

approach contributes to the elimination of managerial training on a personal level, ensuring the self-realization of the creative personality of future engineers-teachers. Among the prospects for further study of this problem, we will highlight the work of studying innovative approaches to implementing a quality management model for the training of future engineers-educators in the conditions of the Master's program at the Technical University.

Key words: *organizational and pedagogical conditions; methodical conditions; personality development conditions; management; quality of preparation; engineers-teachers; competence approach; innovation environment.*

*Одержано редакцією 12.09.2017
Прийнято до публікації 01.10.2017*

УДК 37.013:167 (045)

ШПАК Валентина Павлівна,
доктор педагогічних наук, професор,
завідувач кафедри початкової освіти,
Черкаський національний університет
імені Богдана Хмельницького,
Україна
e-mail: shpakvalentina64@gmail.com

ДЕОНТОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ЯК МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У СИСТЕМІ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

***Анотація.** З позиції методології педагогічної науки визначено сутність ключового поняття «методологія», схарактеризовано її значущість у науково-педагогічних дослідженнях. Показано роль деонтологічного підходу як підґрунтя науково-педагогічних досліджень у системі медичної освіти. Акцентовано увагу на основних принципах реалізації цього підходу – соціоморальних і морально-психологічних.*

***Ключові слова :** методологія; підхід; деонтологічний підхід; соціоморальні принципи; морально-психологічні принципи; медична освіта; етика; обов'язок.*

Постановка проблеми. У сучасних умовах розвитку медичної освіти проведення науково-педагогічних досліджень вимагає глибокої методологічної підготовки від дослідників, що можна пояснити посиленням зв'язків медичної освіти з різними науками, а також спрямованістю, інтеграцією зусиль усіх антропологічних наук на людину. Методологія в цьому процесі відіграє визначальну роль, оскільки сприяє цілісності, системності, результативності, підвищенню професійної спрямованості дослідницької діяльності. Важливим є те, що застосування методів дослідження різних наук (психології, соціології, математики) має сприяти вирішенню поставлених дослідницьких завдань.

Відомо, що методологія як наука про сукупність найбільш загальних світоглядних принципів та їх застосування для розв'язання складних теоретичних і прикладних завдань певним чином позначається на суб'єктивній позиції науковця. У науково-педагогічному дослідженні ця позиція, зокрема, передбачає: визначення мети дослідження з урахуванням розвитку теорії науки, потреб практики, соціальної активності й реальних можливостей наукового колективу або вченого; вивчення педагогічних процесів, явищ у їх розвитку, саморозвитку, у певному середовищі,

у взаємодії зовнішніх і внутрішніх чинників впливу; розгляд проблем соціалізації особистості з позицій різних антропологічних наук (медицини, соціології, психології, антропології, фізіології, генетики), щоб мати можливість застосувати наукову інформацію про людину в інтересах розроблення оптимальних педагогічних систем, технологій, умов для розвитку особистості; орієнтацію на системний розгляд питань структури, взаємозв'язку педагогічних елементів і явищ, їх підпорядкування, динаміки розвитку, тенденцій, сутності й особливостей, чинників і умов; виявлення й подолання суперечностей у процесі соціалізації особистості; визначення відповідних методів дослідження обраної проблеми; забезпечення зв'язку теорії та практики, розроблення шляхів його реалізації, орієнтація на нові наукові концепції, нове педагогічне мислення.

Щоб науково-педагогічне дослідження відповідало цим вимогам, необхідна відповідна підготовка дослідників, оволодіння ними конкретними знаннями й уміннями. Так, С. У. Гончаренко підкреслює, що визначення дослідником «своїх методологічних позицій і методів виявляється не під силу багатьом пошукувачам наукового ступеня не лише кандидата, а й доктора. Нерідко в дисертаціях і авторефератах можна зустріти, як правило, занадто довгий перелік психологічних, і загальнопедагогічних теорій, філософських підходів, які нібито послужили методологічною основою дослідження. Але залишається зовсім незрозумілим, як конкретно використовуються ці різні, іноді конкуруючі методологічні підходи...» [1].

