, документування роботи, створення банку інформації про пацієнтів, надання протоколів лікування, інформація про сучасні медичні технології, комунікація між структурними підрозділами лікарень, з місцевими органами влади, Національною службою здоров'я України, Міністерством охорони здоров'я України, фондами та благодійними організаціями» [31].

Таким чином, структурно-функціональний аналіз показав, що залежно від переліку та змісту реалізованих функцій етика персоналу досліджуваного медичного закладу відповідає характеру трансформаційної діяльності, що виникає внаслідок зміни статусу організації, перетворення її на неприбуткове комунальне підприємство, автономії діяльності, зміни виду фінансування. Процеси цифровізації, впровадження нової моделі економічних відносин з органами державної влади.

Критично оцінюючи управлінську діяльність адміністрації медичного закладу, керівники структурних підприємств підтверджують, що їх зміст, система управління та інші комунікаційні зв'язки відповідають вимогам, що пред'являються до управління закладами охорони здоров'я. Обласна клінічна лікарня в Тернополі вирізняється не лише спільною моделлю організаційного забезпечення функціональної діяльності, а й корпоративною культурою. Є проблеми з ресурсом розгортання.

2.3. Ресурсне забезпечення деонтології персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я

«Функціонування КНП «ТОКЛ» ТОР, як і інших медичних закладів, пов'язане із залученням, використанням та трансформацією різних видів ресурсів для досягнення продукту своєї діяльності: високопрофесійної та якісної медичної допомоги, що включає матеріальну, кадрову, інформаційну, фінансову та адміністративну допомогу» [31].

Матеріальні ресурси закладу охорони здоров'я - це «сукупність предметів і робочого обладнання, якими володіє медичний заклад. Фактично це основні засоби: споруди, будівлі, ліжка, лабораторне та діагностичне обладнання, виробнича інфраструктура, транспортні засоби та так звані револьверні агенти: ліки, нематеріальне обладнання, одноразові речі, продукти харчування для пацієнтів» [31].

Земля, якою користується лікарня, входить до комунальної власності Тернопільської обласної ради. Крім того, згідно зі статутом, джерелами лікарняної освіти є кошти, які надходять від надання медичних послуг, програмні фонди, благодійні внески, пожертви та інші джерела, які не заборонені законом.

У 2022 році на лікарняні ліжка Тернопільської обласної клінічної лікарні з кількістю 535 ліжок прийнято 12594 пацієнти, що на 13,67% більше, ніж за період 2021 року (11079 пацієнтів). Збільшення кількості госпіталізованих пацієнтів спостерігалось як за терапевтичним (9,93%), так і за хірургічним (15,80%) профілями (табл. 2.1).

У середньому у 2022 році на одному ліжку лікували 23,49 пацієнта, що на 21,71% більше, ніж у 2021 році (19,30 пацієнтів). У 2022 році оборотність ліжок для терапії становила 21,91, що на 27,76% вище, ніж у 2021 році (17,15). Для ліжок операційних оборот ліжок у 2022 році становив 25,04, що на 23,53% вище, ніж у 2021 році (20,27) (табл. 2.2).

Таблиця 2.1.

Кількість пацієнтів, госпіталізованих до Тернопільської обласної клінічної лікарні

№ п/п	Назва відділення	Кількість госпіталізованих пацієнтів		
	<i>профілю ліжка</i>	2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	Кардіологія	773	1053	+36,22
2	Ревматологія	513	498	-2,92
3	Пульмонологія	354	491	+38,70
4	Ендокринологія	715	561	-21,54
5	Гастроентерологія	442	355	-19,68
6	Гематологія	583	654	+12,18
7	Нефрологія	326	462	+41,72
Всього терапевтичного профілю		3706	4074	+9,93
8	Хірургія № 1	920	1041	+13,15
	<i>Гнійної хірургії</i>	77	128	+66,23
	<i>Проктологічні</i>	389	442	+13,62
	<i>Хірургічні</i>	454	471	+3,74
9	Судинна хірургія	432	372	-13,89
	<i>Судинної хірургії</i>	353	277	-21,53
	<i>Кардіохірургічні</i>	79	95	+20,25
10	Торакальна хірургія	208	224	+7,69
11	Ортопедія	1486	1672	+12,52
12	Хірургічна стоматологія	435	430	-1,15
13	Урологія	639	667	+4,38
14	Хірургія № 2	458	655	+43,01
15	Нейрохірургія	383	462	+20,63
16	Офтальмологія	1164	1525	+31,01
17	Отоларингологія	564	698	+23,76
Всього хірургічного профілю		6689	7746	+15,80
Всього по стаціонару		11079	12594	+13,67

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

Що стосується терапевтичних послуг, то кількість пацієнтів, які лікуються у відповідному контурному ліжку, збільшується у всіх відділеннях, за винятком пульмонології.

Серед хірургічних відділень збільшується кількість хворих, які лікуються на відповідних спеціалізованих ліжках у всіх відділеннях, крім судинної хірургії.

Загалом у 2022 році одне лікарняне ліжко працювало 221,62 дня, що на 24,05% більше, ніж у 2021 році (178,66 дня). За терапевтичним профілем у 2022 році лікарняне ліжко відпрацювало 199,22 дня, що на 24,44% більше, ніж у 2021 році

(160,09 дня); згідно з профілем операції, у 2022 році лікарняне ліжко було прооперовано 220,15 дня, що на 24,10% більше, ніж у 2021 році (177,40 днів) [31].

Таблиця 2.2.

Про роботу ліжок КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Обіг ліжка		
		2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	Кардіологія	17,29	24.54	+41,93
2	Ревматологія	15,40	27.63	+79,42
3	Пульмонологія	16,54	11.32	-31,56
4	Ендокринологія	19,83	31.11	+56,88
5	Гастроентерологія	16,83	27.18	+61,50
6	Гематологія	20,10	21.77	+8,31
7	Нефрологія	12,90	18.60	+44,19
Всього терапевтичного профілю		17,15	21.91	+27,76
8	Хірургія № 1	21,47	25.94	+20,82
	<i>Гнійної хірургії</i>	<i>11,29</i>	<i>24.90</i>	<i>+120,55</i>
	<i>Проктологічні</i>	<i>25,40</i>	<i>29.67</i>	<i>+16,81</i>
	<i>Хірургічні</i>	<i>22,00</i>	<i>23.40</i>	<i>+6,36</i>
9	Судинна хірургія	11,68	9.78	-16,27
	<i>Судинної хірургії</i>	<i>15,52</i>	<i>13.75</i>	<i>-11,40</i>
	<i>Кардіохірургічні</i>	<i>6,11</i>	<i>5.80</i>	<i>-5,07</i>
10	Торакальна хірургія	9,90	11.23	+13,43
11	Ортопедія	28,97	33.36	+15,15
12	Хірургічна стоматологія	19,20	21.53	+12,14
13	Урологія	18,88	22.22	+17,69
14	Хірургія № 2	22,75	32.78	+44,09
15	Нейрохірургія	12,97	15.53	+19,74
16	Офтальмологія	31,15	50.85	+63,24
17	Отоларингологія	17,45	23.25	+33,24
Всього хірургічного профілю		20,27	25.04	+23,53
Всього по стаціонару		19,30	23.49	+21,71

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

Загалом у 2022 році 65,26% дотримувалися ліжкового графіка, терапевтичний профіль становив 58,66%, а хірургічний профіль – 64,83%.

Наприклад, у стаціонарному контексті в таблиці 2.3 наведено огляд роботи стаціонарних ліжок.

Беручи до уваги динаміку роботи ліжок хворих за останні 3 роки, можна розрахувати кількість ліжок, на яких безпосередньо надавалося стаціонарне лікування (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.3.

Кількість лікарняних ліжок у КНП «ТОКЛ» ТОР

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Зайнятість ліжка			Відсоток виконання плану ліжко-днів (в %) 2022 рік
		2021	2022	Приріст в % (+/-)	
1	Кардіологія	149,15	194,24	+30,23	57,20
2	Ревматологія	151,90	292,54	+92,59	86,14
3	Пульмонологія	157,40	124,78	-20,72	36,74
4	Ендокринологія	182,08	281,33	+54,51	82,84
5	Гастроентерологія	151,16	244,77	+61,93	72,08
6	Гематологія	194,77	217,57	+11,71	64,07
7	Нефрологія	142,32	196,48	+38,06	57,86
Всього терапевтичного профілю		160,09	199,22	+24,44	58,66
8	Хірургія № 1	201,20	246,75	+22,64	72,66
	<i>Гнійної хірургії</i>	<i>276,10</i>	<i>514,80</i>	<i>+86,45</i>	<i>151,59</i>
	<i>Проктологічні</i>	<i>194,73</i>	<i>268,87</i>	<i>+38,07</i>	<i>79,17</i>
	<i>Хірургічні</i>	<i>180,50</i>	<i>163,15</i>	<i>-9,61</i>	<i>48,04</i>
9	Судинна хірургія	138,88	11,58	-17,50	33,74
	<i>Судинної хірургії</i>	<i>165,14</i>	<i>149,75</i>	<i>-9,46</i>	<i>44,10</i>
	<i>Кардіохірургічні</i>	<i>100,92</i>	<i>79,40</i>	<i>-21,32</i>	<i>23,38</i>
10	Торакальна хірургія	120,26	171,55	+42,65	50,52
11	Ортопедія	252,05	288,42	+14,43	84,93
12	Хірургічна стоматологія	170,98	167,55	-2,01	49,34
13	Урологія	178,03	235,47	+32,26	69,34
14	Хірургія № 2	178,65	270,70	+51,53	79,71
15	Нейрохірургія	164,70	206,40	+25,32	60,78
16	Офтальмологія	132,73	202,83	+52,81	59,73
17	Отоларингологія	179,67	261,17	+45,36	76,90
Всього хірургічного профілю		177,40	220,15	+24,10	64,83
Всього по стаціонару		178,66	221,62	+24,05	65,26

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

Загалом у 2022 році в лікарні прооперовано 535 ліжок з кількістю 535 ліжок .

У 2022 році пацієнт провів на «лікарняному ліжку в середньому 9,44 л/добу, що на 4,55% менше, ніж у 2021 році (9,89 л/добу). За терапевтичним профілем середнє перебування пацієнта на лікарняному ліжку у 2022 році становило 10,41 л/добу, що на 11,46% більше, ніж у 2021 році (9,34 л/добу), за хірургічним профілем у 2022 році – 8,79 л/добу, що на 0,46% більше, ніж у 2021 році (8,75 л/добу)» [31].

Таблиця 2.4.

**Кількість ліжок, на яких надавалася стаціонарна допомога безпосередньо в
КНП «ТОКЛ» ТОР**

№ п/п	Профіль ліжок	2019 рік		2021 рік		2022 рік		Зареєстровано ліжок (станом на 01.01.2022 року)	Середня фактична кількість ліжок, що працювали у період 2018-2021 рр.
		К-сть відпрацьованих ліжок-днів	Фактична кількість ліжок, що працювали	К-сть відпрацьованих ліжок-днів	Фактична кількість ліжок, що працювали	К-сть відпрацьованих ліжок-днів	Фактична кількість ліжок, що працювали		
1	Кардіологічні	24055	75	24390	72	13597	70	70	72
2	Ревматологічні	14032	45	12038	35	5219	18	30	33
3	Пульмонологічні	8031	25	8028	24	6441	52	20	34
4	Ендокринологічні	15588	50	12656	37	5019	18	30	35
4	Гастроентерологічні	9108	40	8534	27	3111	13	20	27
5	Гематологічні	11604	30	10188	30	6527	30	30	30
6	Нефрологічні	9245	30	9108	27	4912	25	25	27
7	Гнійної хірургії	3435	10	2316	7	2574	5	5	7
8	Проктологічні	5721	15	5094	15	4033	15	15	15
9	Хірургічні	1960	15	6792	20	3263	20	20	18
10	Судинної хірургії	7788	30	8028	24	2995	20	20	25
11	Кардіохірургічні	2209	10	5555	16	1588	20	20	15
12	Торакальної хірургії	5930	25	7410	22	3431	20	20	22
13	Ортопедичні	17240	55	17598	52	14421	50	50	52
14	Хірург.стоматології	7638	30	8028	24	3351	20	20	25
15	Урологічні	11529	40	11424	34	7064	30	30	35
16	Хірургії № 2	6308	20	6792	20	5414	20	20	20
17	Нейрохірургічні	9525	30	10188	30	6192	30	30	30
18	Офтальмологічні	10437	50	11446	37	6085	30	30	39
19	Отоларингологічні	13455	40	11424	34	7835	30	30	35

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

Наприклад, у таблиці 2.5 наведено середню тривалість перебування пацієнта на лікарняному ліжку.

Що стосується терапевтичних послуг, то середня тривалість перебування лежачого хворого зменшилася у всіх відділеннях, крім ендокринології.

Що стосується хірургічних послуг, то середня тривалість перебування лежачого хворого зменшилася в хірургії (гнійна хірургія та операційного профілю), судинній хірургії (операція на серці), ортопедії, хірургічній стоматології та офтальмології.

Таблиця 2.5.

