

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

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ОСТРАУС ЮЛІЯ МИХАЙЛІВНА

УДК [378.6:61]:316.77(043.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ФОРМУВАННЯ
ПРОФЕСІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ
МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ**

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Ю. М. Остраус

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

Вінниця – 2020

АНОТАЦІЯ

Остраус Ю. М. Педагогічні умови формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. – Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, Міністерство освіти і науки України, Вінниця, 2020.

У дисертації доведено, що підготовка високопрофесійного сімейного лікаря, здатного до успішної професійної комунікації, є актуальною потребою суспільства, задоволення якої вимагає від вищої медичної освіти орієнтації на поліпшення професійно-комунікативної культури майбутніх фахівців.

Визначено, що сутність професійної комунікації сімейного лікаря полягає в зумовленому професійно-виробничою ситуацією процесі встановлення та підтримання контактів, що реалізується за допомогою вербальних і невербальних засобів комунікації і має на меті обмін професійно-орієнтованою інформацією, управління та регулювання процесу комунікативної взаємодії в професійній діяльності сімейного лікаря. Окреслено особливості професійної комунікації сімейного лікаря.

У дослідженні професійно-комунікативну культуру майбутніх сімейних лікарів визначено як складне динамічне особистісне утворення, що охоплює систему цінностей, спеціальних комунікативних знань та вмінь, особистісних якостей, взірців поведінки, норм і правил здійснення професійної комунікативної діяльності, котрі пов'язані зі специфікою професії й забезпечують високу ефективність професійної взаємодії сімейних лікарів.

Обґрунтовано структуру професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, що складається з чотирьох компонентів: мотиваційного, особистісно-ціннісного, когнітивного, практично-діяльнісного. Розкрито зміст кожного з компонентів з урахуванням особливостей професійної діяльності та

комунікації сімейних лікарів. Мотиваційний компонент охоплює мотиви, що спонукають майбутніх фахівців до оволодіння професійно-комунікативною культурою та набуття усіх необхідних для цього знань, умінь, якостей. Особистісно-ціннісний компонент включає в себе комунікативно значущі якості особистості та систему цінностей, що складають аксіологічну основу цього виду культури. Когнітивний компонент визначає знання, які забезпечують теоретичну готовність майбутнього фахівця до комунікативної діяльності. Практично-діяльнісний компонент представлено комунікативними вміннями, необхідними для успішного здійснення професійної комунікації.

З урахуванням структури професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, з'ясовано, що для діагностики її сформованості доцільно застосувати мотиваційний, особистісно-ціннісний, когнітивний та практично-діяльнісний критерії. Мотиваційний критерій характеризує вмотивованість студентів до оволодіння професійно-комунікативною культурою, особистісно-ціннісний критерій фіксує рівень сформованості комунікативно значущих якостей майбутніх фахівців та системи їх ціннісних орієнтацій, когнітивний критерій відображає рівень засвоєння необхідних для успішної професійної комунікації знань, практично-діяльнісний критерій розкриває рівень оволодіння основними комунікативними вміннями.

На основі аналізу змісту компонентів професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних було визначено показники відповідних критеріїв. Виділено та охарактеризовано високий, середній та низький рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Підібрано діагностичний інструментарій для вивчення стану сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Запропоновано структурно-функціональну модель формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, що комплексно відображає мету, завдання, методологічні основи, педагогічні умови та методи формування професійно-комунікативної культури студентів у процесі фахової підготовки. Педагогічними умовами формування професійно-комунікативної культури

майбутніх сімейних лікарів визначено: засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу; забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу; формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання.

Розроблено методику реалізації педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі професійної підготовки у медичних університетах.

Методика реалізації першої педагогічної умови включала в себе такі етапи: ознайомлення особистості з цінністю професійної діяльності; сприйняття та усвідомлення професійної цінності; засвоєння цінності та прояв її у поведінці майбутнього фахівця. Практичне втілення кожного етапу здійснювалося шляхом включення до навчального матеріалу дисципліни «Іноземна мова» ціннісно-орієнтованих текстів, презентацій, аналізу та обговорення ситуацій професійної комунікативної діяльності, організації дискусій, виконання індивідуальних творчих завдань.

З метою реалізації другої педагогічної умови було розроблено та впроваджено у процес викладання дисциплін «Іноземна мова» та «Іноземна мова з професійним спрямуванням» англomовний інформаційно-освітній блог викладача, присвячений проблемі професійно-комунікативної культури майбутніх лікарів.

Втіленню третьої педагогічної умови слугувала методика формування комунікативних умінь, що містить чотири взаємопов'язаних блоки (мотиваційний, когнітивний, професійно-діяльнісний, оцінний) і базується на методах діалогових технологій навчання: евристична бесіда, діалог, спільний проект, мозковий штурм, рольова гра, дискусія, проблемні завдання.

Перевірка ефективності моделі та педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів здійснювалася за допомогою проведення педагогічного експерименту. Аналіз результатів експерименту виявив позитивну динаміку розвитку професійно-комунікативної культури у студентів експериментальної групи.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що: *вперше* визначено й обґрунтовано педагогічні умови формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів (засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу; забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу; формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання); виділено компоненти професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, критерії, показники та рівні її сформованості; запропоновано модель формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів; розроблено власну методику реалізації педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних; *уточнено* сутність понять «професійна комунікація сімейного лікаря» та «професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів»; *набули подальшого розвитку* сучасні форми і методи навчання, спрямовані на формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Практичне значення результатів дослідження полягає у підборі діагностичного інструментарію, що надає можливість здійснювати моніторинг формування професійно-комунікативної культури студентів медичних університетів; розробці та впровадженні в освітній процес медичних університетів методики реалізації педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури; розробленні навчально-методичних матеріалів професійно-комунікативного змісту; створенні інформаційно-освітнього блогу викладача, присвяченого професійно-комунікативній культурі сімейного лікаря; розробці методичних вказівок та завдань з формування професійно-комунікативних умінь майбутніх лікарів.

Ключові слова: майбутні сімейні лікарі, професійна комунікація сімейного лікаря, професійно-комунікативна культура, компоненти професійно-комунікативної культури, рівні сформованості професійно-комунікативної культури, педагогічні умови формування професійно-комунікативної культури.

ABSTRACT

Y. M. Ostraus. Pedagogical Conditions of Future Family Doctors' Professional Communicative Culture Formation. – Qualifying scientific work on the rights of a manuscript.

The dissertation for obtaining the scientific degree of a Candidate of Pedagogical Sciences (PhD) in the speciality 13.00.04 – Theory and Methods of Vocational Training. – Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Vinnytsia, 2020.

It has been proved that training of highly professional family doctors capable of successful professional communication is an urgent need of Ukrainian society. Meeting this need requires higher medical education to be focused on improving medical students' professional communicative culture.

Family doctors' professional communication has been defined as the process of establishing and maintaining interpersonal contacts, which is carried out by verbal and non-verbal means of communication and aimed at the exchange of professional information and interaction management in family doctors' practice. The features of family doctors' professional communication have been determined.

Future family doctors' professional communicative culture has been defined as a complex dynamic personal formation which includes a system of humanistic and professional values, language competence, communicative and ethical knowledge, communicative skills and qualities, patterns of behaviour, norms and rules of professional communicative activity that are associated with professional peculiarities and provide high efficiency of family doctors' professional activity.

On the basis of the pedagogical theory and practical analysis, the structure of future family doctors' professional communicative culture has been determined to comprise motivational, value-personal, cognitive and practical components. The motivational component reflects motives that encourage future family doctors to improve professional communicative culture and acquire all the necessary knowledge and skills as well as develop personal qualities. The value-personal component contains

communicative personal qualities and values that form the moral basis of future family doctors' professional communicative culture. The cognitive component includes knowledge that provide theoretical basis for family doctors' professional communication. The practical component involves communication skills which are essential for effective professional communication.

According to the inner structure of professional communicative culture, criteria allowing to assess its development in future family doctors have been determined. They are motivational, value-personal, cognitive and practical ones. The motivational criterion reveals future family doctors' motivation to improve professional communicative culture. The value-personal criterion defines the level of development of future family doctors' communicative personal qualities and their value orientations. The cognitive criterion reflects the level of knowledge required for successful professional communication. The practical criterion shows the level of future family doctors' communication skills mastering.

Indicators of the relevant criteria have been determined on the basis of the analysis of future family doctors' professional communicative culture components. Three levels of future family doctors' professional communicative culture development (high, medium and low) have been identified and described. Diagnostic tools have been chosen to study the state of future family doctors' professional communicative culture.