Відомо, що походить термін «методологія» від двох грецьких слів: *methodos* – «метод» і *logos* – «учення, наука». Це дає підстави стверджувати, що методологія – це вчення про науковий метод пізнання, а також власне система цих методів, основних підходів і прийомів дослідження, що застосовуються в певній науці. На відміну від «методології», «метод» є способом дослідження, пізнання, сутність якого полягає в тому, що знання, які містяться в ньому: 1) визначають дії дослідника з об'єктом пізнання; 2) підказують прийоми підходу до нього, способи отримання знання, його вираження та конструювання як матеріалу для опису і вивчення [1; 2].

Сказане дає підстави розглядати методологічну позицію науковця як сукупність знань, що набуті раніше, у поєднанні з адекватним світорозумінням, яка відбиває сучасний рівень, усталену картину світу. Звідси стає зрозумілою необхідність підвищення методологічної культури фахівця, яка забезпечує наукове пізнання, регулює пізнавальний процес дослідника, посилює ефективність науково-дослідницької діяльності.

Оскільки методологія – це не лише *інструментарій*, але й рухлива *система*, серед усього конгломерату дефініцій цього поняття нам імпонують такі: 1) система знань, вихідних положень, принципів, ідей щодо побудови теоретичної і практичної діяльності; 2) учення про цю систему, методи її дослідження.

Методологія науково-педагогічного дослідження – це вчення про структуру, логіку організації, принципи побудови, форми, засоби і способи наукового пізнання. Вона вивчає світоглядну концепцію сучасної науки, розкриває такі ключові питання: як здобувати наукові факти і факти повсякденної дійсності; як їх опрацьовувати, оцінювати, інтерпретувати; як робити висновки й узагальнення.

Ми погоджуємося з позицією З. Н. Курлянд [2], що методологічними є всі ті провідні ідеї й концепції, що вписуються в систему науково-матеріалістичного світогляду і відповідають об'єктивним тенденціям розвитку сучасної науки в цілому. Тому для організації науково-педагогічного дослідження необхідним є: 1) досконале оволодіння науковими поняттями й узагальненнями; 2) точний опис фактів, явищ і ситуацій із застосування загальноприйнятої наукової термінології; 3) уміння добирати вихідні дані за їх істотними ознаками; 4) здатність класифікувати факти, їх певні ознаки

відповідно до загальнонаукових принципів; 5) готовність аналізувати факти та явища, відходити при цьому від одиничного, другорядного, порівнювати ці факти та явища, виявляти подібне і відмінне, випадкове і закономірне; 6) уміння точно визначати поняття, будувати докази і спростування в науковій дискусії з опорою на дані педагогічної науки і різних досліджень; 7) передбачення тенденцій розвитку і можливих змін на основі історичних і сучасних тенденцій педагогічних явищ, аналізу фактів і даних інших наук; 8) виведення наукової концепції, системи поглядів.

Першочергове значення в науково-педагогічному дослідженні відіграє підхід, що, за влучним висловом М. Б. Євтуха і В. М. Галузинського [3], є біноклем, в окулярах якого дослідник бачить педагогічні явище, процес чи систему відносин, що визначатимуть у подальшому напрям його наукового пошуку. При цьому основні вимоги до науково-дослідницької діяльності традиційно знаходять своє відображення у відповідних принципах (від англ. *principle* – «правило, що виникло в результаті об'єктивно осмисленого досвіду»), що сприймаються як вимога, регламентація цієї діяльності певними правилами. Необхідність дотримання таких вимог при реалізації деонтологічного підходу в період формування ринкових відносин у сучасному суспільстві актуалізує переосмислення деонтологічних основ взаємодії суб'єктів у системі медичної освіти, хоча сама проблема має давні історичні корені.