Тривалість перебування пацієнта на лікарняному ліжку в КНП «ТОКЛ»

ТОР

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Середнє перебування хворого		
		2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	Кардіологія	8,62	10,56	+22,51
2	Ревматологія	9,86	10,59	+7,40
3	Пульмонологія	9,52	12,75	+33,93
4	Ендокринологія	9,18	9,04	-1,53
5	Гастроентерологія	8,98	9,00	+0,22
6	Гематологія	9,69	10,00	+3,20
7	Нефрологія	11,03	10,56	-4,26
Всього терапевтичного профілю		9,34	10,41	+11,46
8	Хірургія № 1	9,37	9,51	+1,49
	<i>Гнійної хірургії</i>	<i>24,45</i>	<i>20,67</i>	<i>-15,46</i>
	<i>Проктологічні</i>	<i>7,67</i>	<i>9,06</i>	<i>+18,12</i>
	<i>Хірургічні</i>	<i>8,20</i>	<i>6,97</i>	<i>-15,00</i>
9	Судинна хірургія	11,90	11,72	-1,51
	<i>Судинної хірургії</i>	<i>10,64</i>	<i>10,89</i>	<i>+2,35</i>
	<i>Кардіохірургічні</i>	<i>16,51</i>	<i>13,69</i>	<i>-17,08</i>
10	Торакальна хірургія	12,15	15,28	+25,76
11	Ортопедія	8,70	8,65	-0,57
12	Хірургічна стоматологія	8,90	7,78	-12,58
13	Урологія	9,43	10,60	+12,41
14	Хірургія № 2	7,85	8,26	+5,22
15	Нейрохірургія	12,70	13,29	+4,65
16	Офтальмологія	4,26	3,99	-6,34
17	Отоларингологія	10,30	11,23	+9,03
Всього хірургічного профілю		8,75	8,79	+0,46
Всього по стаціонару		9,26	9,44	+1,94

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

У 2022 році лікування в стаціонарі отримали 12320 пацієнтів, що на 11,02% більше, ніж у 2021 році (110 9 7 пацієнтів). У 2022 році померло 219 пацієнтів, що на 4,29% більше, ніж у 2021 році (померло 210 пацієнтів). Рівень госпітальної смертності становить 1,78% у 2022 році та 1,86% у 2021 році.

Для стаціонарних палат показники смертності наведені в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Летальність у КНП «ТОКЛ» ТОР

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Летальність по відділу		Летальність з урахуванням переведених у ВАІТ/ПІТ		Летальність по нозологічному профілю	
		2021	2022	2021	2022	2021	2022
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Кардіологія	0,16	0,26	0,96	0,46	1,04	0,72
2	Ревматологія	0,18		0,00	0,61	0,18	0,61
3	Пульмонологія	0,26	6,14	1,02	13,33	1,27	17,72
4	Ендокринологія						
5	Гастроентерологія	0,44		1,08		1,72	
6	Гематологія	1,33	1,38	1,16	0,92	2,46	2,28
7	Нефрологія					3,62	
Всього терапевтичного профілю		0,32	0,70	0,96	1,30	1,26	1,95
8	Хірургія № 1		0,39	2,39	1,53		
	<i>Гнійної хірургії</i>			2,53	0,82	2,53	0,82
	<i>Проктологічні</i>			0,26	0,22	0,26	0,22
	<i>Хірургічні</i>		0,36	4,14	2,95		
9	Судинна хірургія	1,50	0,24	2,95	2,85	4,76	3,08
	<i>Судинної хірургії</i>	1,63		1,37	1,80	2,96	1,80
	<i>Кардіохірургічні</i>	1,00	0,73	8,33	4,90	10,81	5,56
10	Торакальна хірургія	0,93	0,89	1,38	0,45	1,83	1,33
11	Ортопедія	0,07		0,46	0,24	0,20	0,24
12	Хірург. стоматологія			0,00	0,23	0,00	1,00
13	Урологія		0,30	0,63	0,45	0,63	0,75
14	Хірургія № 2			0,66	0,61	0,22	0,61
15	Нейрохірургія	0,26	0,43	1,27	0,85	2,27	1,27
16	Офтальмологія						
17	Отоларингологія			0,34		0,17	
Всього хірургічного профілю		0,18	0,14	0,88	0,58	0,91	0,72
18	ВАІТ	9,70	12,82	5,63	8,17	4,42	3,52
19	ПІТ	11,25	6,90	6,72	4,98	6,56	5,62
Всього по стаціонару		1,86	1,78	1,86	1,78	1,86	1,78

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

У лікарнях зросла смертність у кардіології, пульмонології, гематології, хірургії (хірургічного профілю), урології та нейрохірургії.

У 2022 році в стаціонарних відділеннях Тернопільської обласної клінічної лікарні ТОР прооперовано 6510 пацієнтів, що на 8,01% більше, ніж у 2021 році

(5666 пацієнтів). Показник хірургічної активності серед хірургів-спеціалістів з болем у 2022 році становив 6,04% (80,42%) порівняно з 2021 роком (75,84%). У 2022 році цій категорії прооперованих пацієнтів проведено 8472 операції, що на 27,48% більше, ніж у 2021 році (6646 операцій).

У зв'язку з наданням стаціонарних хірургічних послуг хірургічна робота наведена в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Показники ефективності надання хірургічних послуг у КНП «ТОКЛ» ТОП

№ п/п	Назва відділення	Хірургічна активність			Кількість операцій		
		2021	2022	Приріст в % (+/-)	2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	Хірургія № 1	75,45	80,02	+6,06	723	830	+14,80
2	Судинна хірургія	81,37	86,04	+5,74	506	334	-33,99
3	Торакальна хірургія	65,28	66,53	+1,91	181	155	-14,36
4	Ортопедія	82,25	91,06	+10,71	1450	1520	+4,13
5	Хірург. стоматологія	91,63	88,94	-2,94	433	385	-11,09
6	Урологія	57,23	69,51	+21,46	384	476	+23,96
7	Хірургія № 2	90,99	91,88	+0,98	435	609	+40,00
8	Нейрохірургія	51,67	62,70	+21,35	206	306	+48,54
9	Офтальмологія	84,37	87,78	+4,04	1200	1334	+11,17
10	Отоларингологія	78,19	79,69	+1,92	509	561	+10,22
Всього хірургічного профілю		75,84	80,42	+6,04	6027	6510	+8,01

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОП [31]

У 2022 році відбулося зростання хірургічної активності (відношення кількості прооперованих хворих до загальної кількості виписаних з лікарні) у всіх відділеннях, крім хірургічної стоматології. Зменшилася абсолютна кількість операцій у відділеннях судинної хірургії, торакальної хірургії та хірургічної стоматології.

У 2022 році прооперований пацієнт госпіталізувався до хірургічного відділення в середньому на 10,24 дня, що на 3,49% менше, ніж у 2021 році: 10,61. Середній передопераційний період змінився на 42,46% з 2,52 дня у 2021 році до 1,45 дня у 2022 році, середній післяопераційний період збільшився на 18,42% з 6,73 дня у 2021 році до 7,97 дня у 2022 році.

У таблиці 2.8 наведено структуру середніх умов хірургічної праці в хірургічних стаціонарних відділеннях.

Таблиця 2.8.

Структура середньої хірургічної години відділень пацієнтів КНП «ТОКЛ»

ТОР

№ п/п	Назва відділення	Середня тривалість лікування оперованих			Середній доопераційний період			Середній післяопераційний період		
		2021	2022	Приріст в % (+/-)	2021	2022	Приріст в % (+/-)	2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	Хірургія № 1	11,84	9,68	-18,24	2,26	1,49	-34,07	8,13	8,40	+3,32
2	Судинна хірургія	15,77	12,78	-18,96	3,99	2,84	-28,82	8,52	8,00	-6,10
3	Торакальна хірургія	16,63	15,57	-6,37	2,97	2,34	-21,21	10,95	13,14	+20,00
4	Ортопедія	10,21	8,31	-18,61	3,22	2,67	-17,08	4,76	5,55	+16,60
5	Хірург. стоматологія	11,01	7,87	-28,52	1,93	1,31	-32,12	8,19	7,00	-14,53
6	Урологія	12,54	10,52	-16,11	3,87	3,17	-18,09	7,71	8,57	+11,15
7	Хірургія № 2	9,37	8,41	-10,24	1,85	0,69	-62,70	6,73	7,36	+9,36
8	Нейрохірургія	16,36	13,99	-14,49	3,29	2,98	-9,42	11,81	11,27	-4,57
9	Офтальмологія	5,01	4,01	-19,96	1,51	0,92	-39,07	2,69	2,82	+4,83
10	Отоларингологія	11,62	11,29	-2,84	1,42	0,87	-38,73	9,53	10,35	+8,60
Всього хірургічного профілю		10,61	10,24	-3,49	2,52	1,45	-42,46	6,73	7,97	+18,42

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

Протягом 2022 року передопераційний час у магазинах скоротився. Післяопераційний період був вищим у всіх відділеннях, крім судинної хірургії, хірургічної стоматології та нейрохірургії.

У 2022 році померло 85 (1,78%) від загальної кількості прооперованих пацієнтів, що на 3,8 3,3% більше, ніж у 2021 році: 77 (1,33 %). Відзначається підвищення післяопераційної летальності в хірургічному відділенні (хірургічний профіль). Структура післяопераційної смертності по відділах наведена в таблиці 2.9.

У 2022 році проведено «6142 обстеження в ендоскопії, що на 8,22% менше, ніж у 2021 році (7473 обстеження). У тому числі езофагогастроуденоскопія у 2022 році – 4020 обстежень, що на 22,05% менше, ніж у 2021 році (5157 обстежень); Колоноскопія У 2022 році проведено 1214 обстежень, що на 23,25% більше, ніж у 2021 році (985 обстежень); Бронхоскопія У 2022 році проведено 874 обстеження, тобто на 34,33% менше, ніж у 2021 році (1331 іспит); Дванадцять ендоскопій – 34 обстеження» [31].

Таблиця 2.9.

Структура післяопераційної смертності в рамках послуг КНП «ТОКЛ» ТОР

№ п/п	Назва відділення	Летальність оперованих по відділу			Летальність оперованих з урахуванням переведених у ВАІТ/ПІТ			Летальність оперованих по нозологічному профілю		
		2021	2022	Приріс т в % (+/-)	2021	2022	Приріс т в % (+/-)	2021	2022	Приріс т в % (+/-)
	<i>профілю ліжка</i>									
1	Хірургія № 1		0,39		2,87	2,01	-29,96	2,59	2,24	-13,51
	<i>Гнійної хірургії</i>				1,99	1,06	-46,73	1,99	1,06	-46,73
	<i>Проктологічні</i>				0,47	0,72	+53,19	0,47	0,72	+53,2
	<i>Хірургічні</i>		0,86		4,85	2,94	-39,38	4,27	3,35	-21,54
2	Судинна хірургія	1,81	0,24	-86,74	3,80	3,47	-8,68	6,63	3,47	-47,66
	<i>Судинної хірургії</i>	2,17			1,82	2,31	+26,92	3,91	2,31	-40,92
	<i>Кардіохірургічні</i>	0,90	0,73	-18,88	8,33	5,38	-35,41	12,70	5,38	-57,64
3	Торакальна хірургія	1,40	0,89	-36,43	0,70	0,64	-8,57	1,40	1,90	+35,71
4	Ортопедія				0,48	0,26	-45,83	0,16	0,26	+62,5
5	Хірург. стоматологія					0,26			0,26	
6	Урологія		0,30		0,82	0,42	-48,78	0,82	0,42	-48,78
7	Хірургія № 2				0,72	0,49	-31,94	0,72	0,49	-31,94
8	Нейрохірургія		0,43		1,47	1,61	+9,52	2,90	1,92	-33,79
9	Офтальмологія	0,10								
10	Отоларингологія				0,22					
	Всього хірургічного профілю	0,19	0,14	-26,32	0,98	0,69	-29,59	1,15	0,76	-33,91
	Всього терапевтичного профілю									
11	ВАІТ	45,45	12,82		20,59	8,17		15,63	3,52	
	РАЗОМ	1,33	1,78	+33,83	1,33	1,78	+33,83	1,33	1,78	+33,83

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

У порівнянні з попереднім роком зросла частка езофагогастродуоденоскопії та бронхоскопії, збільшилася кількість колоноскопій.

У 2022 році у «відділенні УЗД» проведено 19160 обстежень, що на 22,61% менше, ніж у 2021 році (24758 обстежень). У тому числі кількість обстежень щитоподібної залози у 2022 році: 559 досліджень, що на 55,91% менше, ніж у 2021 році (1268 досліджень); Дослідження нирок у 2022 році становили 4762, що на 1,73% менше, ніж у 2021 році (4846 досліджень); молочні залози у 2022 році: 62 дослідження, на 46,09% менше, ніж у 2021 році (115 досліджень); Передміхурова залоза – 845 обстежень; сечовий міхур – 1143 обстеження; ехокардіографія – 2544 обстеження; у 2022 році – 4878 досліджень, що на 14,33% менше, ніж у 2021 році (5694 дослідження); жіночі статеві органи у 2022 році – 874 дослідження, на 9,80%

менше, ніж у 2021 році (969 досліджень); кісткосуглобової системи у 2022 р. 116 досліджень, що на 24,18% менше, ніж у 2021 р. (153 дослідження); доплерографія периферичних судин у 2022 р. – 2408, що на 8,03% більше, ніж у 2021 р. (2229 досліджень); біопсія та ультразвукове пункційне дренивання – 100 досліджень; інтраопераційне УЗД – 35 обстежень; інше – 834 дослідження» [31].

Порівняно з 2022 роком у структурі ультразвукового дослідження зростає кількість доплерографічних досліджень периферичних судин та ехокардіографічних досліджень.

Таблиця 2.10.

Структура дослідження в УЗД-відділенні КНП «ТОКЛ» ТОР

Дослідження	2021	2022
Органів черевної порожнини	5694	4878
Жіночих статевих органів	969	874
Молочної залози	115	62
Щитоподібної залози	1268	559
Кістково-суглобною системою	153	116
Доплерівське дослідження периферичних судин	2229	2408
Дослідження нирок	4846	4762

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

У 2022 році проведено 1395454 лабораторних досліджень, що на 7,94% більше, ніж у 2021 році (1292768 тестів) (табл. 2.11-2.12).

Таблиця 2.11.

Структура аналізів, проведених в КНП «ТОКЛ» ТОР

	2021	2022
Загально-клінічні	29,84	27,47
Гематологічні	23,15	19,21
Цитологічні	0,13	0,17
Біохімічні	40,10	42,08
Мікробіологічні	4,41	1,32
Імунологічних	2,37	9,75

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

Таблиця 2.12.