The pedagogical model of future family doctors' professional communicative culture formation has been developed. It includes components that reveal the goal and objectives of this process, methodological approaches, general didactic and specific principles as well as didactic theories that are able to improve future family doctors' professional communicative culture formation. The model also involves the components of the vocational education content, a set of pedagogical conditions that provide the formation of future family doctors' professional communicative culture, methods for pedagogical conditions implementation, criteria and levels of future family doctors' professional communicative culture formation, the final result of the simulated process.

It has been determined that future family doctors' professional communicative culture formation is more effective under the following pedagogical conditions: medical

students acquire professional values in the process of axiological approach implementation; cognitive component of professional communicative culture is provided by means of educational blog; future family doctors' communication skills are formed in the process of using dialogue learning technologies.

Methods for implementation of pedagogical conditions of future family doctors' professional communicative culture formation have been developed.

The methods for implementation of the first pedagogical condition include the following steps: acquaintance with a professional value; perception and awareness of the professional value; acquiring of the professional value and its manifestation in medical students' behaviour. Practical implementation of each step was carried out by adding of value-oriented texts to the Foreign Language discipline content; presentation, analysis and discussion of professional communication situations; group discussions and setting individual creative tasks.

To implement the second pedagogical condition, English-language teacher's educational blog devoted to the problem of doctors' professional communicative culture has been created. It has been introduced in teaching Foreign Language and Professional Foreign Language.

A set of dialogue methods which develop communication skills has provided the implementation of the third pedagogical condition. These methods include heuristic conversation, dialogue, joint project, brainstorming, role play, discussion and problem solution tasks.

A pedagogical experiment has been conducted to evaluate the effectiveness of the pedagogical conditions and the model of future family doctors' professional communicative culture formation. The results of the experiment revealed changes in the levels of professional communicative culture of the students from the experimental group, which confirmed the effectiveness of the pedagogical conditions and the model.

Scientific novelty of the research. Pedagogical conditions of future family doctors' professional communicative culture formation have been defined and substantiated. The components of future family doctors' professional communicative culture have been determined. Criteria, indicators and levels of future family doctors'

professional communicative culture have been defined and described. The pedagogical model of future family doctors' professional communicative culture formation has been developed. Methods for implementation of pedagogical conditions of future family doctors' professional communicative culture formation have been chosen. The meaning of terms "family doctors' professional communication" and "future family doctors' professional communicative culture" has been specified. Modern forms and methods of teaching aimed at future family doctors' professional communicative culture formation have been further developed.

Practical significance of the research. Diagnostic tools have been chosen to monitor the state of future family doctors' professional communicative culture. Methods of future family doctors' professional communicative culture formation have been developed and implemented in the process of medical students' vocational training. Teaching materials for medical students' communicative skills improvement and acquiring professional values have been created. English-language teacher's educational blog providing information on the problem of doctors' professional communicative culture has been made.

Key words: future family doctors, family doctors' professional communication, professional communicative culture, components of professional communicative culture, levels of professional communicative culture formation, pedagogical conditions of professional communicative culture formation.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації*Статті у наукових фахових виданнях України*

1. Остраус Ю. М. Підходи до визначення сутності поняття «професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів». *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія* : зб. наук. пр. Вінниця, 2014. Вип. №42. Ч. I. С. 242-247.
2. Остраус Ю. М. Комунікативні якості як критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Педагогічні науки* : зб. наук. пр. Бердянськ, 2016. Вип. 1. С. 172-179.
3. Остраус Ю. М. Критерії, показники та рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія* : зб. наук. пр. Вінниця, 2016. Вип. №47. С. 96-102.
4. Остраус Ю. М. Мотиваційний критерій професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів: методика діагностики та рівень сформованості. *Педагогіка та психологія* : зб. наук. пр. Харків, 2016. Вип. 52. С. 320-330.
5. Остраус Ю. Ціннісні орієнтації як критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Педагогічні науки* : зб. наук. пр. Полтава, 2016. Вип. 65. С. 65-71.
6. Остраус Ю. М. Реалізація аксіологічного підходу до формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Педагогічні науки* : зб. наук. пр. Херсон, 2017. Вип. LXXV. Т. 2. С. 164-170. (Індексується в міжнародній наукометричній базі Copernicus).
7. Остраус Ю. М. Формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці*

фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми : зб. наук. пр. Київ – Вінниця, 2018. Вип. 51. С. 334-338. (Індексується в міжнародній наукометричній базі Copernicus).

Статті в зарубіжних наукових періодичних виданнях

8. Остраус Ю. М. Практично-діяльнісний критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. Budapest, 2016. IV (43). Issue 88. P. 37-41 (Індексується в міжнародній наукометричній базі Copernicus).
9. Остраус Ю. М. Принципи формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Virtus : scientific journal*. Canada, Montreal, 2017. July #15. P. 133-137 (Індексується в міжнародних наукометричних базах Scientific Indexing Services (USA), Citefactor (USA), International Innovative Journal Impact Factor (EU)).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

10. Остраус Ю. М. Структурні компоненти професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень* : зб. наук. пр. Вінниця, 2014. Вип. 3 (6). С. 300-304.
11. Остраус Ю. М. Джерела та рушійні сили професійного самовдосконалення особистості. *Інноваційний розвиток вищої освіти: глобальний та національний виміри змін* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 4-5 березня 2014 р. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2014. Т. 1. С. 278-282.
12. Остраус Ю. М. Комунікативні уміння майбутніх лікарів. *Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи* : матеріали Всеукр. дистанційної наук.-практ. конф. з міжнародною участю, 13-14 листопада 2014 р. Харків : Тім Пабліш Груп, 2014. С. 241-242.
13. Остраус Ю. М. Комунікативні якості майбутніх фахівців професій типу «людина-людина». *Теоретичні та методичні засади особистісно-професійного розвитку майбутнього вчителя* : матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., 26-27 листопада 2014 р. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2014. С. 122-125.

14. Остраус Ю. М. Ціннісні орієнтації як компонент професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Україна наукова* : матеріали XI Міжнар. наук. інтернет-конф., 16-18 грудня 2014 р. Київ : ТОВ ТК «Меганом», 2014. Част. 2. С. 22-29.
15. Остраус Ю. М. Cognitive component of future family physicians' professional communicative culture. *Economics, science, education: integration and synergy* : materials of International scientific and practical conference, 18-21 January 2016. Bratislava, Slovak Republic, 2016. Vol. 2. P. 24-25.
16. Остраус Ю. М. Формування гуманістичних ціннісних орієнтацій майбутніх сімейних лікарів шляхом застосування методу case-study. *Новітні чинники впливу на формування особистості студента – майбутнього лікаря* : матеріали XVI Міжнар. наук.-практ. конф., 23 березня 2016 р. – Київ : КМУ УАНМ, 2016. С. 113-116.
17. Остраус Ю. М. Застосування діалогових технологій у професійній підготовці майбутніх сімейних лікарів. *Педагогіка: традиції та інновації* : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., 17-18 лютого 2017 р. м. Запоріжжя. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2017. Ч. 2. С. 31-34.
18. Остраус Ю. М. Ділова гра як метод розвитку професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів *Стан та основні проблеми розвитку науки та освіти: теорія і практика* : матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., 28-29 квітня 2017 р. Київ : ГО «Інститут інноваційної освіти», 2017. С. 21-24.
19. Остраус Ю. М. Successful doctor-patient communication as the key objective of teaching English for Medical Purposes. *Pedagogika. Nowoczesne badania podstawowe i stosowane* : zbior artykulow naukowych konferencji Miedzynarodowej naukowo-praktycznej, 29.04-30.04.2017, Sopot. Warszawa: Wydawca: Sp. z o. o. "Daimond traiding tour", 2017. P. 47-49.
20. Остраус Ю. М. Сутність поняття «професійна комунікація сімейного лікаря». *Актуальні наукові проблеми. Розгляд, рішення, практика* : матеріали II

- Міжнар. наук.-практ. конф., 26-27 травня 2017 р. Київ : ГО «Інститут інноваційної освіти», 2017. Ч. 1. С. 22-26.
21. Остраус Ю. М. Механізм формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів. *Актуальні питання, проблеми та перспективи розвитку гуманітарного знання у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти* : зб. наук. пр. за матеріалами XIV Міжнар. наук.-практ. конф., 30-31 травня 2017 р. Монреаль : СРМ «ASF», 2017. С. 72-74.
 22. Остраус Ю. М. Педагогические условия формирования профессионально-коммуникативной культуры будущих семейных врачей. *Problems of interpersonal relations in conditions of modern requirements to quality of education and the level of professional skills of experts* : peer-reviewed materials digest (collective monograph) published following the results of the CLII International Research and Practice Conference, 21st–26th September, 2017. London : IASHE, 2017. P. 27-29.
 23. Остраус Ю. М. Професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів: підходи до формування. *Forming of modern educational environment: benefits, risks, implementation mechanisms* : proceedings of International scientific-practical conference, 29th September, 2017. Tbilisi : Baltija Publishing, 2017. P. 84-87.
 24. Остраус Ю. М. Діалог як принцип модернізації вищої медичної освіти. *Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень* : зб. наук. пр. Вінниця, 2018. Вип. 9 (12) С. 224-227.
 25. Остраус Ю. М. Застосування блог-технології для підвищення англomовної компетенції майбутніх лікарів. *Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень* : зб. наук. пр. Вінниця, 2018. Вип. 10 (13). С. 200-203.
- Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації***
26. Кондратюк А. Л., Остраус Ю. М. Методичні рекомендації та завдання до проведення практичних занять з англійської мови та формування професійно-комунікативних умінь майбутніх лікарів. Вінниця, 2016. 52 с.