Аналіз основних досліджень, у яких започатковано розв'язання даної проблеми. Проблема співвідношення понять «медична деонтологія» і «лікарська етика» отримала належне обґрунтування у працях відомого вченого і теоретика медицини М. М. Петрова. Згодом вона була конкретизована Б. Д. Петровим, який відносить до проблем медичної деонтології обов'язок лікаря перед хворими і перед своїм народом, а також його громадянський обов'язок, а отже – усі моральні проблеми медицини. Побутує також думка [9, с. 51], що лікарська етика є складником медичної деонтології, оскільки наука про обов'язок вивчає принципи поведінки медичних працівників, тому вона значно ширша від норм професійної етики. Натомість О. Г. Михайлова вважає вживання поняття «деонтології» невиправданим і пояснює його сутність особливостями етимології.

Інший дослідник, М. Г. Стулов, узагалі не вдається до диференціації понять «моральність» та «етика», натомість С. О. Позднякова розглядає лікарську мораль як сферу моральних відносин, а деонтологію – як розділ теорії. У ряді інших досліджень лікарська етика характеризується з позицій теорії моралі, що вивчає роль моральних основ у діяльності медичного працівника, гуманність його ставлення до хворого, а також як наука про моральну цінність вчинків і поведінки медика, що є цілком правомірним.

Оскільки однією з основних проблем лікарської етики є теоретичне обґрунтування вихідних моральних принципів сучасної медицини, це і визначило **мету статті** – узагальнення уявлень про деонтологічний підхід як методологічне підґрунтя науково-педагогічних досліджень у системі медичної освіти.

Виклад основного матеріалу. Цілком правомірно вважати розробником основних принципів медичної деонтології англійського філософа і правознавця Ієремію Бентама (1748-1832 рр.), якому належить авторське бачення моралі та обов'язку в опублікованій ним у 1834 р. праці «Деонтологія, або Наука про мораль». Російським науковцем М. М. Петровим у 40-х роках ХХ ст. запропоновано розглядати деонтологію як один із розділів медичної етики – наукової галузі, що вивчає специфіку виникнення й розвитку лікарської моралі в контексті конкретних історичних умов. У той самий час, доволі складні й суперечливі ситуації, на які так багата медична практика, потребують адекватного поєднання відразу кількох

моральних принципів. Узгоджене поєднання таких принципів зумовлюється конкретністю ситуації, в основі якої лежить вибір форми поведінки медичного працівника згідно з наявними умовами його професійної діяльності та індивідуальними особливостями хворого.

Необхідність законодавчого закріплення вироблених моральних принципів професійної діяльності медичних працівників зумовлює ухвалення резолюції Генеральної Асамблеї ООН 37/194 від 18 грудня 1982 р. «Принципи медичної етики». Генеральна Асамблея посилається на свою резолюцію 31/85 від 13 грудня 1976 р., у якій вона пропонує ВООЗ підготувати проект кодексу медичної етики, у додатках до якого міститься зведення принципів, що підготовлені Радою міжнародних медичних організацій під назвою «Принципи медичної етики, що відносяться до ролі працівників охорони здоров'я в захисті осіб від тортур та інших жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поведінки і покарання». Крім того враховуються рекомендації й інших законодавчих документів: резолюції 1981/27 Економічної та Соціальної Ради від травня 1981 р., у якій пропонувано Генеральній Асамблеї вжити заходи з розроблення проекту принципів медичної етики на її 36-й сесії; резолюції 36/61 від 25 листопада 1981 р., у якій йдеться про грубе порушення моральних вимог у професійній діяльності медичних працівників; статті 7 Декларації, що ухвалена в резолюції 3452 (XXX), згідно з якою кожна держава має розглядати будь-які тортури зі сторони медичних працівників як злочин, що переслідується кримінальним правом.

Беручи до уваги позитивний міжнародний досвід (Міжнародний кодекс медичної етики від 1949 р., Міжнародну клятву лікарів від 1948 р., Етичний кодекс лікаря від 1994 р. та інші документи), в Україні Указом Президента від 15 червня 1992 р. затверджено Клятву лікаря, де вміщено всі важливі норми етики і деонтологічні принципи. Нині цю клятву повинні давати всі випускники вищих медичних закладів освіти України.