Участь окремих видів аналізів серед біохімічних аналізів КНП «ТОКЛ» ТОР

	2021	2022
Гормони	1,76	1,86
Ферменти	16,58	7,20
Показники згорт. та протизг. систем	21,45	22,30
Водно-сольового обміну	14,87	13,53
Кислотно-лужного стану	3,08	0,27

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

Проведено імунологічні дослідження: на гепатит В – 1586 досліджень, на гепатит С – 1808 досліджень.

У 2022 році у відділенні функціональної діагностики «обстежено 23386 осіб, що на 2,28% менше, ніж у 2021 році (23932 особи). Зокрема, у 2022 році в амбулаторії було обстежено 6162 пацієнти, що на 11,87% менше, ніж у 2021 році (6992 випадки б). У 2022 році госпіталізовано 22210 осіб, що на 31,11% більше, ніж у 2021 році (16940 осіб)» [31].

«Кількість досліджень, проведених на кафедрі функціональної діагностики у 2022 році, становить 28372, що на 4,12% менше, ніж у 2021 році (29590 досліджень). Кількість обстежень в амбулаторії у 2022 році становить 6162, що на 25,63% менше, ніж у 2021 році (8286 обстежень)» .

Із загальної кількості обстежень проведено: «ЕКГ-обстеження – 20144, велоергометрія – 88 обстежень, ревазографія – 362 обстеження, спірографія – 1128 обстежень, інші обстеження – 6650 обстежень» [31].

У «відділенні фізіотерапії у 2022 році лікування завершили 1688 осіб, що на 6,30% більше, ніж у 2021 році (1588 осіб). У 2022 році виконано 25771 втручання, що на 0,42% більше, ніж у 2021 році (25664 тис. втручань)» [31]. (табл. 2.13).

Таблиця 2.13.

Кількість процедур в Інституті фізіотерапії при КНП «ТОКЛ» ТОР

Відділення	Число відпущених процедур					
	На одну особу, яка закінчила лікування		Приріст (+/-) %	На одного вибулого із стаціонару		Приріст (+/-) %
	2021	2022		2021	2022	
1	2	3	4	5	6	7
Кардіологія	10,10	10,41	+3,07	2,93	0,89	-69,62
Ревматологія	21,80	20,93	-3,99	7,47	10,42	+39,49
Пульмонологія	30,15	27,06	-10,25	2,08	3,23	+55,29
Ендокринологія	31,17	26,31	-15,59	10,97	11,02	+0,45
Гастроентерологія	20,34	20,03	-1,52	4,56	9,00	+97,37
Гематологія	8,80	28,00	+218,18	0,07	0,17	+142,86
Нефрологія	12,81	14,88	+16,16	1,18	0,79	-31,30
Хірургія № 1	10,14	10,00	-1,38	0,54	0,97	+79,63
Судинна хірургія	15,00	13,00	-13,33	0,19	1,27	+568,42
Торакальна хірургія	-	9,60		-	0,21	
Ортопедія	16,70	10,91	-34,67	0,19	0,07	-63,16

Продовження таблиці 2.13

1	2	3	4	5	6	7
Стоматологія	7,07	10,27	+45,26	0,62	1,21	+95,16
Урологія	17,95	13,17	-26,63	0,56	0,57	+1,78
Хірургія № 2	6,75	8,00	+18,52	4,57	2,78	-39,17
Офтальмологія	8,23	6,40	-22,23	0,09	0,21	+133,33
Отоларингологія	15,33	7,00	-54,34	2,92	2,49	-14,73
Нейрохірургія	21,50	20,00	-6,98	2,76	3,45	+25,00
Всього по лікарні	16,16	15,27	-5,51	2,27	2,05	-9,69

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

У 2022 році лікування у фізіотерапевтичному відділенні завершив 1341 пацієнт, що на 39,35% менше, ніж у 2021 році (2211 осіб). Кількість проведених процедур у 2022 році становить 18774, що на 16,92% менше, ніж у 2021 році (22597 процедур) (табл. 2.14).

Таблиця 2.14.

Кількість процедур у фізіотерапевтичному відділенні КНП «ТОКЛ» ТОР

Відділення	Число відпущених процедур					
	На одну особу, яка закінчила лікування		Приріст (+/-) %	На одного вибулого із стаціонару		Приріст (+/-) %
	2021	2022		2021	2022	
Кардіологія	11,59	17,01	+46,76	7,63	7,37	-3,41
Ревматологія	11,88	12,69	+6,82	9,12	8,71	-4,49
Пульмонологія	17,73	11,94	-32,66	0,50	0,74	+48,00
Ендокринологія	9,79	13,13	+34,12	4,94	1,89	-61,74
Гастроентерологія	8,79	7,91	-10,01	0,36	0,52	+44,44
Гематологія	8,33	11,00	+32,05	0,12	0,02	-83,33
Нефрологія	11,08	9,43	-14,89	0,77	0,28	-63,64
Хірургія № 1	11,92	8,37	-29,78	0,16	0,22	+37,50
Судинна хірургія	20,75	5,83	-71,90	0,18	0,34	+88,88
Торакальна хірургія	6,00	9,00	+50,00	0,17	0,08	-52,94
Ортопедія	-	-		-	-	
Стоматологія	5,94	3,92	-34,01	2,46	0,23	-90,65
Урологія	-	-		-	-	
Хірургія № 2	5,53	-		1,98	-	
Офтальмологія	-	-		-	-	
Отоларингологія	5,37	7,03	+30,91	0,94	0,74	-21,28
Нейрохірургія	15,28	11,94	-21,86	2,24	0,94	-58,03
Всього по лікарні	10,22	14,00	+36,99	1,99	1,50	-24,62

Примітка: Сформовано за даними КНП «ТОКЛ» ТОР [31]

Нарешті, незважаючи на в цілому задовільне забезпечення ресурсами для організації функціональної діяльності досліджуваного медичного закладу, воно не

позбавлене проблем через: знос будь-якого медичного обладнання або невідповідність у наданні лікувальних процедур відповідно до сучасних протоколів надання медичної допомоги; необхідність навчання працівників роботі в сучасній інформаційній системі охорони здоров'я; необхідність освоєння нових підходів до управління фінансові ресурси лікарні.

Висновки до розділу 2

Основою забезпечення функціональної діяльності організації є її організаційна структура. У кваліфікаційній роботі це склад структурних елементів, система організаційних зв'язків, організаційне навантаження структурних підрозділів і організації в цілому. Під організаційним забезпеченням розуміється сукупність структурних підрозділів і заходів щодо визначення їх структурної компетенції.

Організаційна структура Тернопільської обласної клінічної лікарні відповідає лінійній функціональній структурі та включає 6 центрів, у тому числі 19 спеціалізованих відділень пацієнтів та 13 параклінічних служб. 4 допоміжні блоки та 1 блок живлення. Наявність таких елементів управління, як директор, опікунська рада, рада директорів та залучення департаменту охорони здоров'я Тернопільської обласної військової адміністрації дозволяє охарактеризувати модель медичного закладу як колаборативну. Проведений структурно-функціональний аналіз показує велику диверсифікацію функціональної діяльності медичного закладу, яка може бути представлена трьома функціональними групами: функції виробництва (надання) медичних послуг, функції доставки, управління та управління ресурсами. За переліком та змістом послуг, що реалізуються, функціональна діяльність відповідає виду трансформаційної діяльності у зв'язку зі зміною статусу організації, перетворенням її на КНП, зміною виду фінансування, процесами діджиталізації та впровадженням нової моделі фінансових відносин з органами влади.

Забезпечення ресурсами з основних видів ресурсів: матеріальних, людських, економічних, інформаційних ресурсів має істотне значення для характеру

функціональної діяльності. З аналізу наявності ресурсів можна зробити висновок, що в цілому вона відповідає функціональній діяльності лікарень у порівнянні з процесами надання існуючого реєстру медичних послуг. Виявлені проблеми обумовлені: старінням медичного колективу або неузгодженістю в управлінні за сучасними клінічними протоколами, необхідністю навчання співробітників роботі з сучасними інформаційними системами, необхідністю освоєння нових підходів до управління фінансовими ресурсами.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ДЕОНТОЛОГІЇ ПЕРСОНАЛУ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Опис методики організації та проведення експериментального дослідження щодо формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології

На основі визначених завдань підготовки майбутніх лікарів з медичної етики була розроблена програма дослідження, що складається з чотирьох етапів: підготовка, визначення, проектування та контроль.

При реалізації підготовчого етапу протягом 2022 р. планувалося виконати наступні завдання:

- «системний аналіз змісту вітчизняної та зарубіжної наукової літератури в контексті підготовки лікарів у галузі медичної етики;
- вивчення організації комплексної етичної освіти в медичному навчальному закладі;
- аналіз категоріально-понятійного апарату об'єкта дослідження;
- визначення структури компетенцій курсів медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії;
- присвоєння критеріїв, їх показників та рівня освіти медико-етичної компетентності на рівні міжособистісної взаємодії майбутніх лікарів.
- створення дидактичної моделі та розробка методики навчання навичок майбутніх лікарів у сфері медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії» [38].

Експериментальне обґрунтування педагогічної придатності розробленої методики виховання медико-етичної дисциплінарної компетентності у майбутніх лікарів здійснювалося у три етапи за 2023 р.:

- *Визначення - діагностика рівня підготовки медико-етичних навичок суб'єкта на рівні міжособистісної взаємодії між студентами-медиками в*

доклінічній освіті в медичному університеті з метою виявлення проблемних аспектів, що потребують корекції;

- *Формувальна* - реалізація освітнього досвіду, в тому числі затвердження розробленої в кваліфікаційному процесі методики навчання у майбутніх лікарів навичок медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії;

- *Контроль*: діагностувати початковий рівень освіти суб'єкта з медико-етичних навичок на рівні міжособистісної взаємодії та порівняти кількісні та якісні показники ГМО та ГК.

Робота над експериментом проводилася в ТНМУ ім. І. Горбачевського. Формування анкет проводилася в рамках вивчення предмету «Іноземні мови (англійська) за професійним спрямуванням», яку вивчали студенти. Загальна кількість у фазі визначення становила 322 випробовуваних, з яких 240 випробовуваних брали участь в навчальній фазі експерименту (120 випробовуваних в контрольній або експериментальній групі - далі КГ і ЕГ) і брали проби з постекспериментальної частини.

В якості основного засобу отримання інформації про досліджувані параметри були обрані анкети. Вибір анкет як діагностичної процедури ґрунтується на перевагах, виділених І. О. Гераймовичем: «висока оперативність в отриманні інформації, можливість організації масштабних опитувань, відносно низька трудомісткість процедур підготовки та проведення досліджень, обробки результатів, відсутність впливу особистості та поведінки інтерв'юера на роботу респондента, уникнення можливості суб'єктивного упередженого ставлення дослідника до респондентів» [18]. З метою уникнення суб'єктивізму, тобто для отримання соціально позитивних відповідей від респондентів, деякі питання були урізноманітнені та уточнені.

З метою мінімізації впливу суб'єктивних факторів була проведена максимальна стандартизація умов вимірювання та аналізу результатів, зокрема: анкетування та обробка даних проводилися в одних і тих же умовах, а інтерпретація

результатів вимірювань здійснювалася в рамках прийнятої теоретичної концепції.

Завершено процедуру валідації змісту анкет «валідність» походить від англійського слова «valid», що означає «розумний», «дійсний». Валідність вказує на те, чи є опитувальник більш-менш придатним для певної мети, тобто метод дійсно здатний виміряти характеристику, для якої він призначений. Валідність контенту полягає в тому, щоб відповідати вимогам контенту. У кваліфікаційній роботі використовувалися анкети, які склалися з урахуванням виявленого в процесі дослідження змісту етичної освіти та обґрунтованої структури медико-етичних компетентностей на рівні міжособистісної взаємодії. Під час валідації змісту анкет експертами було встановлено, що опитувальник А та опитувальник Б фактично вимірюють рівень освіти навичок майбутніх лікарів у сфері медичної етики на рівні мотивації міжособистісної взаємодії – особистісних, когнітивних, поведінкових та рефлексивних критеріїв, оскільки під час контролю доступу спостерігалася незначна розбіжність показників контрольної та експериментальної груп, але більш чітко розмежування було зроблено у фіналі. Результати експериментальної групи були достовірними щодо достовірності $s < 0,05$, тобто статистично значущі відмінності були виявлені при порівнянні показників у доекспериментальному та післяекспериментальному розрізах. Таким чином, теоретична концепція, що лежить в основі опитувальника А і опитувальника Б, відображає характер установок, знань, навичок і здібностей, для яких вони призначені. Виходячи з цього, можна зробити достовірні узагальнення і висновки.

Анкета А (Додаток А) призначена для самостійної роботи і містить 15 питань: 12 закритих питань і 3 відкритих питання. Закритим питанням пропонувалося вибрати конкретну відповідь з наведеного списку, або «пропонувалися відповіді «так, ні (вказіть, будь ласка, чому)», або відповіді, які відповідали рівню кваліфікації, наприклад: «відмінно, добре, задовільно, не розумію», «відмінно, добре, задовільно, не люблю працювати в команді», «високий, середній, слабкий». Анкета дала студентам можливість поміркувати про те, що їм потрібно змінити в

собі, своїх стратегіях та установках, а також про важливість аналізу своєї діяльності, на чому наголошували самі студенти після анкетування» [20]. Крім того, анкета була використана для визначення рівня знань лікарів-початківців про важливість етичного виховання під час навчання в медичному навчальному закладі. У комп'ютерній техніці значення області визначення рівня освіти медико-етичних навичок суб'єкта на рівні міжособистісної взаємодії поділяються на такі шкали за мотиваційно-особистісними та рефлексивними критеріями: 24 бали і вище - високий рівень; 13-24 бали - середній рівень; менше 13 балів - низький.

Анкета Б (Додаток Б) розрахована на самостійну роботу і містить 11 питань, 1 з яких закритий і 10 відкритий, в яких студенти мали можливість перевірити володіння необхідним понятійним апаратом за обсягом і змістом, вміння аналізувати етичну ситуацію, вміння мислити, підбирати аргументи і обґрунтовувати власну точку зору, щоб це довести. У відповідь на закриті запитання було запропоновано вибрати конкретну відповідь із запропонованого списку. Тренування медико-етичних навичок суб'єкта на рівні міжособистісної взаємодії за когнітивними та поведінковими критеріями поділяється на такі шкали: 20 балів і більше – високий рівень; 10-20 балів - середній; менше 10 балів - низький рівень.