27. Остраус Ю. М. Комунікативна компетентність як складова професійно-комунікативної культури викладача ВНЗ. *Професійно-педагогічна компетентність* : навч. посібн. / за ред. І. Л. Холковської. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2018. С. 209-216.

ЗМІСТ

ВСТУП	17
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ	25
1.1. Професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів як філософська та психолого-педагогічна категорія	25
1.2. Критерії, показники та рівні сформованості професійно- комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів	56
1.3. Стан сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів	87
Висновки до першого розділу	106
Список використаних джерел у першому розділі	108
РОЗДІЛ 2. ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ТА МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ	133
2.1. Обґрунтування педагогічних умов і моделі формування професійно- комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів	133
2.2. Засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу	162
2.3. Забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу.....	182
2.4. Формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання.....	198
Висновки до другого розділу	218
Список використаних джерел у другому розділі	221
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ ТА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО- КОМУНІКАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ	255

3.1. Програма та етапи експериментального дослідження моделі та педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів	255
3.2. Результати дослідно-експериментальної роботи	263
Висновки до третього розділу	277
Список використаних джерел у третьому розділі	278
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	279
Додатки.....	283

ВСТУП

Актуальність і доцільність дослідження. Україна прагне наблизитися до світових стандартів у сфері охорони здоров'я. У зв'язку з цим у Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років проголошено пріоритетність зміцнення первинної медичної допомоги. Це, насамперед, передбачає високоякісну підготовку сімейних лікарів, кваліфікація яких має відповідати європейському та міжнародному рівням. Сімейний лікар повинен стати центральною фігурою практичної охорони здоров'я, оскільки він здійснює багаторічну опіку над здоров'ям пацієнта і членів його сім'ї, забезпечує персоніфікований підхід до кожного хворого та його медичне обслуговування в усі періоди життя. Така робота передбачає інтенсивну й тривалу комунікацію з усією родиною. Задля її успішної реалізації необхідним є вміння лікарів спілкуватися з пацієнтом, встановлювати та розвивати партнерські взаємовідносини, засновані на повазі, співчутті й турботі. У результаті таких стосунків між лікарем і пацієнтом виникає хороший психологічний контакт. Це допомагає точніше зібрати анамнез, одержати повне та глибоке уявлення про хворого, забезпечує взаєморозуміння, довіру до лікаря, а отже, ефективність у вирішенні поставлених терапевтичних завдань.

У цьому контексті вища медична освіта покликана забезпечити підготовку сучасного сімейного лікаря, який не лише володіє професійними знаннями, вміннями та навичками, а й обізнаний з принципами та стратегіями успішної професійної комунікації. У зв'язку з цим актуалізується потреба вдосконалення професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів з урахуванням необхідності формування їхньої професійно-комунікативної культури.

Проблема вдосконалення медичної освіти в Україні привертає увагу багатьох науковців. Концептуальні засади розвитку вищої освіти розкрито В. Андрущенком, Р. Гуревичем, І. Зязюном, В. Кременем, Н. Ничкало, С. Сисоєвою та ін. Теоретичні та методичні основи підготовки фахівців висвітлено у працях В. Бойчука, В. Гладуша, І. Зайченко, В. Ортинського,

В. Шахова та ін. Розвиток творчого мислення й креативності майбутніх фахівців досліджували О. Акімова, С. Вітвицька, О. Куцевол, В. Фрицюк. Окремі аспекти професійної підготовки медичних працівників розглянуто в роботах Л. Дудікової, В. Макаренка, І. Сірак, Р. Слухенської, Г. Стечак, І. Сурсаєвої, С. Тихолаз, Я. Цехмістера. Різні сторони професійної культури лікарів вивчені в дослідженнях А. Агаркової, Ю. Євтушенко, О. Ісаєвої, І. Кузнецової, О. Наливайко, С. Трегуб.

Культуру як особливий феномен досліджували А. Бичко, Г. Васянович, П. Герчанівська, Т. Гриценко, М. Кравець, О. Музальов, Є. Перегуда, І. Тюрменко, І. Хома, А. Яртись та ін. Вивченню психологічних механізмів і загальних закономірностей комунікації та спілкування присвячено праці Ф. Бацевича, Н. Бутенка, М. Василика, Л. Вікулової, Є. Ільїна, Л. Кайдалової, С. Максименка, О. Паламарчук, О. Сергєєнкової, О. Скрипченко, М. Філоненко та ін. Особливості професійної комунікації лікарів вивчено у роботах І. Вітенка, І. Гуменної, В. Дубрової, Н. Малик, С. Поплавської, Г. Риб, О. Уваркіної та ін.

Для дослідження важливими є погляди вчених на формування комунікативної культури майбутніх фахівців різних сфер: педагогічної (О. Гаврилюк, Г. Максимова, В. Садова, Ю. Ушачова), юридичної (В. Барковський, А. Білоножко, Л. Станкевич), військової (С. Тарасенко), технічної (С. Бірюкова, К. Галацин, Г. Медведь), економічної (Е. Ященко), соціальної (Г. М'ясоїд, В. Сморгчова), обслуговування (Л. Руденко) та ін. У контексті дослідження особливої ваги набувають наукові розробки проблем використання інформаційних технологій та інтерактивних методів навчання в освітньому процесі, які висвітлено у роботах Г. Алексєєвої, В. Бикова, М. Кадемії, М. Ковтонюк, А. Коломієць, В. Петрук, О. Пошетун, Г. Ткачук та ін. Суттєвий інтерес для нашого дослідження становлять праці, де вивчається проблема формування комунікативних умінь майбутніх фахівців (О. Галкіна, І. Герасимова, В. Каплінський, В. Кручек, Т. Шепеленко, І. Щоголева, О. Яковліва та ін).

Актуальність дослідження зумовлена також низкою *суперечностей*: між потребою сучасної медичної практики у фахівцях, здатних успішно здійснювати

професійну комунікацію, та недостатньою спрямованістю професійної підготовки на формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів; між соціальною значущістю проблеми професійно-комунікативної культури сімейних лікарів і недостатньою розробленістю теоретичних і методичних засад її формування; між об'єктивною необхідністю системного формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів та відсутністю ефективних методик забезпечення означеного процесу.

Отже, значущість формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, недостатнє теоретичне й практичне розроблення питання, необхідність вирішення зазначених суперечностей зумовили вибір теми дисертаційного дослідження: *«Педагогічні умови формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів»*.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано в межах наукової теми «Теоретико-методичні засади формування загальнопедагогічної компетентності сучасного вчителя в контексті становлення європейського простору вищої освіти» (номер державної реєстрації – 0115U002571) Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського та відповідає науковій проблематиці кафедри іноземних мов з курсом латинської мови та медичної термінології Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова «Підготовка студентів медичного університету до іншомовної фахової комунікації» (протокол № 10 від 3 квітня 2014 р.).

Тему кандидатської дисертації затверджено Вченою радою Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського (протокол № 8 від 27 лютого 2013 р.) та узгоджено у Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол №2 від 25 лютого 2014 р.).

Мета дослідження полягає у визначенні, теоретичному обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Поставлена мета передбачає розв'язання таких основних **завдань**:

- 1) з'ясувати сутність і виокремити характерні особливості професійної комунікації сімейного лікаря;
- 2) визначити зміст і структурні компоненти професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, критерії, показники та рівні її сформованості;
- 3) обґрунтувати й експериментально перевірити педагогічні умови та модель формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів;
- 4) розробити методику реалізації педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі фахової підготовки у медичних університетах.

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

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

Гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі фахової підготовки набуває ефективності у разі створення і реалізації таких педагогічних умов:

- засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу;
- забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу;
- формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання.