Проведений нами аналіз основних публікацій із проблеми дослідження, а також окремих архівних документів (Постанови Ради Народних Комісарів УРСР «Про правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу» від 1924 р.) [6], дозволяє стверджувати, що більшість науковців (С. С. Гуревич, С. О. Позднякова, О. І. Смольняков та інші) присвячують свої наукові розвідки характеристиці двох груп основних моральних принципів професійної діяльності медичних працівників – соціоморальних і морально-психологічних. До соціоморальних принципів прийнято відносити:

1) *принцип гуманного ставлення до хворого* (виявляється в постійній готовності надавати медичну допомогу і піклуванні про хворого, що становить основну моральну вимогу до професіоналізму медичного працівника);

2) *принцип виключення дій проти здоров'я хворого* (полягає в тому, що медичний працівник покликаний турбуватися про здоров'я людей, віддавати цій шляхетній справі всі свої сили і знання, що виключає будь-які навмисні чи ненавмисні дії на шкоду життю і здоров'ю хворого);

3) *принцип надання медичної допомоги всім, хто її потребує, незалежно від расової, політичної, релігійної приналежності* (має у своїй основі відомий гіппократівський принцип «перш за все – не нашкодь», у якому виражається вимога щодо обережності в діях і словах, турботи про стимулювання захисних сил організму людини, створення зовнішніх і внутрішніх умов для успішної боротьби організму з нездужанням. Це, у свою чергу, виключає непоміровані, непродумані, необґрунтовані слова і дії медичного працівника, що можуть негативно вплинути на самопочуття хворого, послабити його фізичні, психічні і моральні сили);

4) *принцип солідарності всіх лікарів у боротьбі за мир* (набуває в наш час особливого соціального і політичного значення в боротьбі проти агресії, сил милітаризму, спроб розв'язати нові війни або застосувати бактеріологічну зброю в різних регіонах земної кулі);

5) *принцип участі в охороні життя людей від тих чи тих надзвичайних ситуацій, що загрожують їм* (наприклад, від екологічного забруднення зовнішнього середовища радіаційними викидами);

6) *принцип недопущення експериментів над людьми* (актуалізується в умовах боротьби проти епідемій і зумовлюється необхідністю розроблення медичних препаратів для лікування «хвороб століття» – СНІДу, онкологічних захворювань, торч-інфекцій та ін.);

7) *принцип постійного підвищення професіоналізму* (полягає в тому, що наукові знання медичного працівника так само, як і його моральність, набувають високої цінності лише тоді, коли застосовуються адекватно до конкретного випадку та з урахуванням біологічних, психологічних і особистісних особливостей хворого, що потребує постійного вдосконалення, безперервного підвищення фахового рівня медика. Крім того, моральний критерій вимоги постійного підвищення знань, професійної майстерності, наукової обґрунтованості дій медичного працівника зумовлений відповідальністю за успішний результат лікування).

Група морально-психологічних принципів включає:

1) *принцип збереження лікарської таємниці* (відображає діалектику ставлення медичного працівника до інтересів хворого та інтересів суспільства, у основі якої лежить суперечність між відповідальністю медика за збереження найбільшої суспільної цінності – життя і здоров'я людини та відповідальністю перед суспільством за покладену на медичних працівників довіру. Не випадково в давні часи медицину називали *art mut* – мистецтво мовчання);

2) *принцип утримання від вчинків, які можуть принизити гідність професії медика* (розкривається у процесі спілкування медичного працівника з хворим, що відкриває доступ у потаємний світ людини і виключає вияв зі сторони медика як обурення, так і надмірної цікавості. Статус медика, що ґрунтується на його повазі і довіри зі сторони хворого, відкриває доступ до різної інформації: а) яка не має жодного значення як для хворого, так і для суспільства, але є необхідною для медичного працівника у процесі його спілкування з пацієнтом; б) яка є важливою для хворого, але індиферентною для суспільства; в) яка є однаково цінною і для хворого, і для суспільства, оскільки окремі патологічні стани потребують додаткових заходів щодо охорони здоров'я і життя громадян. Головним при цьому залишається виключення можливості застосування отриманої інформації медичним працівником із корисливою метою);