Слід зазначити, що опитування було анонімним, тому шанси отримати правдиві відповіді досить високі.

Інтерпретація результатів діагностики полягає в аналізі показників окремих шкал і загальній оцінці рівня освіти майбутніх лікарів медико-етичних компетенцій на рівні міжособистісної взаємодії за допомогою двох анкет. При обробці даних значення області, що використовується для визначення рівня освіти медико-етичних навичок суб'єкта на рівні міжособистісної взаємодії, поділяються на такі шкали: низький - менше 23 балів, середній - 23-44 бали і високий - 44 і вище.

3.2. Аналіз результатів експериментальної роботи щодо формування у

майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології

Основним завданням дослідницького етапу дослідження було виявлення тих аспектів, які потребують корекції в процесі навчання навичок майбутніх лікарів у сфері медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії.

Метою дослідження було вивчення 322 осіб, студентів другого курсу. Вступна співбесіда проводилася в рамках посади стажиста іноземною мовою (англійською) за професійним спрямуванням (Додаток А; Додаток Б). Проведено аналіз отриманих даних за вказаними критеріями та їх показниками, а також характеристиками визначених у дисертації рівнів (низький, середній, високий) з метою підготовки навичок майбутніх лікарів у сфері медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії.

Мотиваційні та особистісні критерії. Рівень знань про вибір професії був діагностований шляхом аналізу відповідей на питання «Коли ви вирішили стати лікарем?». 36% респондентів сказали, що 35% вирішили вивчати медицину в останні два роки середньої школи перед закінченням дев'ятого класу» [40]. Враховуючи, що лише 18% опитаних зазначили, що з дитинства мріяли стати лікарем і що їхнє рішення було прийнято свідомо під час навчання в іншому університеті або після набуття досвіду в лікарні, викладачам варто докласти зусиль для того, щоб студенти, які представляють попередні 36% і 35%, переконалися, що вони не помилилися у своєму виборі і переїхали у правильному напрямку. 11% студентів-медиків, які вирішили стати лікарями після закінчення навчання, можна вважати групою високого ризику, які спонтанно обрали свій кар'єрний шлях, не усвідомлюючи свого вибору. Наприклад, «18% респондентів мають високий рівень знань про вибір професії, тоді як у середньому 71% та 11% мають низький рівень. В Україні це можливо тому, що кар'єрна орієнтація студентів менш важлива, ніж, наприклад, у Великій Британії, як показує Брюс Л. у своєму дослідженні» [57].

Тип мотивації до вивчення медицини визначався шляхом аналізу відповідей респондентів на запитання «Які фактори впливають на вибір професії?». Більшість

студентів назвали кілька факторів, тобто лише сукупність певних обставин чи умов є рушійною силою, яка підштовхує потенційних абітурієнтів здобувати медичну освіту. Відповіді були надіслані Мрузі М.Р. види мотивацій, що вивчаються у вищому навчальному закладі, а саме: «професійні» мотивації, «престижні особистісні мотивації», «прагматичні» та «пізнавальні» мотивації» [34]. Додається ще один вид мотивації, а саме вплив зовнішніх факторів. Наприклад, «24,6% опитаних обрали професію, бо хотіли опанувати медицину та працювати на благо суспільства. У 12,5% випадків бажання стати лікарем виникло після хвороби або життєвої події, для якої людині знадобилася медична допомога. 8% пов'язали свій вибір з досвідом медичної практики» [31]. Наприклад, 50,1% пояснюють свій вибір професії впливом зовнішніх факторів, про які йшлося вище. Цей відсоток необхідно враховувати, так як зовнішня мотивація нестійка і означає, що учень може допустити помилку свого вибору в будь-який момент, коли вплив зовнішніх факторів зменшиться або стабілізується. Тому завдання педагогів полягає в тому, щоб сприяти розвитку внутрішньої мотивації цієї групи учнів, тобто слід акцентувати увагу на «технічних» і «пізнавальних» мотиваціях. Очікувана фінансова винагорода або «прагматична» мотивація становить 2,8%, а мотивація «особистого престижу» – 2%.

Спрямованість домінуючої особистості визначалася наступним чином: студентам було запропоновано визначити 5 професійно-етичних якостей, які в першу чергу повинні бути сформовані і розвинені студентом-медиком під час навчання. В результаті заповнення анкет було отримано 5 професійно-етичних якостей, які, на думку студентів, є найбільш важливими для професійної діяльності лікаря: «відповідальність – 86%, увага – 57%, доброзичливість – 45%, готовність до надмірної самовпевненості та самопідготовки – 40%, організованість – 34%. Спостережливість як основну якість обрали 30% опитаних, обережність – 20%, а точність – 13%» [30]. Якщо проаналізувати перелік характеристик, то можна побачити, що всі вони позитивні, але при цьому орієнтовані не на людину (в

нашому випадку пацієнта) і на навколишній світ, а лише на ставлення до професійної діяльності. Саме ці якості визначають професійну спрямованість особистості. Опитування показало, що «гуманізм (23%) і самопожертва (13%) не розглядаються студентами-медиками як найважливіші якості, які повинен розвивати в собі майбутній лікар, хоча ці морально-етичні якості вимірюють ставлення лікаря до навколишнього світу і визначають гуманістична орієнтація особистості» [34]. Незначна кількість опитаних (0,6%) вважають підприємництво позитивною професійною та етичною якістю майбутнього лікаря. Однак переважна більшість студентів відносять їх до негативних. Навпаки, хочемо підкреслити, що, з огляду на реалії сучасного життя, ця думка помилкова, коли термін «підприємництво» набуває нового значення. «Українське суспільство вже відійшло від концепції підприємництва як чудової чесноти і чарівності капіталістів і капіталістичної системи» [1]. В результаті дослідження ми з'ясували, що «учні усвідомлюють негативність таких якостей, як здатність маніпулювати думками та іншими, корисливість, замкнутість, ригідність, впевненість у собі, автономія, техніка, впертість, які в сукупності визначають асоціальну орієнтацію особистості» [1]. Разом з тим, 24,5% з них вважають ці якості одними з п'яти найважливіших професійних та етичних якостей, важливих для професійної діяльності лікаря. Варто зазначити, що переважна більшість студентів-медиків вважають, що лікар не зможе здійснювати свою професійну діяльність, якщо не бачить цінності в житті.

Мотивація до спілкування. «68% опитаних постійно готові спілкуватися та взаємодіяти з людьми, 23% студентів-медиків не мають достатньо стабільного інтересу до спілкування та взаємодії з людьми, а 9% не мають такого інтересу. 75% респондентів добре працюють у команді (ми включили в цю категорію «відмінно» (16%) та «добре» (57%), а також 2% тих, хто каже, що їм подобається працювати з іншими, якщо вони довіряють своїм колегам по команді). 16% студентів-медиків не вміють повноцінно проявляти себе в командній роботі, 9% взагалі не люблять

працювати з іншими» [31].

Когнітивний критерій. Роль і значення медичної етики в професійному становленні майбутнього лікаря. Сильна обізнаність майбутніх лікарів про практичну значущість дисципліни «Етика в медицині» підтверджується тим, що з 83% студентів, які не обрали цей факультатив, тому що він їм не був запропонований, 64% шкодують про це. А з 17% лікарів-початківців, які мали можливість пройти цей факультатив, абсолютно всі вони наголошували на його важливості. Наприклад, 81% опитаних вважають курс «Етика в медицині» високою практичною цінністю, 16% – середньою цінністю і 3% – малоцінним.

Рівень знань студентів-медиків про пріоритетні академічні, морально-етичні якості. Учасникам було запропоновано визначити п'ять найважливіших академічних, моральних та етичних якостей, які в першу чергу повинні бути навчені та розвинені студентом-медиком під час навчання за правильне виконання своїх професійних обов'язків у майбутньому. Більшість опитаних виділили саме ті характеристики, які відрізняють кар'єрну спрямованість людини. Об'єктивність отриманих даних підтверджується результатами, отриманими при роботі з відповідями на питання «Які лікарі найбільше довіряють пацієнтам?». Респондентам було запропоновано самостійно визначити характеристики, які дозволили їм побудувати довірчі стосунки між лікарем та пацієнтом, тоді як у першому випадку вони обрали п'ять характеристик із запропонованого списку. Аналіз відповідей показав, що респонденти більш обізнані у професійних якостях, що відображається у таких результатах: «компетентність – 37%, досвід (досвід роботи) – 15%, репутація – 11%, мудрість (інтелект) – 10%, довіра – 8%, відповідальність – 3%, увага – 3%. Кількість учнів, які включили у відповідь соціальні якості, була такою: ввічливість (тактовність) – 25%, чистота (акуратність) – 17%, доброта (доброта) – 7%, чесність – 3%, співчуття – 2%, повага – 2%» [34]. Якщо порівняти результати визначення «домінуючої орієнтації особистості» з попередніми, то можна побачити, що студенти-медики з самого початку

внутрішньо орієнтовані на розвиток таких професійних якостей, як відповідальність, увага, готовність до переоцінки себе та розвиток особистості, організованість, розвиток соціальних якостей, таких як дотик, співчуття, повага, чесність та виховання гуманістичних якостей, таких як гуманізм та особистісний розвиток. воля до самопожертви. Однак під час навчання вони набувають інших реальних установок завдяки нецілеспрямованості «прихованого порядку денного» та традиційній організації освітнього процесу. Це може пояснити, чому студенти-медики другого курсу вважають, що пацієнти більше довіряють лікарям, які мають лише експертизу (при цьому не вказують на своє постійне зростання та вдосконалення), мають великий професійний досвід та хорошу репутацію. Це були характеристики, які найчастіше згадувалися у відгуках студентів-медиків. Що стосується соціальних якостей, то найбільш помітними якостями були ввічливість (тактовність), чистота (точність) і доброта (доброта). Хоча співчуття, повага та чесність також можна побачити у відповідях, їхній вплив незначний, який, на нашу думку, потребує виправлення. Такі відповіді дозволяють підтвердити, що ніхто з опитаних студентів не володіє будь-якою інформацією про первинні професійні морально-етичні якості сучасного лікаря, хоча внутрішньо студенти готові сприймати таку інформацію, а їх більшість, а це, за результатами опитування, становить 81%, вважають, що лікар не може успішно здійснювати свою справу, якщо він не бачить цінності в житті. Наприклад, 45% опитаних не малюють чіткої професійно-етичної картини лікаря, так як характеризують його як ті професійні та соціальні якості, які лише частково гарантують успішні відносини лікаря і пацієнта, тобто дана категорія студентів не володіє неповними знаннями про морально-етичні якості, які є пріоритетними для сучасного лікаря. 55% опитаних студентів-медиків мають фрагментарну інформацію про первинні академічні, морально-етичні характеристики особистості лікаря, оскільки вказують лише на професійні якості (42%) або лише на соціальні характеристики особистості лікаря (11%) або навіть дають відповідь «не знаю» (2%). Крім того, отримані результати свідчать

про те, що студенти-медики не мають чіткого морального ідеалу лікаря-гуманіста. Кількість респондентів, які усвідомлюють, що цілісна особистість лікаря, що вселяє довіру до пацієнта і суспільства в цілому, неможлива без високого рівня гуманізму, становить близько 1%, за результатами відповідей на питання «Які лікарі найбільше довіряють пацієнтам?». Ніхто зі студентів не назвав віктимізацію одним із факторів побудови довіри між лікарем і пацієнтом. Тому відсутність чіткого ідеалу лікаря-гуманіста серед 99% опитаних та недостатня обізнаність студентів про первинні професійні, морально-етичні якості сучасного лікаря є неприпустимими для представника медичної професії, оскільки він лікував людей протягом усієї своєї професійної кар'єри. Тільки поєднання гуманістичних, соціальних, професійних і підприємницьких якостей гарантує по-справжньому успішну медичну діяльність, на якій викладачі медичного коледжу повинні зосередити свою освітню діяльність. Думка про те, що все налагодиться само собою, не відповідає дійсності, адже згідно з дослідженнями, з кожним роком навчання особистісні якості студентів-медиків тільки погіршуються: вони стають все більш цинічними.

Рівень знань основних обов'язків лікаря. Результати свідчать, що переважна більшість студентів другого курсу не володіють системними знаннями із загальних професійних завдань, пов'язаних з практикою лікарської практики в цілому, що значною мірою закріплено у статті 78 Закону України «Про охорону здоров'я». Ніхто з учнів не надав повного переліку обов'язків. До професійних обов'язків, які студенти згадують фрагментарно, належать: «надання медичної допомоги (74%), дотримання етичних та етичних вимог (59%), дотримання лікарської таємниці (33%), постійне підвищення рівня професійних знань та навичок (10%), надання невідкладної медичної допомоги (8%), сприяння охороні та зміцненню здоров'я людей, профілактика захворювань (3%), поширення наукових та медичних знань серед населення (1%)» [38]. Відповіді респондентів не відображали обов'язків лікарів, таких як консультивання колег та інших медичних працівників, надання

медичної інформації пацієнту або іншим відповідним особам. Аналіз анкет показав, що «7% студентів-медиків мають обмежені знання основних завдань лікаря, виділивши лише частину з переліку, встановленого Законом України «Основні принципи законодавства України про лікування»» [35]. 93% респондентів заявили, що їхні знання про основні обов'язки лікаря не є системними, згадавши лише один або два.