Мета і завдання роботи зумовили вибір комплексу **методів дослідження**:

теоретичних – аналіз, порівняння, систематизація й узагальнення філософської, культурологічної, психологічної та педагогічної літератури (з

метою вивчення концептуальних категорій дослідження); структурно-системний аналіз (зادля визначення структури професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, виявлення критеріїв і показників її сформованості); моделювання (для розробки структурно-функціональної моделі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів); узагальнення, абстрагування, індукції й дедукції (для виявлення принципів та обґрунтування педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів);

емпіричних – анкетування, тестування, бесіди, опитування, спостереження, експертне оцінювання, метод документів (для визначення рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів); педагогічний експеримент (з метою перевірки ефективності педагогічних умов та моделі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів);

методів математичної статистики (для аналізу й узагальнення результатів дослідження, перевірки їх достовірності);

графічних – графічні зображення (для наочного ілюстрування та порівняння результатів дослідної роботи).

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилась на базі Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, Української медичної стоматологічної академії, Харківського національного медичного університету. Загалом у дослідженні на різних його етапах взяли участь 584 студенти та 30 викладачів.

Наукова новизна і теоретичне значення дослідження полягають у тому, що:

– *вперше* визначено й обґрунтовано педагогічні умови формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів (засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу; забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу; формування комунікативних умінь

майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання); виокремлено компоненти професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, визначено критерії, показники та рівні її сформованості; запропоновано модель формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів; розроблено власну методику реалізації педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних у процесі фахової підготовки;

– *уточнено* сутність понять «професійна комунікація сімейного лікаря» та «професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів»;

– *набули подальшого розвитку* сучасні форми і методи навчання, спрямовані на формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Практичне значення результатів дослідження полягає у підборі діагностичного інструментарію, що надає можливість здійснювати моніторинг формування професійно-комунікативної культури студентів медичних університетів; розробці та впровадженні в освітній процес медичних університетів методики реалізації педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури; розробленні навчально-методичних матеріалів професійно-комунікативного змісту; створенні інформаційно-освітнього блогу викладача, присвяченого професійно-комунікативній культурі сімейного лікаря; розробці методичних вказівок та завдань з формування професійно-комунікативних умінь майбутніх лікарів. Матеріали дослідження можуть бути використані в системі фахової підготовки майбутніх сімейних лікарів з метою розвитку їхньої професійно-комунікативної культури.

Результати дослідження **впроваджені** в освітній процес Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (довідка № 01/2-2187 від 23.10.2019 р.), Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського (довідка № 03/5305 від 05.11.2019 р.), Української медичної стоматологічної академії (довідка №20-15/5473 від 22.11.2019 р.), Харківського національного медичного університету (акт впровадження від 28.10.2019 р.).

Особистий внесок здобувача у праці, написаній у співавторстві з А. Кондратюк [26], полягає в розробці навчальних матеріалів і завдань для формування професійно-комунікативних умінь майбутніх лікарів.

Апробація результатів дослідження. Основні положення й результати дослідження апробовано на науково-практичних конференціях:

– *міжнародних*: «Інноваційний розвиток вищої освіти: глобальний та національний виміри змін» (Суми, 2014); «Теоретичні та методичні засади особистісно-професійного розвитку майбутнього вчителя» (Вінниця, 2014); «Україна наукова» (Київ, 2014); «Economics, science, education: integration and synergy» (Братислава, Словацька Республіка, 2016); «Pedagogy and Psychology In an Era of Increasing Flow of Information» (Будапешт, Угорщина, 2016); «Новітні чинники впливу на формування особистості студента – майбутнього лікаря» (Київ, 2016); «Педагогіка: традиції та інновації» (Запоріжжя, 2017); «Стан та основні проблеми розвитку науки та освіти: теорія і практика» (Київ, 2017); “Pedagogika. Nowoczesne badania podstawowe i stosowane” (Сопот, Польща, 2017); «Актуальні наукові проблеми. Розгляд, рішення, практика» (Одеса, 2017); «Актуальні питання, проблеми та перспективи розвитку гуманітарного знання у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти» (Канада – Сербія – Азербайджан – Польща – Україна, 2017); «Problems of interpersonal relations in conditions of modern requirements to quality of education and the level of professional skills of experts» (Лондон, 2017); «Формування освітнього простору: переваги, ризики, механізми реалізації» (Тбілісі, Грузія, 2017); «Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми» (Вінниця, 2018).

– *всеукраїнських*: «Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи» (Харків, 2014); «Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень» (Вінниця, 2014, 2018).

Публікації. Основні теоретичні положення та висновки дослідження знайшли відображення у 27 наукових працях; із них – 7 статей у наукових фахових виданнях України, 2 статті в зарубіжних наукових періодичних

виданнях, 16 публікацій у матеріалах конференцій. 2 праці додатково відображають наукові результати дослідження.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, додатків, списку використаних джерел до кожного розділу (529 найменувань; із них – 188 іноземною мовою). Повний текст дисертації складає 366 сторінок. Основний зміст роботи викладений на 206 сторінках. Дисертація містить 17 таблиць на 8 сторінках, 8 рисунків на 3 сторінках, додатки на 84 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

1. 1. Професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів як філософська та психолого-педагогічна категорія

Нові соціально-економічні умови України та інтеграція нашої країни у Європейську спільноту актуалізували проблему вдосконалення медичної допомоги населенню. Прийнятий у 2017 році закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [179] започаткував реформу системи охорони здоров'я, метою якої є поліпшення ефективності її роботи, збільшення доступності лікарської допомоги. Акцент було зроблено на посиленні ролі первинної ланки медичної допомоги, яка надається сімейним лікарем.

Сімейний лікар – це фахівець з вищою медичною освітою, який має юридичне право надавати первинну багатопрофільну медико-санітарну допомогу населенню на закріпленій територіальній ділянці [245, с. 17]. До функціональних обов'язків сімейного лікаря входить значна кількість видів діяльності, що вимагають інтенсивної комунікації з різними соціальними групами. Наприклад, сімейний лікар проводить санітарно-освітню роботу по вихованню населення, пропаганді здорового способу життя, попередженню розвитку захворювань; здійснює профілактичну роботу, спрямовану на виявлення ранніх і прихованих форм хвороб і факторів ризику; спостерігає за станом здоров'я членів кожної сім'ї з проведенням необхідного обстеження й оздоровлення; спільно з органами соціального захисту організовує медико-соціальну допомогу самотнім, особам старечого віку, інвалідам; надає консультативну допомогу сім'ї з питань вигодовування, виховання дітей, підготовки їх до дошкільних закладів чи школи; консультує щодо планування сім'ї, психології, гігієни, соціальних аспектів сімейного життя [245, с. 18-19].

У зв'язку зі змінами у сфері охорони здоров'я на сьогодні постає потреба модернізації системи підготовки сімейних лікарів. Стратегія розвитку медичної освіти в Україні, що схвалена у лютому 2019 року, визначає її завданням забезпечення надання громадянам якісної медичної допомоги завдяки високому рівню підготовки медичних працівників. Також наголошується, що якісна медична допомога неможлива без зміни культурної парадигми і створення нового професійного середовища, у якому життя та здоров'я пацієнта повинні бути основними професійними цінностями медиків [180].

З метою підвищення якості вищої медичної освіти нині оновлюються галузеві освітні стандарти, де визначаються загальні та спеціальні компетентності, якими повинні володіти лікарі. При цьому більше уваги звертається на компетентності у сфері комунікації, серед яких такі здатності: чітко та зрозуміло доносити власні висновки, знання та пояснення до фахівців та нефахівців; ефективно формувати комунікаційну стратегію у професійній діяльності; використовувати стратегії спілкування та навички міжособистісної взаємодії; використовувати державну мову у фаховому та діловому спілкуванні, при підготовці документів; використовувати іноземну мову у професійній діяльності; встановлювати міжособистісні зв'язки для ефективного виконання професійних завдань та обов'язків; формувати та доносити до пацієнта та фахівців власні висновки щодо необхідного режиму, принципів та характеру лікування, необхідності проведення медичних маніпуляцій тощо; інформувати населення й керівників відповідних установ щодо своєчасного проведення профілактичних та протиепідемічних заходів, щеплень, тощо [36].

Отже, в сучасних умовах реформування первинної ланки системи охорони здоров'я очевидною є необхідність підвищення рівня освіченості, професіоналізму й культури сімейних лікарів. Підготовка високопрофесійного сімейного лікаря нової генерації, здатного до успішного здійснення професійної комунікації, є актуальною потребою суспільства, задоволення якої вимагає від вищої медичної освіти орієнтації на поліпшення професійно-комунікативної культури майбутніх фахівців.