3) *принцип індивідуального підходу* (дозволяє медичному працівнику реалізувати весь спектр фахових знань відповідно до індивідуальних особливостей хворого, тому вміння бачити не лише окремі деталі, але й особистість пацієнта в цілому з її складними переживаннями та інтересами становить важливу моральну вимогу до діяльності медика не залежно від його фаху і визначає результативність лікування);

4) *принцип колегіальності* (не виключає особистої відповідальності й самостійності медичного працівника, але водночас потребує взаємної довіри і узгоджених дій з іншими фахівцями у розв'язанні завдань діагностики і лікування хворих, що сприяє покращенню організації медичної допомоги населенню, оптимізації боротьби за оздоровлення навколишнього середовища. Порушення цієї вимоги приводить до проявів кар'єризму, неповаги до позиції колег, дискредитації інших фахівців в очах хворого, замовчування помилок, що несумісне з професійною честю й гідністю медика).

З аналізу науково-медичної літератури відомо, що під час спілкування з родичами хворого та іншими відвідувачами медичним працівникам необхідно: при нагоді наперед підготуватися до спілкування, створити для цього невимушені умови; усунути відволікаючі чинники; продемонструвати своє бажання слухати, сконцентрувати свою увагу на проблемах пацієнта, не переривати співрозмовника; за необхідності проявити співчуття, бажання зрозуміти позицію пацієнта, прагнення з'ясувати сутність його проблеми; адекватно реагувати на почуття пацієнта; намагатися бути зрозумілими, слідкувати за своїми висловлюваннями і проводити їх оцінювання, ставити за потреби уточнювальні запитання; узагальнити своє розуміння вислуханого і вжити необхідні заходи, щоб допомогти пацієнту.

Не бажано при спілкуванні з родичами пацієнта та іншими відвідувачами проявляти нетерпимість, удавану увагу, утрачати спокій, дратуватися, домінувати над пацієнтом, сперечатися або критикувати його, виносити поспішне рішення, переривати, наперед уважати, що пацієнт помиляється, переслідувати особисту користь [1].

В основу *відносин лікаря і хворого* має бути покладений загальновідомий принцип, що треба лікувати хворого, а не хворобу. При цьому лікар повинен розмовляти з хворим тактовно, зі співчуттям, заспокійливо. У жодному разі не слід виявляти нестерпність, роздратування, грубість, навіть у тому випадку, коли лікар має справу з нетерплячим, примхливим пацієнтом, або в нього виникає підозра, що хворий симулює. Звертатися до хворого обов'язково слід на ім'я та по батькові. У розмові з хворим лікар повинен дати йому надію на швидке одужання й повернення працездатності, навіть у випадку, коли перед ним онкологічний хворий.

Виняткове значення для хворого має зовнішній вигляд лікаря (чистота й охайність одягу, завжди спокійний, доброзичливий вираз обличчя. Вираз тривоги, огиди, зневаги до хворого на обличчі лікаря неприпустимі).

Відносини лікаря з родичами хворого, особливо онкологічного чи важкохворого, потребують особливого такту і делікатності, навіть, якщо на деякі запитання родичів хворого надто складно дати вичерпну відповідь. У такому разі лікар не повинен уводити родичів в оману стосовно діагнозу, плану обстеження й лікування хворого. Рідних слід запевнити, що медики роблять усе необхідне, тому хворий не залишається без уваги і допомоги. Щодо прогнозу захворювання завжди слід говорити обережно, і, якщо він здається лікареві несприятливим, слід поступово підготувати родичів до сумної звістки.

В основі *відносин медичної сестри і хворого* лежить турбота про покращання його фізичного і морального стану, тому слід урахувувати такі вимоги:

1. Для подальшого лікування надто важливе значення має перше враження хворого про відділення, у якому він перебуває, тому палатна медична сестра повинна привітно зустріти хворого, провести його в палату, ознайомити з розташуванням різних приміщень (санітарний вузол, їдальня, ванна), правилами внутрішнього розпорядку.