Рівень знання правил спілкування та комунікативної поведінки лікаря, морально-етичних принципів, які регулюють поведінку лікаря. Аналіз відповідей показав такі результати: «48% опитаних вважають, що перший контакт лікаря з пацієнтом починається з аналізів, інструментальних обстежень та постановки діагнозу, 31% – з доброзичливої посмішки та привітання, і лише 21% опитаних заявили, що контакт між лікарем та пацієнтом починається з дружньої зустрічі з пацієнтом» [31]. Зоровий контакт, досконале знання скарг і оцінок, підбадьорливі напутні слова. Опитування показало, що 83% студентів-медиків добре знають, що лікарю слід уникати використання технічних термінів при зверненні до пацієнта та його близької людини, і лише 15% респондентів адекватно обґрунтували свою відповідь, зазначивши, що використання спеціалізованої медичної термінології в розмові з пацієнтами негативно впливає на них. так як це може ускладнити і уповільнити прогресування хвороби; щоб пацієнти, які добре знають свого лікаря, уважніше ставилися до своїх проблем зі здоров'ям, брали участь у визначенні методу лікування, відповідним чином змінювали свою поведінку та виконували всі вказівки лікаря; що ця форма спілкування допомагає побудувати міжособистісні стосунки «лікар-пацієнт» або «лікар-сім'я». Решта 68% пояснили свою відповідь тим, що пацієнт повинен розуміти лікаря, що свідчить про недостатність знань студентів про те, чому вони повинні уникати використання технічних термінів під час розмови з пацієнтом та його близькими. 17% опитаних зазначили, що лікар повинен використовувати медичні терміни лише для того, щоб показати професіоналізм у медичній сфері пацієнту та його близьким. Ця категорія

студентів-медиків переконана, що такий підхід допоможе завоювати довіру пацієнтів. Кількість респондентів, які не змогли описати тактику комунікації між лікарем і пацієнтом, становить 100%. 22% студентів переважно згадували кінцеву мету спілкування між лікарем і пацієнтом – побудову довірчих відносин – або морально-етичні якості, якими лікар повинен володіти і демонструвати в розмові. 78% опитаних не змогли описати правильну тактику комунікації між лікарем і пацієнтом. Результати опитування свідчать про те, що тактика комунікації між лікарем і пацієнтом є прогалиною у підготовці майбутніх лікарів.

Поведінкові критерії. Здатність студентів-медиків розв'язувати та аналізувати ситуаційні проблеми етико-деонтологічного менеджменту з урахуванням морально-деонтологічних принципів, норм спілкування, правових аспектів та професійних обов'язків лікаря. На питання: «Чи повинен лікар інформувати адміністрацію і пацієнта про помилки в діагностиці захворювання або в лікуванні пацієнта його колегою?» 48% опитаних відповіли на запитання ствердно, але лише 15% студентів дали достатні підстави для своєї думки, оскільки мали достатні знання поняття лікарських помилок у медичній практиці, а також основних принципів «запобігання травматизму» та «права пацієнта знати медичну інформацію про нього». Крім того, 33% з 48% опитаних лише передали б інформацію про помилки колеги керівництву закладу. 52% опитаних не проаналізували належним чином цю етичну ситуацію і водночас показали, що близькі до принципу приховування професійної недбалості своїх колег, помилково вважаючи такий підхід професійним і дружнім, а також виявом своєї колегіальності. Відповідаючи на питання «На що повинен звернути увагу лікар при призначенні препарату, якщо йому доводиться вибирати між більш дешевим і дорогим аналогом?» Чи повинен лікар обговорювати з пацієнтом рецептурні препарати? 31% студентів-медиків змогли адекватно знайти правильні аргументи для вирішення цієї етичної ситуації, з яких 12% були адекватно проаналізовані як аспекти, пов'язані з оцінкою лікарем властивостей та якості препарату, так і

відсутність необхідності обговорювати призначення з пацієнтом. Це пов'язано з тим, що лікар повинен вміти переконати пацієнта в бажаності прийому того чи іншого медикаменту. 19% з 31% опитаних правильно проаналізували один з цих аспектів. 69% студентів-медиків не виявляли сумління з цього приводу і виправдовували свої дії не професійною точкою зору, а тим, як би вони поводитися щодня. Що стосується аналізу проблемної ситуації, коли лікар зберігає таємницю ВІЛ-інфікованого пацієнта про хворобу, то 69% опитаних хотіли зберегти її в таємниці, з них 33% згадали поняття «лікарська таємниця», дотримання якої також є професійним обов'язком лікаря відповідно до статті 78 Закону України «Основні принципи» Закону України «Про охорону здоров'я». 31% опитаних розкрили б таємницю ВІЛ-інфікованого пацієнта, сказавши, що члени сім'ї мають право знати все.

Опитування показало, що 12% респондентів оцінили свою здатність справлятися зі стресом як «відмінну», а 40% – як хорошу. При цьому 43% опитаних не знають, як впоратися зі стресом, а 5% взагалі не знають, як з ним боротися. 11% студентів-медиків добре розв'язують конфліктні ситуації, 51% – розв'язують конфлікти. З 322 опитаних 35% неадекватно вирішують конфліктні ситуації, а 3% навіть не знають, як це зробити.

Критерій рефлексії. Було відзначено наявність та інтерес до етико-деонтологічного навчання та самонавчання: студенти оцінили, наскільки вони розуміють важливість етичного виховання та самовивчення особистості майбутнього лікаря. Результати дуже обнадійливі, адже «25% опитаних є «хорошими» і 61% «хорошими» і усвідомлюють велику важливість духовного зростання майбутнього лікаря, важливість виконання свого високого обов'язку перед суспільством. Але 14% лікарів-початківців не розуміють або недостатньо розуміють роль етичного виховання та самонавчання особистості, що неприпустимо для такого роду професій» [31]. Це свідчить про те, що 25% учнів мають велику потребу та інтерес до етичного та деонтологічного виховання та

самонавчання, середній показник цієї потреби та зацікавленості становить 61%, а низький показник – 14%. Крім того, студенти розглядали всі без винятку курси з переліку обов'язкових курсів на другому році навчання, тобто період доклінічного навчання.

Для визначення рівня зрілості та бачення студентів другого курсу, тобто їх бажання досягати успіху та розвиватися професійно та особистісно, студентам було запропоновано описати свої найбільші досягнення та пояснити їх важливість для особистісного розвитку. 19% опитаних кажуть, що вони не досягли успіху. Такі результати свідчать про особистісну незрілість, байдужість і байдужість певної частини студентів-медиків.

Крім того, 12% опитаних не змогли сформулювати свої короткострокові та довгострокові цілі та відповіли на запитання «Які ваші короткострокові та довгострокові цілі на роботі? Як навчання в Тернопільському національному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського допоможе досягти цієї мети? Короткострокові цілі 88% опитаних пов'язані з роботою в лікарні під час літніх канікул, отриманням диплому ТНМУ, отриманням глибоких знань, вмінням діяти в критичних ситуаціях та знаходженням підходу до кожної людини, завоюванням довіри пацієнтів та продовженням навчання за кордоном. До його довгострокових цілей можна віднести можливість досягти успіху в нелегкій професії лікаря, адміністративну роботу, бажання стати професором в медичному вузі, брати участь в науковій діяльності, здобути славу і визнання, отримувати прожитковий мінімум і відкрити клініку.

Результати ідентифікаційного експерименту свідчать про те, що поточна етична підготовка майбутніх лікарів недостатньо адаптована до підготовки майбутніх компетентностей у цій сфері, таких як оціночні, семантичні, комунікативні, управлінські, організаційні, нормативно-правові навички. Це свідчить про необхідність змін в організації навчального процесу при навчанні на доклінічному етапі.

Формаційний етап експерименту присвячений перевірці ефективності розробленої в науково-дослідному процесі методики для підготовки навичок майбутніх лікарів у сфері медичної етики шляхом спільного навчання у поєднанні з орієнтацією на «приховану навчальну програму», відображену в запропонованій дидактичній моделі.

Навчальний досвід здійснювався шляхом викладання дисциплін гуманітарного циклу, зокрема в іншомовних стажуваннях (англійська) за професійним спрямуванням, де апробовано методику, розроблену для підготовки майбутніх лікарів з медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії, з використанням спільного навчання у поєднанні з управлінням «прихованою навчальною програмою». Навчальний матеріал складався з «упорядкованої системи структур спільного навчання (табл. 3.1), проектних завдань у структурі «командних проектів», добірки проблемних статей, сформованих з матеріалів журналів США та Великобританії, та системи проблемних ситуацій із проблемним формулюванням тез. що вимагає від студентів-медиків вибору певного стилю поведінки та спілкування, заснованого на знанні цінностей лікаря, ключових обов'язків лікаря, а також професійних стандартів і вимог» [31]. Це дало змогу використати освітній потенціал дисципліни та її міждисциплінарний зв'язок з медичною етикою, адже теми курсу спрямовані на професіоналізацію та передбачають відпрацювання навичок та вмінь майбутніх лікарів професійною іноземною мовою: спілкування лікаря і пацієнта з його колегами.

У контрольній фазі дослідження на рівні міжособистісної взаємодії діагностовано початковий рівень освіти випробовуваних медико-етичних навичок. Аналіз результатів формувального експерименту проводили за методами, які використовувалися на етапі експериментального визначення (Додаток А; Додаток Б). Кількісні зміни фіксувалися відповідно до встановлених методик, обраних для вивчення рівня освіти суб'єкта у сфері медичної етики, а також розроблених критеріїв та рівнів.

Таблиця 3.1

Система колаборативних навчальних структур для відпрацювання навичок майбутніх лікарів з медичної етики

Функція	Назва структури
Встановлення доброзичливої атмосфери	<ul style="list-style-type: none"> • Знайомство (Icebreaker) • Правила спілкування (Communication Guidelines) • Визначення власних цілей (Development of Personal Goals) • Встановлення довірчих відносин (Trust Building) • Мої цілі (My Goals) • Оцінка та обговорення членами команди своєї діяльності та її результатів (Group Processing) • Стратегії конструктивного спілкування (Constructive Communication Strategies) • Хто я? (Who am I?) • Оцінка діяльності команди (Quality Team Assessment) • Досягнення компромісу (Negotiating Compromise)
Виховання командного духу, встановлення партнерських відносин	<ul style="list-style-type: none"> • Добір всліпу (Blind Sequencing) • Знайди вигадане твердження (Find the Fiction) • Карусель (RoundRobin) • Круглий стіл (RoundTable) • Командне інтерв'ю (Team Interview) • Командні проекти (Team Project) • Трьохступеневе інтерв'ю (Three-Step Interview) • Мозковий штурм (Brainstorming) • Жетон (RallyRobin) • Розгорни та вибери (Fan and Pick)
Соціальний розвиток (морально-етичні цінності, культура спілкування, лідерство в команді та організація командної роботи)	<ul style="list-style-type: none"> • Карусель (RoundRobin) або Жетон (RallyRobin) • Командне інтерв'ю (Team Interview) • Зустрічі у форматі нон-стоп (All Around the Clock) • Визначення черги (Turn Toss) • Коло навколо мудреця (Circle-the- Sage) • Гра з сигнальними картками (Flashcard Game) • Мозаїка (Jigsaw) • Нумерація (Numbered Heads Together) • Взаємне навчання та взаємодопомога (RallyCoach) • Обмін досвідом (Sages Share) • Розгорни та вибери (Fan and Pick) • Активна пріоритезація (Proactive Prioritizing) • Сукупний рейтинг (Sum-the-Ranks) • Шеренга одноступців (Agree-Disagree Line-ups) • Шеренги (Line-Ups) • Перекажи розповідь партнера (Paraphrase Passport) • Таймер (Timed-Pair-Share) • Гра «Дай відповідь» (Name Game) • Намалюй мої думки (Draw-What-I-Say) • Корисні висловки (Gambit Chips)
Прийняття рішень із урахуванням професійних норм і вимог.	<ul style="list-style-type: none"> • Знайди вигадане твердження (Find the Fiction) • Від одного до п'яти (First to Five) • Нумерація (Numbered Heads Together) • Активна пріоритезація (Proactive Prioritizing) • За і проти (Pros -N-Cons) • Круглий стіл (Roundtable) • Сукупний рейтинг (Sum-the-Ranks) • Мозаїка (Jigsaw)

Примітка: Створено автором за результатами експериментального дослідження

Кількісний аналіз результатів формувального експерименту показує, що відбулися позитивні зміни у визначенні характеристик, які повинен тренувати і розвивати студент-медик під час навчання, щоб стати високопрофесійним лікарем (рис. 3.1).

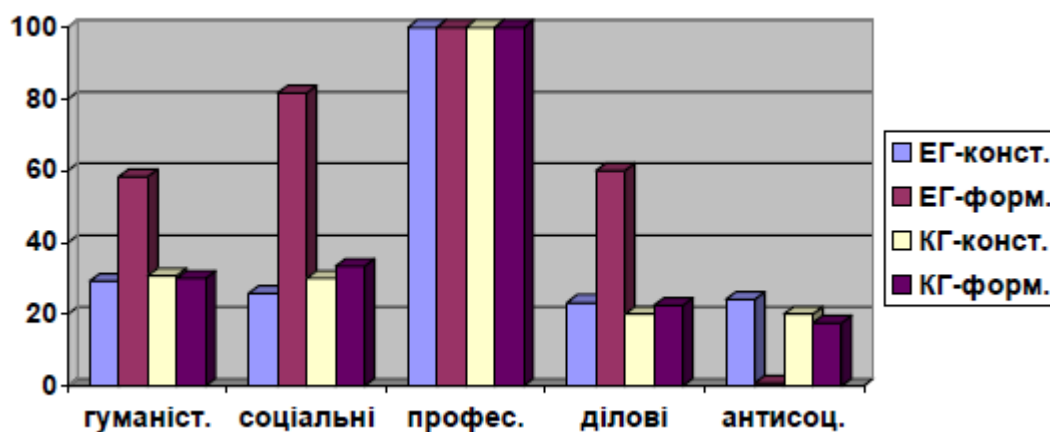


Рис. 3.1. Виявлення студентами-медиками академічних, морально-етичних якостей лікаря (у відсотках).