Теоретико-методологічне обґрунтування проблеми формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів передбачає визначення її термінологічного поля, уточнення наукового змісту категорії професійно-комунікативної культури шляхом сутнісного аналізу понять культури, професійної комунікації та комунікативної культури.

Перш за все розглянемо зміст поняття *культура*, що є одним з найбільш багатозначних в сучасній науці, оскільки це надзвичайно складне і багатогранне явище, яке інтегроване в усі сфери людського буття, не може бути визначено за допомогою однієї дефініції.

Аналіз філософської [47; 102; 144; 171], культурологічної [39; 76; 109; 110; 111; 114; 137; 223; 239] та соціологічної [48; 211; 212; 243] наукової літератури дав можливість окреслити еволюцію поглядів на культуру. Етимологічно цей термін походить від латинських слів *colo*, *cultio*, що означають «обробіток»; *colore* – «обробляти, вирощувати», яке з часом набуло значення «вклонятися, вшановувати». Спочатку ці слова пов'язувалися із землеробством, обробкою землі, вирощуванням рослин і тварин, цілеспрямованим впливом людини на природу. Поступово це поняття поширюється на інші сфери людської діяльності. Зокрема, ним почали позначати процес і результат обробки природних матеріалів у ремеслах, а потім – процес виховання і навчання людини. Згодом культуру стали розуміти як людяність та вихованість, яка виокремлює людину із природи. Зрештою, це слово почало вживатися для позначення всього створеного людиною, на відміну від того, що створене природою.

У Середньовіччі культурою вважали прагнення до ідеалу та бездоганності, а термін *культурність* наблизився до цивілізованості, до міського устрою життя. В епоху Відродження слово *культура* асоціювалося з досконалістю людини, активізацією її інтелектуального й творчого розвитку. У Новий час цей термін вживали для позначення ступеню вихованості, освіти, інтелекту, дотримання норм етики, художньої та творчої діяльності. Пізніше до цих значень додалося розуміння культури як рівня досконалості, що досягається в опануванні певною діяльністю. У XVIII столітті цей термін починає вживатися як самостійна наукова

категорія для позначення результатів діяльності людини. Поступово він набуває ширшого значення і позначає створені людиною блага й цінності, результат перетворення природи.

В кінці XIX – на початку XX століття для вивчення проблематики культури активно використовувалися досягнення антропології та етнології. Перше наукове визначення поняття *культура* запропонував у 1871 році англійський етнограф та засновник антропології Е. Тайлор. Науковець назвав культуру складним комплексом, що охоплює знання, вірування, мистецтво, мораль, закони, звичаї, та інші здібності й звички, що засвоюються людиною у суспільстві [220, с. 18].

На сьогодні існує значна кількість різнопланових поглядів на це поняття. Американські антропологи А. Кребер і К. Клакхон у праці «Культура: критичний аналіз концепцій та дефініцій» зібрали більше ста трактувань цього явища та розділили їх на шість основних типів:

- описові визначення, які визначають культуру як сукупність її компонентів (знання, вірування, закони, мистецтво, звичаї, традиції, цінності тощо);
- історичні визначення, котрі трактують її як комплекс звичаїв та вірувань, що передається із покоління у покоління і визначає основу людського буття;
- нормативні визначення, що тлумачать культуру як спосіб життя, що визначається соціальним оточенням і набувається особою в суспільстві;
- психологічні визначення, які визначають культуру як засіб, за допомогою якого люди пристосовуються до природного оточення та задовольняють економічні потреби;
- структурні визначення, що називають культуру системою взаємопов'язаних і взаємозалежних вірців поведінки, звичаїв, характерних для групи осіб;
- генетичні визначення, які ототожнюють культуру з сукупністю ідей щодо стандартизованих типів поведінки або сукупністю матеріальних об'єктів, видів діяльності, ідей, які складаються під впливом символів [257, с. 41-73].

Досліджуючи сутність культури, науковці виокремлюють різноманітні підходи до її тлумачення. Зокрема, культурологи І. Тюрменко, С. Буравченкова, П. Рудик та С. Береговий серед підходів до осмислення культури визначають

філософський, антропологічний та соціологічний. У контексті філософського підходу під культурою розуміють систему відтворення й розвитку людини як суб'єкта діяльності. Згідно з антропологічним підходом культура постає як система артефактів, знань і вірувань. У межах соціологічного підходу культура – це система норм і цінностей, що опосередковують взаємодію людей [111, с. 12].

На думку П. Герчанівської, основними підходами до вивчення культури є філософський, соціологічний, психологічний, діяльнісний, аксіологічний, технологічний та семіотичний. З точки зору філософського підходу культура трактується як змістова відмінність буття людини від буття природи, а також як змістові ресурси людського буття. Відповідно до соціологічного підходу культура являє собою історично визначений рівень розвитку суспільства, творчого потенціалу й здібностей людини, що відображається у типах і формах організації життєдіяльності людей, їх взаємовідносинах. З позиції діяльнісного підходу культуру вважають небіологічною діяльністю людини, що призводить до позитивних результатів. З іншого боку, в межах антропологічного розуміння культури її сфера розширюється, і цим терміном називають усе, що створено людством і характеризує його життя у певний історичний період. Згідно з семіотичним підходом культуру визначають як сукупність знакових систем, а відповідно до технологічного підходу вона є певним рівнем виробництва і відтворення суспільного життя [39, с. 31-36].

Усі з перелічених груп визначень та підходів охоплюють певні важливі характерні риси культури. Загалом же цей багатогранний феномен досить складний для трактування. Простежимо, як подано тлумачення цього поняття в різних типах галузевих словників.

У філософії термін *культура*, окрім історично початкового значення «обробіток і догляд за землею», має ще кілька значень. Цим терміном позначають «догляд, поліпшення, ушляхетнювання тілесно-душевно-духовних сил, схильностей і здібностей людини, а отже – і ступінь їх розвитку»; «сукупність способів і прийомів організації, реалізації та поступу людської життєдіяльності, способів людського буття»; «сукупність матеріальних і духовних надбань на

певному історичному рівні розвитку суспільства і людини, які втілені в результатах продуктивної діяльності»; «локалізоване у просторі та часі соціально-історичне утворення, що специфікується або за історичними типами, або за етнічними, континентальними чи регіональними характеристиками суспільства» [236, с. 313].

З точки зору соціології культура в широкому значенні слова – «соціальний механізм взаємодії особистості і соціальної спільноти з середовищем проживання». У вузькому значенні цей термін тлумачиться як «система колективних цінностей, переконань, зразків і норм поведінки, притаманних певній соціальній групі, спільноті і людству загалом» [213, с.153].

У культурології досліджуване поняття тлумачиться як:

- «сукупність штучних порядків та об'єктів, створених людьми як додаток до природних, засвоєних форм людської поведінки, здобутого знання, образів самопізнання й символічних позначень навколишнього світу»;
- «впорядковане середовище проживання людей, що організоване за допомогою специфічних людських способів (технологій) діяльності та насичене продуктами (результатами) цієї діяльності»;
- «світ особистостей, чия свідомість та поведінка мотивується та регулюється не стільки біологічними, скільки соціальними інтересами й потребами, загальноприйнятими нормами й правилами їх задоволення»;
- «світ колективів людей, об'єднаних спільними екзистенційними орієнтаціями, соціальними проблемами та досвідом спільної життєдіяльності»;
- «світ символічних позначень явищ і понять, сконструйований людьми з метою фіксації й трансляції соціально значимої інформації, знань, уявлень, досвіду, ідей» [40, с. 96].

У педагогіці термін трактується у широкому розумінні як «сукупність практичних, матеріальних і духовних надбань суспільства, які відображають історично досягнутий рівень розвитку суспільства й людини і втілюються у результатах продуктивної діяльності». У вузькому розумінні культура – це «сфера

духовного життя суспільства, що охоплює насамперед систему виховання, освіти, духовної творчості (особливо мистецької), а також установи й організації, що забезпечують їхнє функціонування». У контексті нашої роботи важливим є третє визначення – «рівень освіченості, вихованості людей, а також рівень оволодіння якоюсь галуззю знань або діяльності» [42, с. 182].

Багато дослідників приклали значних зусиль, щоб наблизити нас до розуміння сенсу поняття *культура* як складного явища, що пронизує усі сторони життя суспільства й особистості. Значний внесок у дослідження проблем культури зробили українські науковці В. Андрущенко [6], А. Бичко [223], Г. Васянович [24], П. Герчанівська [39], Т. Гриценко [110], М. Кравець [109], О. Музальов [137], Є. Перегуда [76], І. Тюрменко [111], І. Хома [239], А. Яртись [114] та ін. Розглянемо деякі з авторських тлумачень досліджуваного поняття.