2. Слідкувати, щоб лікарняний одяг і взуття хворого були за його зростом, розміром, зі всіма гудзиками, у протилежному випадку в нього може надовго зіпсуватися настрій, що негативно позначиться на якості лікування.

3. Слід звертатися до хворих тільки на ім'я та по батькові.

4. Наявність взаємної поваги у відносинах медичної сестри і хворого допоможе йому невимушено виявляти свої відчуття й побажання.

5. Слід пам'ятати про вплив кожного слова медичного працівника, а також інтонації, з якою його сказано. Тому будь-який збуджений, байдужий чи стурбований тон при розмові з хворим неприпустимі, оскільки мовлення медичної сестри однаковою мірою може чинити як цілющий вплив, так і гнітючу дію.

6. На запитання хворого стосовно діагнозу, перебігу чи прогнозу захворювання медична сестра повинна направити хворого за відповіддю до лікаря. Проте освічена медична сестра може сама роз'яснити хворому дію ліків, спосіб їх застосування, мету призначеної маніпуляції. Перед виконанням деяких призначень (шлункове чи дуоденальне зондування, катетеризація сечового міхура, постановка клізми) необхідно пояснити хворому, як він повинен поводитися, щоб маніпуляція пройшла успішно.

7. У присутності хворого не слід вимовляти фрази, що можуть налякати його («у хворого в калі кров», «серцева діяльність у хворого порушена») або вживати слова, що вже стали відомими багатьом хворим (наприклад, *cancer*), як і не можна говорити хворому, що призначені йому ліки у відділенні відсутні.

8. У розмові з хворим медична сестра повинна вселяти йому віру в ліки і процедури, що призначені лікарем.

9. Необхідно уникати всіляких сторонніх розмов і дій під час проведення маніпуляцій, бо хворі розцінюють це як ознаку неухважного ставлення до них і навіть як причину негативних наслідків призначеної маніпуляції.

10. Слід пам'ятати, що метушлива, поспішна робота медичної сестри, неохайність її зовнішнього вигляду, робочого місця справляють на хворого негативне враження, примушують його сумніватися у правильності та ефективності маніпуляції.

11. Ставлячись до всіх хворих доброзичливо і лагідно, медична сестра повинна більше уваги приділяти ослабленим і важкохворим. Дуже важливим для такого хворого є те, щоб медична сестра приходила до нього частіше, розмовляла з ним, підбадьорювала, озивалася до нього при найменшому звертанні, виконувала деякі прохання.

Відносини медичної сестри і лікаря потребують дотримання таких вимог:

1. Медична сестра працює в тісному контакті з палатним лікарем; при цьому вона є його помічником і виконує його призначення. Оскільки вона набагато більше часу проводить біля ліжка хворого, ніж лікар, то може надати лікареві повну інформацію щодо змін у стані хворого (погіршення апетиту, погану переносність ліків, появу алергічних реакцій).

2. Якщо в медичної сестри під час виконання призначень лікаря виникають якісь запитання або сумніви, вона повинна звертатися до лікаря за роз'ясненнями й уточненнями, але не у присутності хворого.

3. Відносини лікаря з медичною сестрою мають будуватися на діловій основі, взаємній повазі. Звертатися один до одного вони повинні на ім'я та по батькові. Помітивши помилку у призначеннях лікаря, медична сестра не повинна її обговорювати з хворими, а тактовно звернутися з цим питанням до лікаря.

4. Медична сестра має бути чесною не тільки перед хворим, але й перед лікарем. Якщо, наприклад, вона дала хворому не ті ліки або перевищила їх дозу, вона повинна негайно доповісти про це лікареві, оскільки це торкається не тільки етичних норм, але й життя і здоров'я хворого.

Відносини медичної сестри і санітарки мають будуватися відповідно до таких вимог:

1. Санітарка безпосередньо підлегла палатній медичній сестрі.

2. Обов'язки медичної сестри і санітарки в основному диференційовані, але в них можуть бути і спільні дії – заміна постільної й натільної білизни, купання, транспортування хворого.