Примітка: Створено автором за результатами експериментального дослідження

Доекспериментальна частина показала незначну розбіжність у результатах визначення первинних професійних морально-етичних якостей студентів ЕК та КГ: гуманістично-орієнтовані якості – «ГЕ-29,2% (35 осіб) та КГ – 30,8% (37 осіб), соціально орієнтовані якості – ГЕ-25,8% (31 особа) та КГ-30,0% (36 осіб), професійні якості – 100% (по 120 осіб) в ЕГ та КГ, Професійні розряди - GE-23,3% (28 осіб) і CG-20,0% (24 особи), асоціальні класи - GE - 24,2% (29 осіб) і GC - 20,0% (24 особи). Після постекспериментальної частини відзначено значну динаміку розвитку ГА та ледь помітну різницю у відповідях студентів КГ: гуманістично-орієнтовані якості – ГЕ – 58,3% (70 осіб) та КГ – 30,0% (36 осіб), соціальні характеристики – ГЕ – 81,7% (98 осіб) та КГ – 33,3% (40 осіб), професійні якості – 100% (по 120 осіб) у ГА та КГ відповідно, підприємницькі якості - GE-60,0% (72 особи) і KG - 22,5% (27 осіб), антисоціальні якості - GE - 0,8% (1 особа) і CG - 17,5% (21 особа)» [31].

Постекспериментальна частина показала, що студенти ЕК, на відміну від студентів КГ, згрупували важливі академічні якості в одну систему, тобто одночасно обрали гуманістичні, соціальні, професійні та бізнес-орієнтовані якості (рис. 3.2).

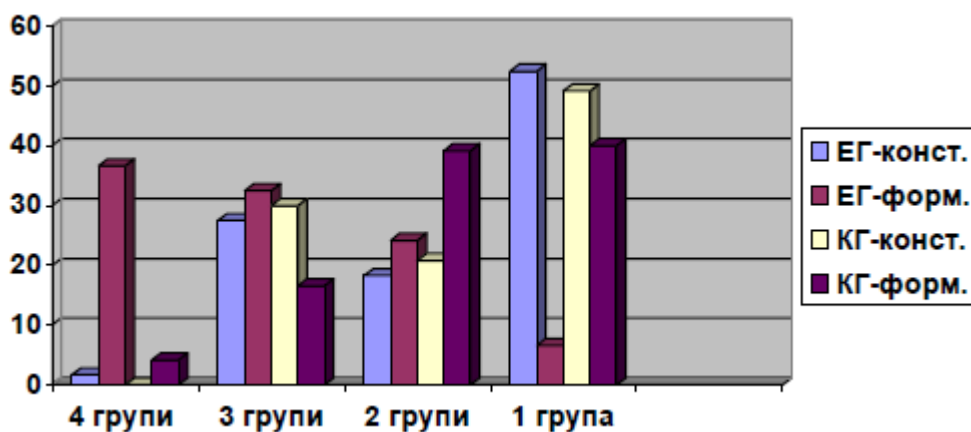


Рис. 3.2. Групування академічно важливих гуманістичних, соціальних, академічних та ділових якостей студентів-медиків (у відсотках).

Примітка: Створено автором за результатами експериментального дослідження

На початку експерименту жоден з респондентів КГ і лише 1,7% респондентів (2 особи) не вибрали якості чотирьох груп, тобто як особистісні якості гуманістичної, соціальної, професійної та комерційної спрямованості. На рисунку 3.2 видно, що після навчального досвіду «44 учні, або 36,7%, повідомили про характеристики, які представляла кожна з цих груп, що свідчить про позитивну тенденцію змін у цьому напрямку. Лише 5 учнів, або 4,2%, відзначили характеристики, які стосуються кожної з чотирьох груп. Не було суттєвих змін у відповідях на якості трьох груп, орієнтованих на кар'єру, (27,5% або 33 особи до досвіду і 32,5% або 39 осіб після досвіду), а в GE, навпаки, спостерігалася значна тенденція змін, але не виключно позитивна (30,0% або 36% або 36 осіб до досвіду і 16,6% або 20 осіб після досвіду)» [31]. Зменшення кількості респондентів КГ, які обрали якості, репрезентативні для тріади професійно-орієнтованих якостей, свідчить про негативну тенденцію змін, оскільки майбутніх лікарів не готують як всебічно розвинених особистостей у процесі формальної освіти та виховання дітей. На противагу цьому, спостерігалася значне збільшення кількості студентів, які визначили якості, які належали лише двом професійно значущим групам людей (20,8% або 25 осіб до досвіду та 39,2% або 47 осіб після досвіду), тоді як результати в GE були такими: 18,3% або 22 особи до досвіду та 24,2% або 29 осіб після досвіду (збільшення показника на 5,9% відбулося за рахунок: зменшення числа студентів

GE, які обрали характеристики групи, тобто динаміка змін позитивна). Дані гістограми свідчать, що на початку експерименту більшість студентів ЕК та КГ обирали характеристики однієї групи (переважно орієнтованої на кар'єру): 52,5% (63 особи) та 49,2% (59 осіб) відповідно. У постекспериментальній частині відзначено позитивну динаміку зі змінами ЕС – 6,6% (8) та незначними змінами ГК – 40,0% (48).

Таким чином, отримані показники підтверджують поліпшення результатів GE за такими показниками, як: «Спрямованість домінуючої особистості» (мотиваційно-особистісний критерій), «Рівень знань студентів-медиків про первинні морально-етичні професійні якості сучасного лікаря» та «Наявність морального ідеалу лікаря-гуманіста» (когнітивний критерій).

Порівнюючи результати детермінального експерименту з вихідними даними формувального етапу, можна зробити висновок про значне підвищення рівня освіти медико-етичних навичок предмета серед студентів GE на рівні міжособистісної взаємодії за обраними критеріями та показниками.

Порівняно з кураторством кількість студентів-медиків, які вважали неможливим роботу лікаря на високому рівні, зросла з 80,0% до 97,5% (для порівняння: у ГК з 82,5% до 88,3%).

Дослідження та експерименти, пов'язані з реалізацією моделі навчання дисциплінарних навичок майбутніх лікарів з медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії та розроблена методика використання інструментів спільного навчання у поєднанні з орієнтацією «прихованої навчальної програми», сприяли позитивній динаміці навчання дисциплінарних навичок майбутніх лікарів з медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії, що підтверджується розробкою кількісних показників.

На рисунку 3.2 видно, що на початку експерименту низький рівень медичної етики в міжособистісній взаємодії між студентами-медиками контрольної групи становив 48,3%, а на завершальній фазі експерименту – 44,2% (при $S > 0,05$).

Таблиця 3.2

Динаміка підготовки майбутніх компетентностей лікарів у сфері медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії протягом педагогічного досвіду

Групи	Рівні											
	Низький				Середній				Високий			
	ВК		ПК		ВК		ПК		ВК		ПК	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
КГ (n=120)	58	48,3	53	44,2	48	40,0	50	41,6	14	11,7	17	14,2
ЕГ (n=120)	64	53,4	4	3,3	43	35,8	69	57,5	13	10,8	47	39,2

Примітка: ВК - вхідний контроль на початку експерименту; ПК - Остання перевірка в кінці експерименту.

В експериментальній групі з контролю доступу 53,4 % опитаних становили групу з низьким рівнем освіти з навичок медичної етики суб'єкта на рівні міжособистісної взаємодії. На завершальному етапі частка знизилася до 3,3 % ($S < 0,05$), що є конкретним вираженням готовності майбутніх лікарів ЕК діяти відповідно до етичних принципів медичної професії та демонструвати своє розуміння важливості етики в медичній професії.

Ревізійна частина показала, що в контрольній групі 40,0 % студентів-медиків мали середній рівень освіти з навичок медичної етики суб'єкта на рівні взаємодії. На кінець експерименту показник становив 41,6% (при $s > 0,05$). На початку експерименту 35,8% респондентів експериментальної групи були віднесені до групи із середнім рівнем освіти тематичних навичок з медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії. На завершальному етапі частка зросла до 57,5% (при $S < 0,05$).

«На початку експерименту високий рівень підготовки з медичної етики виявили 11,7% опитаних у контрольній групі, а наприкінці експерименту – 14,2% ($p > 0,05$)» [31]. В експериментальній групі 10,8% респондентів отримали високу оцінку на початку експерименту, тоді як наприкінці експерименту 39,2% респондентів (з $s < 0,05$) були оцінені високо, що свідчить про те, що формаційна фаза експерименту була достатньо ефективною.

Наприклад, при ретельному перегляді спостерігалося незначне відхилення між показниками контрольної групи і експериментальної групи, але більш виражена різниця відзначалася в кінцевому процесі контролю.

За допомогою програми статистичного аналізу STATISTICA було розраховано рівень р-значущості. Статистично значущих відмінностей для контрольної групи ($p > 0,05$) не виявлено, що свідчить про збіг змін, що відбулися в цій групі під час освітнього експерименту. Для експериментальної групи результати були значущими на довірчому рівні $< 0,05$, підтверджуючи наявність статистично значущих відмінностей, отриманих в ході експерименту, і їх не випадковість. Завдяки математичним розрахункам можна зробити висновок, що підвищення рівня освіти майбутніх лікарів в експериментальній групі тематичних компетентностей з медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії зумовлене нашим педагогічним впливом.

Дані гістограми (рис. 3.3) свідчать, що на завершальному етапі дослідження кількість студентів-медиків в експериментальній групі зросла на високий (28,4%) та середній (21,7%) рівень освіти з навичок медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії, а кількість студентів-медиків низького рівня зменшилася (на 50,1%). У групі порівняння середні (1,6%) та високі (2,5%) значення зросли, а низькі (4,1%) знизилися, що свідчить про незначну динаміку змін у цій групі.

Суттєва різниця у значеннях показника свідчить, що рівень освіченості майбутніх лікарів у сфері медичної етики зростатиме на рівні міжособистісної взаємодії за умов систематичного, системного та цілеспрямованого застосування перевіреного методу у навчальному процесі закладу вищої медичної освіти. Мається на увазі включення самовпорядкованої системи кооперативних освітніх структур і управління «прихованою навчальною програмою».

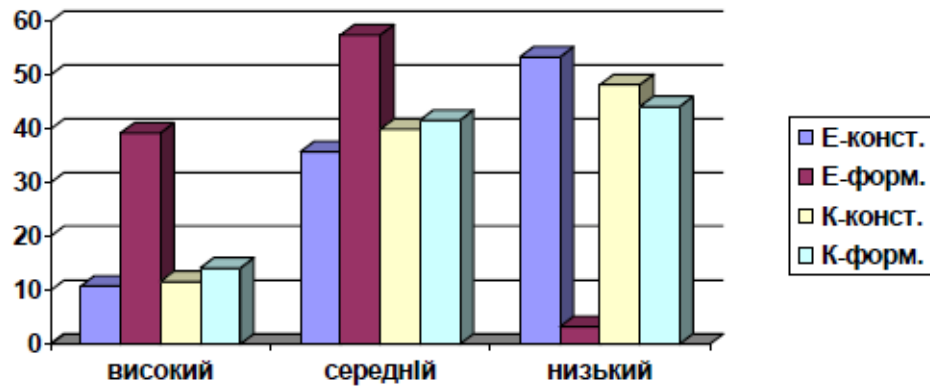


Рис. Розділ 3.3. Рівень освіти медико-етичної компетентності суб'єкта на рівні міжособистісної взаємодії між студентами в експериментальній та контрольній групах до та після навчального досвіду (у відсотках).

Примітка: Створено автором за результатами експериментального дослідження

Аналіз результатів контрольної групи дозволив підтвердити, що студенти експериментальної групи мають більш високий рівень підготовки медичних етичних навичок на рівні міжособистісної взаємодії в порівнянні зі студентами контрольної групи.

Статистичну значущість дослідження та його достовірність перевіряли за допомогою t-критерію Стьюдента. Перед початком експерименту була сформульована гіпотеза розподілу розподілу і обраний критерій для перевірки гіпотез про параметри цього розподілу. Оскільки випадкові величини в нашому експерименті підпорядковані нормальному розподілу, ми використовували t-критерій Стьюдента.

Відсутність статистично значущих відмінностей між експериментальною групою та контрольною групою, яка сформувалася на початку дослідження, контролювалася t-критерієм Стьюдента на обраному рівні значущості $p = 0,05$.

Сформульовано нульову гіпотезу: різниця між параметрами законів розподілу вибірок у порівнянні з експериментальною контрольною групою та контрольною групою студентів дорівнює нулю, а спостережувані відмінності між значеннями вибірки, що характеризують підготовку майбутніх лікарів з медичної етики в

експериментальній групі та контрольній групі, не є систематичними. Але тільки випадково. Альтернативна гіпотеза H Існують гіпотези про існування таких відмінностей.

«Використовуючи таблицю MS Excel для статистичного аналізу даних, знаходимо розрахункове значення статистики t-критерію: $t_d = 0,62$. Для числа ступенів свободи $\nu = 238$ стандартне значення тесту Стюдента на значущість $p = 0,05$ $t_{st} = 1,96$. Ми бачимо, що розрахункове значення статистики тесту t ($t_d = 0,62$) нижче значення стандартного тесту t ($t_{st} = 1,96$), так що нульова гіпотеза H_0 або з рівнем значущості $p = 0,05$ приймається, так що між групою лікування і контрольною групою було виявлено відсутність статистично значущих відмінностей» [39].

З метою перевірки ефективності розробленої методики підготовки майбутніх компетентностей лікарів у сфері медичної етики шляхом спільного навчання у поєднанні з орієнтацією «прихованої навчальної програми» використано t-критерій студента на обраному рівні значущості $p = 0,05$.

Нульова гіпотеза ґрунтувалася на припущенні, що між експериментальною групою та контрольною групою немає статистично значущих відмінностей, що є наслідком неефективності розробленої методики навчання навичок медичної етики у майбутніх лікарів. Альтернативною гіпотезою H є гіпотеза про наявність статистично значущих відмінностей між експериментальною групою і контрольною групою, що є наслідком ефективності методики, розробленої для навчання навичок майбутніх лікарів з медичної етики.