В. Андрущенко приходить до висновку, що культура є надбаннями людини, досягнутими нею у процесі перетворення природи, мірою втілення людського в природі і водночас мірою розвитку людини як особистості. Джерелом культури науковець називає людську працю, що здійснюється відповідно до закономірностей природи, в інтересах людини, з метою одухотворення природи, а не її руйнування [6, с. 9]. А. Арнольдов вважає, що необхідно сприймати культуру як динамічний творчий процес, синтез створених людиною матеріальних та духовних цінностей, гармонійних форм ставлення людини до природи, суспільства і самої себе [8, с. 10]. Подібної точки зору дотримуються Г. Васянович та О. Данильян, вбачаючи у даному понятті філософську категорію для визначення творчої діяльності особистості і суспільства, спрямованої на створення, збереження, розповсюдження, обмін і використання матеріальних і духовних цінностей, а також результатів цієї діяльності [24, с. 120-121; 47, с. 272].

Т. Гриценко подає наступне визначення досліджуваного терміна: «культура – це специфічний спосіб організації та розвитку людської життєдіяльності, представлений продуктами матеріальної й духовної праці, системою соціальних норм й настанов, духовними цінностями, сукупністю відносин людей з природою,

між собою та ставленням до власної особистості, це система життєвих орієнтацій суб'єкта» [110, с. 10]. Науковці М. Каган та Ю. Солонін пропонують розглядати культуру як системно організоване ціле, яке історично сформувалося у процесі розвитку невідомої тваринному світу форми діяльності, що створила мережу відносин культури до природи, суспільства і людини [108, с. 73-74].

П. Гуревич вважає, що культура – це феномен, що породжений незавершеністю людської природи, розгортанням творчої активності людини, яка спрямована на пошук сенсу буття. Науковець відносить до неї явища трьох порядків: матеріального (предмети виробництва), кінетичного (поведінка, що завжди включає рух), психологічного (знання, погляди та цінності) [44, с. 30-70]. На думку В. Петрушенко, культура є сферою найяскравішого виявлення людини, її характерних рис і можливостей; перетвореною людиною частиною дійсності, де її творчі можливості проявляються найвиразніше [171, с. 469]. М. Кравець універсальним вважає погляд на культуру як на «сутнісну рису людського буття, складне матеріально-духовне поле самореалізації суб'єкта і соціальних груп, особливу саморегулюючу форму відтворення розумного життя, як складову умову розвитку світу» [109, с. 14].

Н. Черниш визначає поняття культури з точки зору соціології як складне динамічне утворення, що має соціальну природу і проявляється у соціальних відносинах, що спрямовані на створення, засвоєння, збереження і поширення матеріальних предметів і духовних феноменів [243, с. 316]. І. Хома вважає, що культура в узагальненому значенні – це «сукупність матеріальних і духовних цінностей, створених внаслідок цілеспрямованої діяльності людства впродовж його історії, а також взаємовідносини, що склалися в процесі споживання, збереження, відтворення цих цінностей, розподілу і обміну» [239, с. 11].

Для кращого розуміння змісту терміна *культура* важливим є визначення функцій та компонентів цього явища.

На основі аналізу різних поглядів вчених [39; 109; 110; 111; 212; 243] на функції культури можемо констатувати, що основними серед них є: інформаційна (культура передає соціокультурний досвід і духовні цінності від попередніх

поколінь до нащадків); пізнавальна (охоплюючи природничі, гуманітарні й технічні знання епохи, культура сприяє розумінню цілісної системи світу); соціалізаційна (культура залучає осіб до суспільного життя і забезпечує засвоєння ними соціального досвіду, знань, цінностей та норм поведінки, що характерні для певного суспільства); виховна (засвоюючи досягнення культури, людина продовжує саморозвиток); регулятивна (за допомогою норм і правил культура регулює різні сфери діяльності людини); ціннісна (як система цінностей культура формує в людині певні ціннісні орієнтири, даючи оцінку предметам і явищам); комунікативна (за допомогою складної знакової системи, культура створює умови та засоби людського спілкування); світоглядна (вплив культури на свідомість людини формує її світогляд); ідентифікаційна (культура констатує групову належність особи); соціальної пам'яті (передаючи соціальну спадщину, культура зберігає та вдосконалює людський досвід); інтегративна й дезінтегративна (культура має здатність як згуртовувати людей, так і протиставляти їх одне одному).

Серед основних елементів культури науковці [211; 212; 243] визначають цінності, норми, мову, обряди, звичаї, традиції, ритуали, закони, етикет, стандарти. Зауважимо, що цінності разом з нормами вважаються ядром культури, а також підкреслюється особливе місце мови в її системі. Виняткова роль мови обумовлена тим, що в ній можуть бути зафіксовані усі елементи культури, оскільки вона служить засобом накопичення, збереження й передачі людського досвіду. З її допомогою відбувається соціалізація й адаптація особистості до оточуючого світу, формується почуття групової єдності й групової ідентичності, підтримується згуртованість суспільства [212, с. 78-79]. Ще одну вагомую функцію мови визначає Н. Замкова, називаючи її уособленням «Духу Нації» та основним «двигуном» у формуванні національної культури [67, с. 48].

Отже, усе сказане вище дає нам можливість зробити висновок про різноманітність значень поняття «культура» – від простого протиставлення природі до трактування його як історично визначеного рівня розвитку суспільства; творчих сил і здібностей людини, що виражаються у різних типах

організації життя та діяльності. Культура розглядається і як спосіб духовного освоєння дійсності на основі системи цінностей; і як розгортання творчої діяльності людини, яка спрямована на пошуки сенсу буття; і як система життєвих сенсів. Аналіз сутності поняття культури дозволяє виділити деякі основні положення щодо цієї філософської категорії:

- вона є соціальним явищем, що охоплює усі сторони життя і виступає якісною характеристикою розвитку суспільства та особистості;
- культура особистості є процесом її творчої діяльності, спрямованої на пізнання навколишнього світу, пошук сенсу буття і розвиток власного «Я»;
- функції культури полягають у створенні та передачі цінностей, організації людського життя, регуляції соціальних відносин і поведінки особистості, спрямуванні суспільного розвитку;
- культура включає в себе мову, сукупність матеріальних та духовних цінностей, норм, ідеалів, знань, умінь, уявлень про світ і правил поведінки.

Оскільки наше дослідження розглядає культуру в контексті фахової підготовки майбутніх сімейних лікарів, важливими для нас є наукові погляди на професійну культуру лікаря.

Загалом, у світлі сучасних реформ сфери охорони здоров'я та потреби поліпшення кваліфікації її працівників, проблема вдосконалення медичної освіти в Україні привертає увагу багатьох науковців. Зокрема, за останні декілька років українськими дослідниками було розглянуто наступні аспекти цієї проблеми: підготовка майбутніх лікарів до професійної комунікації на засадах міждисциплінарної інтеграції (І. Гуменна [43]), формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів (Л. Дудікова [54]), формування фахових компетентностей майбутніх лікарів у процесі природничо-наукової підготовки (В. Макаренко [119]), формування вмінь англомовного ділового спілкування у майбутніх лікарів (Л. Русалкіна [194]), формування готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації (І. Сірак [198]), формування творчого потенціалу майбутніх лікарів (Р. Слухенська [205]), формування готовності майбутніх молодших медичних спеціалістів до професійного

самовдосконалення (К. Соцький [214]), педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті (Г. Стечак [217]), формування професійного мислення майбутніх фельдшерів у процесі фахової підготовки (І. Сурсаєва [219]), розвиток професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів (С. Тихолаз [228]), формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх лікарів (О. Ткачук [230]) та ін.

В сучасних умовах все більшої актуальності набуває питання професійної культури сімейних лікарів, оскільки українське суспільство потребує висококваліфікованих і гуманних фахівців, професійна компетентність яких відповідає європейським стандартам. Зміст професійної культури лікарів було розкрито у працях Т. Корольової [98], О. Наливайко [140], С. Пудової [186] та М. Пайкуш [166]. Різні типи професійної культури медиків досліджено у роботах А. Агаркової [1] (професійно-етична), Ю. Євтушенко [63] (деонтологічна), О. Ісаєвої [75] (особистісно-професійна), І. Кузнецової [107] (емпатійна), С. Трегуб [231] (культура спілкування).