3. Якщо санітарка зайнята, медична сестра може сама подати і винести судно, сечоприймач (бажано при цьому надіти перчатки).

4. Розпорядження, які медична сестра надає санітарці, мають бути чіткими, несуперечливими, послідовними, не різкими, щоб у санітарки виникло відчуття, що їй не наказують, але скеровують і контролюють її дії.

5. Медична сестра повинна звертатися до санітарки на ім'я та по батькові [2].

Висновок. Уважаємо за необхідне підкреслити, що якою б актуальною не була нині проблема прискореного розвитку медичної освіти і впровадження її досягнень у практику галузі охорони здоров'я, розширення й зміцнення матеріальної бази лікувально-профілактичних закладів, оснащення їх новітньою технікою і апаратурою, усе ж такі питання про моральні якості медичного працівника, його ставлення до свого професійного обов'язку і фахова підготовка набувають важливого значення. Особистість лікаря і медичної сестри, їхній моральний вигляд і фахова підготовка – це в результаті й визначає значний успіх охорони здоров'я в державному масштабі.

Насамкінець, поведінка медичних працівників, їхні відносини зі співробітниками, хворими, їхніми родичами вдосконалюються протягом багатьох століть. Ці норми і принципи повинні й надалі зазнавати позитивних змін, виступати основою для формування медичної етики і деонтології. Учатися дотримуватися цих норм потрібно не тільки під час професійної діяльності, але й у процесі спілкування з колегами, хворими, їхніми родичами і близькими. Пріоритетне значення ці норми і приписи знаходять у деонтологічному підході як підґрунті для проведення науково-педагогічних досліджень у системі медичної освіти.

Оскільки проведений нами науковий пошук не вичерпує всіх аспектів представленої проблеми, у подальшому вважаємо за необхідне більш докладно розглянуто специфіку застосування деонтологічного підходу в тих науково-педагогічних розвідках, що нині проводяться дослідниками проблем освіти і виховання молодого покоління з урахуванням особливостей порушених аспектів.

Список використаних джерел

1. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження : методологічні поради молодим науковцям / С. У. Гончаренко. – Київ – Вінниця : ТОВ фірма «Планер», 2010. – 308 с.
2. Педагогіка вищої школи / за ред. З. Н. Курлянд. – Київ : Знання, 2005.
3. Галузінський В. М. Педагогіка : Теорія та історія / В. М. Галузінський, М. Б. Євтух. – Київ : Вища школа, 1995. – С. 90–91.
4. Веденко Б. Г. Медична етика і деонтологія / Б. Г. Веденко, Л. Б. Веденко, Ф. В. Мельник, В. Г. Даценко, А. В. Даценко. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : novosti.mif-ua.com/archive/issue-27
5. Деонтологічні підходи до догляду за хворими [Електронний ресурс]. – Режим доступу : uastudent.com/deontologichni-pidhod
6. Державний архів Полтавської області, ф Р-1503, оп. 1, спр. 288, арк. 142–148.
7. Основы медицинской этики и деонтологии [Электронный ресурс]. – Режим доступа : nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/ppmb
8. Сенюта І. Етичні гарантії права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування / Ірина Сенюта [Електронний ресурс]. – Режим доступу : lawyer.org.ua/?w=r&i=12&d=417
9. Смольняков А. И. Врачебная этика / А. И. Смольняков, Е. Г. Федоренко. – Киев : Здоровье, 1982. – 96 с.
10. Шпак В. П. Використання діатропічного підходу як методологічної основи науково-педагогічного дослідження / В. П. Шпак // Вісник Черкаського університету. Серія : «Педагогічні науки». – Випуск № 23 (356). – Черкаси, 2015. – С. 141–145.
11. Наукові підходи до педагогічних досліджень : монографія / за заг. ред. В. І. Лозової. – Харків, 2012. – 348 с.
12. Shpak V. (2013). Transversal Approach in the System of Specific Social-Educational Research Methodology. *American Journal of Educational Research*, 1 (11), 534–537.