На основі статистичної обробки результатів експерименту зроблено висновки про ефективність розробленої методики навчання навичок майбутніх лікарів у галузі медичної етики на рівні міжособистісної взаємодії через кооперативне навчання, поєднане з орієнтацією на «приховану навчальну програму».

Висновки до розділу 3

Результати ідентифікаційного експерименту свідчать про те, що поточна етична підготовка майбутніх лікарів не узгоджується належним чином з

підготовкою майбутніх компетенцій лікаря у сфері медичної етики, таких як оціночно-семантичні, комунікативні, управлінські, організаційні, нормативно-правові навички. Це вказує на необхідність внесення змін в організацію навчального процесу при викладанні доклінічних дисциплін. Опитування серед студентів-медиків дозволило виявити проблемні аспекти, які потребують корекції в процесі етичного навчання.

На цьому фоні була розроблена стратегія підвищення рівня освіти майбутніх лікарів у сфері медичної етики щодо міжособистісної взаємодії, яка включає наступні заходи з боку професора: підтримка студентів-медиків, щоб переконатися, що обраний ними кар'єрний шлях є правильним; сприяти розвитку внутрішньої мотивації до навчання в медичному університеті, тобто у свідомості майбутніх лікарів переважають «професійні» та «пізнавальні» мотивації; сприяти розвитку гуманістичних і суспільних якостей, формуючи у свідомості нового покоління чіткий ідеал лікаря-гуманіста; надати студентам-медикам багату інформацію про первинні академічні, морально-етичні якості сучасного лікаря, наголосивши на важливості ініціативи та підприємництва, організаторських та лідерських здібностей; систематично надавати вичерпну інформацію про основні завдання лікаря; впроваджувати активні методи навчання, які задовольняють бажання більшості студентів-медиків спілкуватися один з одним та працювати в командах, а також підвищувати самооцінку тих, хто має середній та низький рівень комунікативної мотивації та не вміє проявляти себе під час командної роботи; під час викладання наукових дисциплін регулярно аналізувати змодельовані проблемогенеруючі ситуації з етичної та деонтологічної точки зору, приділяючи особливу увагу вмінню справлятися зі стресом та вирішувати конфлікти; використовувати навчальні технології, що дають можливість створити щільну та непідробну атмосферу на заняттях, що сприятиме підвищенню обізнаності майбутніх клініцистів про культуру спілкування та поведінки, необхідну для реалізації комунікативних відносин та тактики, для взаємодії лікаря та пацієнта,

членів сім'ї та колег; надати майбутнім лікарям можливість отримати якісну підготовку з етики, оскільки переважна більшість з них визнає її велике практичне значення; переконувати студентів-медиків, також на власному прикладі, у важливості етичного виховання та самонавчання; створення умов для професійного та особистісного розвитку майбутніх лікарів.

З'ясовано, що при застосуванні методики, розробленої для навчання майбутніх медичних компетентностей у галузі медичної етики, на рівні міжособистісної взаємодії через спільне навчання у поєднанні з орієнтацією «прихованої навчальної програми», відбуваються позитивні зміни в мотиваційно-особистісній, когнітивній, поведінковій та рефлексивній сферах особистості. Детальніше: змінюється спосіб взаємодії студентів-медиків між собою, що сприяє виникненню прагнення до спілкування, міжособистісної взаємодії, самонавчання, особистісного розвитку та самовдосконалення, готовності працювати в команді та організувати роботу, розвитку вміння справлятися зі стресом та конструктивно вирішувати конфлікти; студенти-медики усвідомлюють важливість формування ряду гуманістичних, соціальних, професійних і комерційних якостей; студенти-медики володіють культурою спілкування, особливо тактикою спілкування між лікарем і пацієнтом, і демонструють розуміння важливості прокладання шляху до успішної комунікації з пацієнтом. Майбутні лікарі вчаться приймати виважені та зважені рішення, враховуючи морально-етичні принципи, стандарти спілкування, правові аспекти та медичні професійні завдання.

Доведено, що прийняття методики, розробленої в ході дослідження, сприяло підвищенню рівня освіти майбутніх лікарів в експериментальній групі медико-етичних навичок суб'єкта на рівні міжособистісної взаємодії. При цьому суттєвих змін рівня компетентності з питань лікарської етики серед студентів-медиків контрольної групи порівняно з результатами надання не відбулося.

Статистичну значущість дослідження та його достовірність перевіряли за допомогою t-критерію Стьюдента. Статистичний аналіз експериментальних даних

дозволяє до початку експерименту визначити відсутність статистично значущих відмінностей між експериментальною групою і контрольною групою, і зробити висновок про ефективність розробленої методики навчання навичок майбутніх лікарів з медичної етики шляхом спільного навчання в поєднанні з орієнтацією «прихованої навчальної програми» на основі відмінностей у відмінностях статистично значущих відмінностей між експериментальною групою і контрольною групою в кінці експерименту.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів дослідження дозволяє зробити наступні висновки:

Аналіз вітчизняних наукових досліджень показав, що необхідно поглибити вивчення проблеми компетентності фахівців з медичної етики відповідно до сучасних вимог фахівця в галузі медицини, а також розробити методіку організації навчального процесу, яка створить умови для безперервного навчання навичок майбутніх лікарів з медичної етики через рівень міжособистісної взаємодії, що вивчається. Будь-яке заняття, теоретичне чи практичне, яке використовує освітній потенціал навчальних дисциплін у контексті вищої медичної освіти.

Виходить, що у відповідь на комерціалізацію медицини і подальше невдоволення суспільства більшість вимог до ведення медичної діяльності формулюються з етичної точки зору, змінюються ролі лікарів і пацієнтів, їх взаємозв'язок набуває нових властивостей і властивостей: інформативні, інтерпретативно-дорадчі моделі прийшли на зміну патерналістській моделі комунікації лікаря і пацієнта. Загальна картина сучасного лікаря складається з гарантованої компетентності, ряду професійних і особистісних якостей гуманістичної, соціальної, професійної та економічної спрямованості, високої культури спілкування, вміння працювати в команді і організовувати власну роботу, знання професійних завдань, правил і вимог.

Показано, що професіоналізм лікаря повинен вимірюватися належною підготовкою до різноманітних навичок, серед яких важливу роль відіграє деонтологія, оскільки вона передає свої суспільні, морально-етичні принципи. Сучасний лікар набуває впевненості, коли потреба пацієнта у високоякісній медичній допомозі, що відповідає високим стандартам, повністю задоволена, що неможливо без прагнення до досконалості та лідерства в галузі.

Прийнято, що в професійній діяльності лікаря зараз керуються основними принципами первинності інтересів пацієнта, його автономії та соціальної

справедливості. Повне дотримання лікарем цих правил гарантує виконання своїх професійних обов'язків: постійний розвиток професійної компетентності, захист інтересів пацієнта, дотримання лікарської таємниці, встановлення довірчих відносин з пацієнтом, підвищення якості медичних послуг, покращення доступу до медичної допомоги, справедливий розподіл ресурсів, проведення науково-дослідної діяльності тощо. Академічність незалежність та декомерціалізація професійної діяльності.

Основою забезпечення функціональної діяльності організації є її організаційна структура. Підсумкова кваліфікаційна робота включає в себе склад структурних елементів, систему організаційних зв'язків, організаційне навантаження на структурні підрозділи і організацію в цілому. Під організаційним забезпеченням розуміється сукупність структурних підрозділів і заходів щодо визначення їх структурної компетенції.

Організаційна структура Тернопільської обласної клінічної лікарні відповідає лінійній функціональній структурі та включає 6 центрів, у тому числі 19 спеціалізованих відділень пацієнтів та 13 параклінічних служб, 4 допоміжні блоки.

Забезпечення ресурсами з основних видів ресурсів: матеріальних, людських, економічних, інформаційних ресурсів має істотне значення для характеру функціональної діяльності. З аналізу наявності ресурсів можна зробити висновок, що в цілому вона відповідає функціональній діяльності лікарень у порівнянні з процесами надання існуючого реєстру медичних послуг. Виявлені проблеми обумовлені: зносом частини медичного колективу або неузгодженістю в управлінні за сучасними клінічними протоколами, необхідністю навчання співробітників роботі з сучасними інформаційними системами, необхідністю освоєння нових підходів до управління фінансовими ресурсами.

Результати ідентифікаційного експерименту свідчать про те, що поточна етична підготовка майбутніх лікарів не узгоджується належним чином з підготовкою майбутніх компетенцій лікаря у сфері медичної етики, таких як

оціночно-семантичні, комунікативні, управлінські, організаційні, нормативно-правові навички. Це вказує на необхідність внесення змін в організацію навчального процесу при викладанні доклінічних дисциплін. Опитування серед студентів-медиків дозволило виявити проблемні аспекти, які потребують корекції в процесі етичного навчання. На цьому фоні була розроблена стратегія підвищення рівня освіти майбутніх лікарів у сфері медичної етики щодо міжособистісної взаємодії, яка включає наступні заходи з боку професора: підтримка студентів-медиків, щоб переконатися, що обраний ними кар'єрний шлях є правильним; сприяти розвитку внутрішньої мотивації до навчання в медичному університеті, тобто у свідомості майбутніх лікарів переважають «професійні» та «пізнавальні» мотивації; сприяти розвитку гуманістичних і суспільних якостей, формуючи у свідомості нового покоління чіткий ідеал лікаря-гуманіста; надати студентам-медикам багату інформацію про первинні академічні, морально-етичні якості сучасного лікаря, наголосивши на важливості ініціативи та підприємництва, організаторських та лідерських здібностей; систематично надавати вичерпну інформацію про основні завдання лікаря; впроваджувати активні методи навчання, які задовольняють бажання більшості студентів-медиків спілкуватися один з одним та працювати в командах, а також підвищувати самооцінку тих, хто має середній та низький рівень комунікативної мотивації та не вміє проявляти себе під час командної роботи; під час викладання наукових дисциплін регулярно аналізувати змодельовані проблемогенеруючі ситуації з етичної та деонтологічної точки зору, приділяючи особливу увагу вмінню справлятися зі стресом та вирішувати конфлікти; використовувати навчальні технології, що дають можливість створити щільну та непідробну атмосферу на заняттях, що сприятиме підвищенню обізнаності майбутніх клініцистів про культуру спілкування та поведінки, необхідну для реалізації комунікативних відносин та тактики, для взаємодії лікаря та пацієнта, членів сім'ї та колег; надати майбутнім лікарям можливість отримати якісну підготовку з етики, оскільки переважна більшість з них визнає її велике

практичне значення; переконувати студентів-медиків, також на власному прикладі, у важливості етичного виховання та самонавчання; створення умов для професійного та особистісного розвитку майбутніх лікарів.

Доведено, що прийняття методики, розробленої в ході дослідження, сприяло підвищенню рівня освіти майбутніх лікарів в експериментальній групі медико-етичних навичок суб'єкта на рівні міжособистісної взаємодії. При цьому суттєвих змін рівня компетентності з питань лікарської етики серед студентів-медиків контрольної групи порівняно з результатами надання не відбулося.

Статистичну значущість дослідження та його достовірність перевіряли за допомогою t-критерію Стюдента. Статистичний аналіз експериментальних даних дозволяє до початку експерименту визначити відсутність статистично значущих відмінностей між експериментальною групою і контрольною групою, і зробити висновок про ефективність розробленої методики навчання навичок майбутніх лікарів з медичної етики шляхом спільного навчання в поєднанні з орієнтацією «прихованої навчальної програми» на основі відмінностей у відмінностях статистично значущих відмінностей між експериментальною групою і контрольна група в кінці експерименту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августи Р., Демків І. Інструментарій політики розвитку та зміцнення конкурентоспроможності економіки територіальних громад. *Modeling the development of the economic systems*. 2023. Вип 2, С. 28–33.
2. Августин Р. Конкурентоспроможність та основні поняття, що її характеризують. *Наукові записки Тернопільського державного педагогічного університету імені В. Гнатюка*. Серія: Економіка, 2007. №21. С. 39-44
3. Августин Р. Р., Демків І. О. Модернізація громадської інституційно-організаційної системи менеджменту в сфері розвитку внутрішнього ринку. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права*. Серія економічна. Серія юридична. 2023. Вип. 36. С. 322-327.
4. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. *Академічні візії*. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250>.
5. Августин Р. Р., Стахів О. В. Управління процесами інтелектуалізації – системна умова розвитку закладів охорони здоров'я. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права*. 2023. № 37. С. 13-21.
6. Августин Р., Демків І. Пріоритети вдосконалення системи менеджменту покращення фінансово-економічного стану підприємства. *Економіка та суспільство*, 2021, 29. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-29-32>
7. Августин Р., Демків І. Управління формуванням ресурсного забезпечення стратегічного розвитку підприємства. *Вісник Хмельницького національного університету*, Хмельницький, 2021, № 3 (292), с. 77-81.
8. Августин Р.Р., Демків І.О. Організаційно-економічний механізм детінізації відносин у базових видах економічної діяльності. *Підприємництво і торгівля*. Львів: Львівський торговельно-економічний університет. № 22, 2018. С. 86-93.. URL: <http://journals-lute.lviv.ua/index.php/pidpr-torgi/article/view/86>

9. Августин Р.Р., Демків І.О. Стимули та інструменти детінізації підприємництва: секторальний аспект. Вчені записки Університету «КРОК» зб. наук. праць. Київ: Вид-во Вищий навчальний заклад «Університет економіки та права «КРОК», 2019. Вип. №1 (53). С.36-45. URL: <https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu-krok/article/view/143>

10. Августин Р.Р., Демків І.О. Стратегічне управління прибутком як інструмент забезпечення економічної безпеки підприємства. Вісник Хмельницького національного університету. Серія: економічні науки, Хмельницький, 2022, № 5 Том 1 (310), с. 126-130. <http://journals.khnu.km.ua/vestnik/?p=14369>

11. Августин Р.Р., Демків І.О. Стратегічно-тактичний інструментарій управління фінансовою стійкістю і платоспроможністю підприємства. Науковий журнал “MODELING THE DEVELOPMENT OF THE ECONOMIC SYSTEMS”, № 3 (2022), с. 121-126.