Аналіз цих джерел дав можливість встановити, що поняття *професійна культура лікаря* визначається по-різному. Наприклад, деякі дослідники вважають цей феномен найвищим проявом професійної компетентності фахівця, його професійних та особистісних якостей, інтелектуальних здібностей і моральних цінностей [166, с. 19; 186, с. 441]. Подібні погляди має О. Ісаєва, розглядаючи професійну культуру як інтегральну характеристику лікаря, що відображає рівень освіченості й розвитку його як особистості та професіонала [75, с. 226]. Т. Корольова, розвиваючи цю думку, тлумачить зазначений термін як соціально обумовлений фаховий рівень розвитку особистості лікаря в професійній діяльності, що охоплює спеціальні знання, професійні якості, моральний, духовний, етичний та комунікативний компоненти, які притаманні професії медичного працівника [98]. О. Наливайко приходить до висновку, що професійна культура сімейного лікаря – це «форма медичної культури людства, що існує в межах професійної спільноти медичних працівників і синтезує в собі медичні знання, професійно-теоретичні світогляди, медичні технології й соціальні

практики, традиції та специфічну мовну систему, вироблені людством із метою збереження здоров'я і життя людини, боротьби з різними її захворюваннями» [140, с. 32]. С. Трегуб визначає професійну культуру лікаря як сукупність досягнень суспільства в галузі освіти, науки, мистецтва та інших сферах духовного життя, способів, прийомів і досвіду фахової діяльності, що здійснюють вплив на ставлення особи до норм культури й усвідомлення необхідності оволодіти нею для успішного здійснення професійної діяльності [231, с. 62].

Таким чином, можемо констатувати, що професійна культура сімейного лікаря як характеристика фахівця відображає його професійну компетентність і рівень освіченості, інтегрує в собі знання, професійні якості, моральні цінності, мовну систему, етичні норми й правила здійснення професійної діяльності, котрі пов'язані зі специфікою професії, проявляються у трудовій діяльності і забезпечують її вищу ефективність.

Розкриваючи сутність категорії *професійно-комунікативна культура* необхідно визначити зміст поняття *професійна комунікація*, шляхом порівняльної характеристики термінів *комунікація* та *спілкування*, які тісно співвідносяться один з одним у межах досліджуваної проблеми.

У довідковій літературі термін *комунікація*, зазвичай, має три значення: процес передачі інформації, що включає відправника, канали, кодування, декодування, зміст, ефективність, контроль, ситуацію, наміри та адресата; акт спілкування між людьми за допомогою передачі символів, метою якого є взаєморозуміння; обмін інформацією будь-якого виду між різними системами зв'язку [210, с. 133]. На відміну від цього, поняття *спілкування* має одне значення – взаємодія індивідів чи соціальних груп, що задовольняє потреби людини в контакті з іншими людьми і полягає у безпосередньому обміні діяльністю, навичками, вміннями, досвідом, інформацією [210, с. 210].

Філософський сенс комунікації та спілкування визначається досить широко. Перший з цих термінів «окреслює людську взаємодію у світі» [236, с. 291], а останній трактується як «тип відносин, що характеризується ставленням

партнерів один до одного як до істот, наділених ознаками суб'єктивності» [236, с. 603].

В соціологічному контексті спілкування вважають соціально обумовленим процесом обміну думками та почуттями між людьми в різних сферах їх пізнавально-трудової й творчої діяльності, що реалізується головним чином за допомогою вербальних засобів комунікації. У той же час комунікацію розуміють як процес передачі та сприймання інформації в умовах міжособистісного та масового спілкування по різних каналах за допомогою різноманітних комунікативних засобів [94, с. 5].

Психологічна сутність поняття *комунікація* полягає у здійсненні цілеспрямованого процесу передачі думок за допомогою мови, невербальних засобів та психічного змісту, що дублює й підтримує вербальну комунікацію [17, с. 206]. Тоді як термін *спілкування* трактується як взаємодія двох чи більше людей, що полягає в обміні інформацією пізнавального та афективно-оціночного характеру і забезпечує планування, здійснення та контроль діяльності [17, с. 312].

Вивченню комунікації та спілкування, їх загальних механізмів і закономірностей присвячено значну кількість наукових праць, серед яких доробки Г. Андрєєвої [4], О. Андрієнко [5], В. Батаршева [11], Ф. Бацевича [12], Н. Бутенка [20], Л. Вікулової [27], І. Зімньої [68], Є. Ільїна [74], М. Кагана [78], М. Василика [145], Л. Кайдалової [79], А. Леонтьєва [115], М. Лісіної [116], А. Лобанова [117], О. Сергєєнкової [64], В. Соковніна [207], А. Соколова [208], О. Скрипченко [65] та ін. Особливості професійної комунікації фахівців-медиків висвітлено у роботах І. Вітенка [30], І. Гуменної [43], В. Дубрової [53], Н. Малик [124], С. Поплавської [176], Г. Риб [190], О. Уваркіної [232], М. Філоненко [235] та інших. Аналіз цих наукових джерел дозволив виявити декілька підходів до визначення сутності комунікації й спілкування.

Перший з підходів полягає в ототожненні спілкування та комунікації. На думку А. Леонтьєва комунікація є не тільки процесом зовнішньої взаємодії ізольованих особистостей, а й способом внутрішньої організації і внутрішньої

еволюції суспільства в цілому; єдиним процесом, за допомогою якого може відбуватися розвиток суспільства [115, с. 26].

В. Соковнін визначає комунікацію як обмін інформацією між складними динамічними системами, здатними її сприймати, накопичувати й перетворювати. Дослідник впевнений, що акт спілкування включає в себе ті ж компоненти, що присутні в комунікації, а саме: джерело інформації, що створює повідомлення; передавач, який перетворює повідомлення в придатні для передачі сигнали; канал зв'язку, здатний передавати ці сигнали; приймач, що одержує сигнали й декодує одержане повідомлення; одержувач інформації. Таким чином, вчений приходить до висновку, що спілкування людей не відрізняється від інших способів передачі повідомлень і його слід вважати соціальною комунікацією [207, с. 9-10].

Підкреслюючи думку, що семантично терміни *спілкування* і *комунікація* майже збігаються, М. Філоненко визначає їх як специфічну форму взаємодії людей у процесі пізнавально-трудової діяльності, обмін повідомленнями, інформацією, яка подається у вигляді усних чи письмових текстів мовою, якою володіють співрозмовники [235, с.10]. Аналогічні погляди висловлюються також у ряді сучасних науково-педагогічних досліджень, серед яких – праці С. Бірюкової [14], С. Знаменської [69], О. Халупо [237].

В англomовній науковій літературі поняття комунікація і спілкування також не розмежовуються, оскільки англійське слово *communication* – це передача інформації, повідомлення, комунікація, зв'язок, спілкування, а також інформація, що передається у процесі спілкування [138, с. 138]. В енциклопедії теорії комунікації, авторами якої є професори університету Нью-Мехіко (США) С. Літлджон і К. Мосс, зазначено, що основний сенс людської комунікації полягає в обміні взаємозрозумілими символами [254, с. 295]. Науковці США (Р. Вердербер та К. Вердербер) визначають, що комунікація є процесом створення і передачі значущих повідомлень у неформальній бесіді, груповій взаємодії чи публічному виступі, який включає в себе учасників, контекст, повідомлення, канали, присутність чи відсутність шумів і зворотній зв'язок [26, с. 16].

Другий підхід до тлумачення сутності комунікації та спілкування полягає у розмежуванні цих термінів як нерівнозначних. Прихильником цього підходу є М. Каган. Він звертає увагу на те, що спілкування має практичний, матеріальний, духовний, інформаційний та практично-духовний характер, тоді як комунікація є суто інформаційним процесом, передачею різноманітних повідомлень. Ще одна суттєва відмінність між комунікацією та спілкуванням, на думку вченого, полягає у характері зв'язку між тими, хто вступив у взаємодію. Тобто, комунікація є інформаційним зв'язком суб'єкта з об'єктом, коли суб'єкт передає певну інформацію, а об'єкт повинен прийняти її, зрозуміти, засвоїти та діяти згідно неї. У спілкуванні ж немає відправника та одержувача повідомлень, у ньому задіяні рівноправні суб'єкти, співрозмовники чи партнери у спільній справі. Вказуючи, що фундаментальною відмінністю між комунікацією та спілкуванням є монологічність першої та діалогічність останньої, М. Каган визначає комунікацію як односпрямований процес, при якому інформація передається лише в одному напрямку, а її кількість зменшується у процесі передачі. Водночас, при спілкуванні партнери однаково активні і кількість інформації не зменшується, а збільшується, збагачується, розширюється в процесі її циркуляції від одного партнера до іншого. Отже, науковець прирівнює комунікацію до передачі повідомлень, обміну інформацією. У той час, як спілкування, на його думку, є процесом вироблення нової інформації, спільної для його учасників; процесом перетворення надбань кожного партнера в їх спільні надбання [78, с. 239-241].

Значна кількість науковців [4; 5; 11; 12; 20; 30; 64; 65; 68; 79; 112; 116; 117; 131; 169], погоджуючись з позицією М. Кагана, вважають спілкування поняттям ширшим, ніж комунікація. Розглянемо детальніше деякі визначення досліджуваних понять в руслі даного підходу.