References

1. Goncharenko, S. U. (2010). *Pedagogical research: methodological advice for young scientists*. Kyiv – Vinnitsya: «Planer» (in Ukr.)

2. *Pedagogy of high school* (Ed. by Kurland, Z. N. (2005). Kyiv (in Ukr.)
3. Galuzinsky, V. M., & Yevtukh, M. B. (1995). *Pedagogic: Theory and History*. Kyiv: High school (in Ukr.)
4. Vedenko, B. G., Vedenko, L. B., Melnyk, F. V., Datsenko, V. G., & Datsenko, A. V. *Medical ethics and deontology*. Retrieved from novosti.mif-ua.com/archive/issue-27 (in Ukr.)
5. *Deontological approaches to the care of patients*. Retrieved from uastudent.com/deontologichni-pidhod (in Ukr.)
6. *State Archives of Poltava Region*, Fund P-1503, description 1, on the right of the 288, sheet 142–148 (in Ukr.)
7. *Fundamentals of medical ethics and deontology*. Retrieved from nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/ppmb (in Russ.)
8. Senuta, I. *Ethical guarantees of the right to health, medical care and health insurance*. Retrieved from lawyer.org.ua/?w=p&i=12&d=417 (in Ukr.)
9. Smolnyakov, A. ., & Fedorenko, Ye. G. (1982). *Medical ethics*. Kiev: Health (in Russ.)
10. Shpak, V. P. (2015). Using the diatropic approach as a methodological basis for scientific and pedagogical research. *Visnyk Cherkas'koho universytetu. Seriya: «Pedahohichni nauky» (Bulletin of the Cherkasy University. Series: «Pedagogical Sciences»)*, 23 (356), 141–145 (in Ukr.)
11. *Scientific approaches to pedagogical researches: monograph / for colleges*. Ed. by V. I. Lozova. (2012). Kharkiv (in Ukr.)
12. Shpak V. (2013). Transversal Approach in the System of Specific Social-Educational Research Methodology. *American Journal of Educational Research*, 1 (11), 534–537 (in Engl.)

Abstract. SHPAK Valentyna Pavlovna. DEONTOLOGICAL APPROACH AS A METHODOLOGICAL SUBJECT OF SCIENTIFIC-PEDAGOGICAL RESEARCHES IN THE SYSTEM OF MEDICAL EDUCATION.

Introduction. In modern conditions of medical education, conducting scientific and pedagogical research requires a profound methodological training from researchers, which can be explained by the strengthening of the links between medical education with different sciences, as well as by the orientation, integration of the efforts of all anthropological sciences on man. The methodology in this process plays a decisive role, since it promotes the integrity, systematic, productive, and increasing the professional orientation of research. It is important that the application of research methods in various sciences (psychology, sociology, mathematics) should contribute to solving the research tasks.

Purpose of the article is generalization of ideas about the deontological approach as a methodological basis of scientific and pedagogical research in the system of medical education.

Results. The contribution of the English philosopher and jurist Bertram of Jeremiah to the development of the basic principles of medical deontology is described. It is proposed to consider deontology as one of the sections of medical ethics – a scientific branch that studies the specificity of the emergence and development of medical morals in the context of specific historical conditions. The necessity of an adequate combination of socio-moral and moral-psychological principles of the deontological approach is proved. It is shown that the harmonized combination of such principles is conditioned by the specificity of the situation, which is based on the choice of the form of behavior of the medical worker according to the conditions of his professional activity and the individual characteristics of the patient.

Conclusions. the behavior of medical workers, their relationships with employees, patients, and their relatives have been improving for many centuries. These norms and principles should continue to undergo positive changes, to serve as the basis for the formation of medical ethics and deontology. To learn to adhere to these norms is necessary not only during professional activity, but also in the process of communication with colleagues, patients, their relatives and relatives. These norms and regulations are of prime importance in the deontological approach as the basis for scientific and pedagogical research in the system of medical education.

Key words: methodology; approach; deontological approach; socio-moral principles; moral and psychological principles; medical education; ethics; duty.

Одержано редакцією 19.09.2017
Прийнято до публікації 07.10.2017