12. Августин Р.Р., Демків І.О.. Антикорупційний механізм та засоби детінізації у соціальній сфері. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Міжнародні відносини. Економіка. Країнознавство. Туризм, вип. 13, Червень 2021, с. 27-37, <https://economyandsociety.in.ua/index.php/journal/article/view/576>

13. Аврахова Л. Я. Структури кооперативного навчання для етико - деонтологічного мислення студентів-медиків [текст]: навч.-метод. посіб. для викладачів медичних ВНЗіВ / [Л. Я. Аврахова, І. Є. Булах, О. В. Голік]. - К.: «Центр учбової літератури», 2015. - 72 с.

14. Білінський Б. Т. Клінічні помилки - результат некомпетентності лікаря / Б. Т. Білінський // Феномен людини - здоровий спосіб життя. - Львів, 2022. - Вип. 6. - С. 5-10.

15. Богданова І. М. Соціальна педагогіка: навч. посіб. / І. М. Богданова. - Харків: Бурун Книга, 2021. - 160 с.

16. Волосовець О.П. Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів

[текст]: навч. посіб. [для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акред., лікарів-інтернів, лікарів-курсантів післядипломної освіти] / О. П. Волосовець, С. П. Кривоустов, Н. В. Нагорна. - Донецьк: Донбас, 2004. - 84 с.

17. Гаврилькевич В. К. Парапсихічні феномени в контексті ціннісних орієнтацій молоді: психофізіологічні й патопсихологічні аспекти / В. К. Гаврилькевич, І. О. Ерметов, С. Л. Крук // Психолого-педагогічні засади професійного становлення особистості практичного психолога і соціального педагога в умовах вищої школи: зб. наук. пр. за матеріалами Всеукр. наук.-практ. конф. Т.3. - Тернопіль: вид-во Тернопільського держ. педагогічного ун-ту, 2003. - С. 187 - 191.

18. Гераймович І. О. Шляхи формування моральних якостей особистості студентів у навчальному процесі / І. О. Гераймович // Створення системи менеджменту якості освітніх послуг у ВНЗ: матеріали наук.-практ. конф., 24 квіт. 2008 р. - Луганськ: Альма-матер, 2008. - С. 23 - 31.

19. Герасимюк Н. Структура компетентностей з медичної деонтології в закладі охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: матеріали доповідей IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 4 травня 2023 року).

20. Герасимюк Н. Опис методики організації та проведення експериментального дослідження щодо формування у майбутніх лікарів предметних компетентностей з медичної деонтології: мат. доп. наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні». м. Тернопіль, 24 листопада 2023р.

21. Демків І. О. Гнучкість підприємства як засіб досягнення його конкурентоспроможності. Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Серія «Економічні науки». 2011. № 6 (51), ч. 2. С. 164 – 168.

22. Демків І. О. Методичні підходи до оцінювання гнучкості підприємства в умовах нестабільного ринкового середовища. Економічний аналіз. 2015. Том 21. №

2. С. 55-62.

23. Демків І. Стратегія диверсифікації як елемент стратегічного управління підприємством. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки: зб. тез доп. Всеукр. наук. практ. конф.. Тернопіль: ЗУНУ, 2021. С.45-48.

24. Демків І. Теоретичні засади гнучкості підприємства як засобу забезпечення його конкурентоспроможності: виробничо-управлінський аспект. Наука молода: зб. наук. праць молод. вчених Терноп. нац. екон. унту. Тернопіль: Економічна думка, 2010. № 14. С. 20-25. 224.

25. Етика ділових відносин: навч. посіб. / [Лесько О. Й., Прищак М. Д., Рузакова Г. Г., Залюбівська О. Б.]. - Вінниця: Вінницький нац. техн. ун-т, 2020, 310 с.

26. Етика ділового спілкування: навч. посіб. / [Гриценко С. П. [та ін.]; за ред. Т. Б. Грищенко, Т. Д. Іщенко, Т. Ф. Мельничук. - К.: Центр учбової літератури, 2017. - 344 с.

27. Етика та естетика: навч. посіб. / [В. Л. Петрушенко [та ін.]. - Львів: вид-во Нац. ун-ту «Львівська політехніка», 2008. - 180 с.

28. Етичний кодекс лікаря України [Електронний ресурс] // Укр. мед. часоп. - 2009. - №5 (73) - IX/X. - С. 8 - 11. - Режим доступу до журн.: <http://www.umj.com.ua/article/2883/prijnyato-etichnij-kodeks-ukrainskogo-likarya>. - Назва з екрану.

29. Кириченко І. Битва за професіоналізм [Електронний ресурс] / Ірина Кириченко // Дзеркало тижня. - 2022. - №33. - Режим доступу до газ.: http://dt.ua/SOCIETY/bitva_za_profesionalizm-109104.html. - Назва з екрану.

30. 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. - 112 с.

31. КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОВ: офіційний сайт. URL: <https://tokl.com.ua/>

32. Коробкова Н. В. Цивільно-правова охорона таємниць особистого життя людини / Н. В. Коробкова. - Х.: ІНЖЕК, 2005. - 152 с.

33. Литвиненко Н. П. Український медичний дискурс: Монографія / Н. П. Литвиненко. - Х.: Харківське історико-філологічне товариство, 2009. - 304 с.

34. Мруга М. Р. Структурно-функціональна модель професійної компетентності майбутнього лікаря як основа діагностування його фахових якостей: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.04 / Мруга Марина Рашидівна; Київ. нац. мед. ун-т. імені О. О. Богомольця. - К., 2006. - 26 с.

35. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2801-ХІІ із змінами від 02 серпня 2014 р. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1841-v>. - Назва з екрану.

36. Пелешук А. П. Етика взаємовідносин лікаря та хворого / А. П. Пелешук, Л. П. Мусієнко. - К.: Здоров'я, 1993. - 88 с.

37. Права людини у сфері охорони здоров'я: практ. посіб. / [І. Берн [та ін.]; за наук. ред. І. Я. Сенюти. - Львів: вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2022. - 552 с.

38. Приходько А. У чому секрет покоління П [Електронний ресурс] / Антон Приходько // Країна. - 2021. - №69. - Режим доступу до журн.: http://gazeta.ua/articles/opinions-journal/_u-chomu-sekret-pokolinnya-p/380822. - Назва з екрану.

39. Приходько Ю. О. Психологічний словник-довідник: навч. посіб. / Ю. О. Приходько, В. І. Юрченко. - К.: Каравела, 2022. - 328 с.

40. Про затвердження Національної рамки кваліфікацій: постанова № 1341 Кабінету Міністрів України від 23.11.2021 [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1341-2021-%D0%BF>. - Назва з екрану.

41. Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді: Наказ Міністерства охорони здоров'я №382 від 02 червня 2009 р. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090602_382_.html. - Назва з екрану.

42. Про захист персональних даних [Електронний ресурс] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. - 2010. - №34. - 481 с. - Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.Ua/laws/show/5491-17/paran55#n55>. - Назва з екрану.

43. Про інформацію [Електронний ресурс] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. - 1992. - №48. - 650 с. - Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2657-12>. - Назва з екрану.

44. Про Клятву лікаря: Указ Президента України №349 від 15 червня 1992 р. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/349/92>. - Назва з екрану.

45. Про схвалення Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України: Проект розпорядження Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20140618_0.html. - Назва з екрану.

46. Сенюта І. Медична таємниця: медико-правові аспекти / І. Сенюта // Львівський правничий часопис «Життя і право». - 2005. - № 1 (13). - С. 43-50.

47. Система управління якістю медичної освіти в Україні / [І. Є. Булах [та ін.]. - Д.: АРТ-ПРЕС, 2003. - 212 с.

48. Стучинська Н. В. Інтеграція фундаментальної та фахової підготовки майбутніх лікарів у процесі вивчення фізико-математичних дисциплін: автореф. дис... д-ра пед. наук: 13.00.02 / Стучинська Наталія Василівна; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. -К., 2008. -40 с.

49. Тарнавська Н. П., Демків І.О. Концептуальні положення моделі управління гнучкістю підприємства. Бізнес інформ. №2. 2017. с. 307-317.

50. Шкільняк М., Васіна А., Монастирський Г., Августин Р.Р., Дудкіна О. Управління комунальною власністю об'єднаних територіальних громад в умовах нових викликів реформування місцевого самоврядування (Аналітична записка за матеріалами засідання регіонального круглого столу). Вісник Тернопільського національного економічного університету № 4, 2020, с.210-215.

51. Шкільняк М.М., Кривокульська Н. М. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 1 (91). С. 64-69
52. Шкільняк М.М., Кривокульська Н. М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2. С. 22-30.
53. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2(19). С. 151-159.
54. Aronson E. Nobody left to hate: teaching compassion after columbine / Elliot Aronson. - New York: Freeman, W. H. & Company, 2000. - 192 p.
55. Avhustyn R., Demkiv I., Kotys N. Modeling the assessment of the probability of shadowing and spread of corruption in the social system and the sphere of public services Conference Proceedings Advanced Computer Information Technologies. Cheske Budejovice, Czech Republic, June 5-7, 2019, S.388-392.
56. Bonilla J. C. Reflexiones sobre la Educacion Basada en Competencias [Електронний ресурс] / J. C. Bonilla // Revista Complutense de Educacion. - 2010. - Vol. 21. - №1. - P. 91-106. - Режим доступу: <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED1010120091A/15205>. - Назва з екрану.
57. Bruce L. The state of medical education and practice in the UK / Luke Bruce. - General Medical Council, 2021. - 109 p.
58. Computer-based COMPLEX-USA content outline: dimension 2 (physician tasks) [Електронний ресурс] / National Board of Osteopathic Medical
59. DiMatteo M. R. Enhancing patient adherence to medical recommendations / M R. DiMatteo // JAMA. - 1994. - Vol. 271. - P. 79-83.
60. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication / S. A. Bull [et al.] // The Journal of the American Medical Association. - 2002. - Vol. 288 (11). - P. 1403-1409.

61. Examiners. Режим доступа: http://www.nbome.org/Dimension_2_outline.asp. - Назва з екрану.

62. Fisher R. Getting to yes: negotiating agreement without giving in / Roger Fisher, William Ury, Bruce Patton. - New York: Penguin Books, 1991. - 224 p.

63. Hafferty F. W. The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical Education / F. W. Hafferty, Ronald Franks // Academic Medicine. -- Vol. 69. - № 11. - P. 861-871.

64. Hale C. D. Active teaching and learning: a primer [Електронний ресурс] / D. Hale, Douglas Astolfi. - 2nd edition. - 2021. - 179 p. - Режим доступа: http://www.charlesdennishale.com/books/atl_ap/Chapter%204%20Cooperative%20Learning%201.1.pdf. - Назва з екрану.

65. Hampton J. R. Relative contributions of history-taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients / J. R. Hampton [et al.] // The British Medical Journal. - May 1975. - Vol. 2. - P. 486-489.

66. Hensel W. A. Teaching professionalism: passing the torch / W. A. Hensel, N. W. Dickey // Academic Medicine. - 1998. - Vol. 73. - P. 865-870.

67. Hickson G. B. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care / G. B. Hickson [et al] // JAMA. - 1994. - Vol. 272. - P. 1583-1587.

68. HOSA (Health Occupations Students of America). What employers want in new hires [Електронний ресурс]. - Режим доступа: http://www.hosa.org/emag/articles/news_march03_pg3.pdf. - Назва з екрану.

69. Iseron K. V. Grave words: notifying survivors about sudden, unexpected deaths / K. V. Iseron. - Tucson, AZ: Galen Press, 1999. - 343 p.

70. Jackson J. L. Predictors of patient satisfaction / J. L. Jackson, J. S. Chamberlin, K. Kroenke // Social Science and Medicine. - 2001. - Vol. 52(4). - P. 609-620.

71. Jennings M. M. The seven signs of ethical collapse: how to spot moral meltdowns in companies... before it's too late / M M Jennings. - New York: St. Martin's Press, 2006. - 336 p.

72. Johnson D. W. Cooperation in the college classroom / D. W. Johnson, R. T. Johnson, K. A. Smith. - Edina, MN: Interaction Book Co., 1991. - 270 p.

73. Kabachenko D., Churikanova O., Oneshko S., Avhustyn R., Slatvinska V. Application of Information Technologies for Management Decision Making in the Conditions of the Instability of the External Economic Space. International Journal for Quality Research. Volume 16 Number 4. 2022. s. 1121-1132

74. Kagan S. Structural approach to cooperative learning / Spencer Kagan // Educational Leadership. - December 1989 / January 1990. - P. 12-15.

75. Kopelman L. M. Cynicism among medical students / L. M. Kopelman // JAMA. - 1983. - Vol. 250. - P. 2006-2010.

76. Kotter J. P. Leading change / J. P. Kotter. - Boston, MA: Harvard Business School Press, 1996. - 187 p.

77. Lankton J. W. Emotional responses to detailed risk disclosure for anesthesia, a prospective, randomized study / J. W. Lankton, B. M. Batchelder, A. J. Ominsky // Anesthesiology. - 1977. - Vol. 46(4). - P. 294-296.

78. Leape L. L. Promoting patient safety by preventing medical error / [L. L. Leape [et al.] // JAMA. - 1998. - Vol. 280. - P. 1444-1447.

79. Lo B. Conflict of interest in medical research, education, and practice [Электронный ресурс] / Bernard Lo, M. J. Field. - Washington, D.C.: National Academies Press (US), 2009. - 44 p. - Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK22942/>. - Назва з екрану.

80. Stahiv O., Biletska I., Perepolkina O., Avgustyn R., Mykytyn O. (2023). Efficiency of the Implementation of Innovation and Investment Projects at Healthcare Institutions: Integral Analysis and Ways of Enhancement. Science and Innovation, 19(5), 18–33. <https://doi.org/10.15407/scine19.05.018>

81. Youn Y. H. Conflict of interest in medical practice and research / Y. H. Youn, I. Lee // Korean Journal of Gastroenterology. - 2022. - Vol. 60(3). - P. 149-154.