О. Андрієнко трактує спілкування як процес взаємозв'язку та взаємодії суспільних суб'єктів, що характеризується обміном інформації, досвідом, уміннями, навичками та результатами діяльності. Поняття комунікації науковець пов'язує з інформаційним обміном, що існує між людьми у процесі спілкування та спільної діяльності. Науковець визначає це явище як акт і процес встановлення

контактів між суб'єктами взаємодії за допомогою вироблення спільного сенсу інформації, яка передається та одержується [5, с. 97-126].

Загалом цю думку підтримує Ф. Бацевич, даючи аналогічне тлумачення поняття *спілкування*. Комунікацію дослідник трактує як «смісловий та ідеально-змістовий аспект соціальної взаємодії; обмін інформацією в різноманітних процесах спілкування» [12, с. 27-28].

Г. Андрєєва під комунікацією розуміє процес обміну різноманітними уявленнями, ідеями, інтересами, настроями, установками та почуттями, котрий відбувається під час спільної діяльності людей. Аналізуючи специфіку комунікації, дослідниця вказує на те, що кожен її учасник є активним суб'єктом, тобто відбувається не просто рух інформації, а її розуміння й осмислення, вироблення спільного сенсу. Відповідно, сутність комунікації полягає не тільки у взаємному інформуванні, а й у спільному досягненні предмету [4, с. 64-65].

М. Василик трактує комунікацію як специфічну форму взаємодії людей, що забезпечує передачу інформації за допомогою мови та інших знакових систем [145, с. 11]. Дещо розширює це визначення О. Ковальчук, вважаючи, що комунікація – це «специфічна культурна форма спілкування, обмін інформацією між людьми за допомогою знаків, символів, при якому інформація передається цілеспрямовано, сприймається вибірково, а взаємодія здійснюється за певними правилами та нормами» [88, с. 474].

Подібної точки зору дотримується І. Зімня, яка стверджує, що комунікація є усвідомленим і неусвідомленим вербальним зв'язком, передачею та прийомом інформації, що відбувається завжди і всюди [68, с. 32-33]. В. Куніцина сутність терміну *комунікація* пов'язує з обміном суб'єктивним досвідом між людьми, які знаходяться у просторовій близькості і мають можливість бачити, чути, торкатися один одного, здійснювати зворотній зв'язок [112, с. 8].

Відокремлюючи явище комунікації від спілкування, А. Батаршев називає останнє складним багатоплановим процесом встановлення та розвитку контактів між людьми, що породжений потребами спільної діяльності і включає в себе обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття і розуміння

іншої людини. З даного визначення науковець робить висновок, що спілкування має три сторони: комунікативну, інтерактивну та перцептивну. Він зазначає, що комунікативна сторона спілкування проявляється через діяльність особистості, усвідомлено орієнтовану на її смислове сприйняття іншими людьми. Інтерактивна сторона спілкування являє собою взаємодію та вплив людей один на одного у процесі міжособистісних відносин, а перцептивна проявляється шляхом сприйняття та оцінки людьми соціальних об'єктів [11, с. 22-24].

У свою чергу М. Лісіна розуміє спілкування як взаємодію двох і більше людей, що спрямована на узгодження і об'єднання їх зусиль з метою налагодження відносин і досягнення спільного результату. Водночас сутність комунікації дослідниця вбачає в обміні інформацією, що є вужчим за спілкування явищем [116, с. 17-18].

Інший підхід до осмислення понять *комунікація* та *спілкування* відображений у дослідженнях Є. Ільїна, який розглядає комунікацію як широке поняття, а спілкування – вузьке. Пояснюючи свою позицію, науковець зазначає, що не всі види комунікації є спілкуванням, але будь-яке спілкування є певним видом комунікації. Тож дослідник приходить до висновку, що спілкування – це окремий вид комунікації, специфічний для високо розвинутих живих істот. Комунікація при цьому є зв'язком, взаємодією двох систем, під час якої від однієї системи до іншої передається інформаційний сигнал. Комунікація властива і технічним системам, і взаємодії людини з машиною, і взаємодії людей. Останній вид комунікації дослідник і співвідносить зі спілкуванням [74, с. 18].

Узагальнене наукове тлумачення комунікації запропонував А. Соколов, трактуючи її як опосередковану доцільну взаємодію двох суб'єктів, що може проявлятися як рух матеріальних об'єктів в трьохвимірному геометричному просторі і в астрономічному часі, рух ідеальних об'єктів (сенсу, образів) в багатомірних віртуальних просторах і часах [208, с. 13].

Отже, підводячи підсумки проведеного аналізу, можемо стверджувати, що існує три основні підходи до трактування комунікації:

- 1) комунікація як синонім спілкування;

- 2) комунікація як передача інформації з використанням різноманітних каналів та знакових систем, аспект чи складова спілкування (вужке значення);
- 3) комунікація як взаємодія двох систем, під час якої від однієї системи до іншої передається сигнал, що несе інформацію; коли спілкування є частиною комунікації (широке значення).

Ми поділяємо думку тих, дослідників, які вважають комунікацію компонентом спілкування, і в межах нашого дослідження будемо спиратися на наступні твердження:

- комунікація не рівнозначна спілкуванню, а вужче за нього явище, одна з його складових;
- спілкування є складним багатоплановим процесом встановлення та розвитку контактів між людьми, що породжений потребами спільної діяльності і включає в себе обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття і розуміння іншої людини;
- комунікація – це взаємодія між людьми, під час якої відбувається обмін досвідом, уявленнями, ідеями, інтересами, настроями, установками та почуттями, формується ставлення до одержаної інформації;
- відмінність між комунікацією та спілкуванням полягає в тому, що основною метою першої є передача інформації, тоді як спілкування має на меті не тільки інформування, а й здійснення взаємодії та впливу осіб один на одного, сприйняття, пізнання та оцінку людьми соціальних об'єктів у процесі міжособистісних відносин;
- у процесі комунікації інформація не просто передається, а й розуміється, осмислюється, уточнюється, розширюється.

У зв'язку з тим, що ми досліджуємо комунікацію, яка здійснюється у процесі професійної діяльності сімейного лікаря, виникає необхідність уточнити сутність терміна *професійна комунікація*.

Дане поняття зазвичай розглядається як процес виникнення взаєморозуміння в певній предметній галузі, процес обміну інформації між фахівцями. Зокрема, О. Каверіна трактує професійну комунікацію як форму

соціального і професійного спілкування, що відбувається у природних обставинах життя або професійної діяльності [77, с. 16]. З іншого боку, Н. Орлова пропонує визначати професійну комунікацію як «зумовлений професійно-виробничою ситуацією процес встановлення та підтримання контактів між фахівцями певної галузі на основі їх професійного єднання» [143, с. 300].

У сучасних наукових дослідженнях професійна комунікація медичних працівників розглядається як система безпосередніх чи опосередкованих зв'язків, взаємодій фахівця, що реалізуються за допомогою вербальних і невербальних засобів комунікації з метою взаємообміну інформацією, моделювання й управління процесом комунікативної взаємодії у професійній діяльності медика [176, с. 8; 190, с. 87-89]. Професійну комунікацію лікарів І. Гуменна розуміє як встановлення контакту між комунікантами на рівнях лікар – лікар, лікар – пацієнт, лікар – медичний персонал для обміну професійно-орієнтованою інформацією та як спосіб одержання знань для підвищення професійної кваліфікації [43, с. 33].

Було визначено, що професійна комунікація виконує низку функцій, а саме: інформативну (обмін повідомленнями, осмислення їх змісту), експресивну (емоційно виразне надання інформації, обмін емоціями), смислоутворювальну (надання професійної та індивідуальної значущості комунікативним діям), діагностичну (визначення ступеня опанування суб'єктами необхідною інформацією), індивідуалізаційну (забезпечення індивідуальних потреб суб'єктів комунікації), спонукальну (забезпечення активності комунікантів, їх самореалізації), прогностичну (планування змісту комунікації, вибір засобів та технологій), культурологічну (демонстрація рівня загальної, професійної культури, культури мовлення, знань норм етикету), психотерапевтичну (надання психологічної допомоги, запобігання конфліктам) [43, с. 23-24].

Отже, у результаті проведеного теоретичного дослідження визначаємо *професійну комунікацію сімейних лікарів як зумовлений професійно-виробничою ситуацією процес установаження та підтримання контактів, що реалізується за допомогою вербальних і невербальних засобів комунікації і має на меті обмін*

професійно-орієнтованою інформацією, управління та регулювання процесом комунікативної взаємодії у професійній діяльності сімейного лікаря.

Нині у світовому науковому співтоваристві загальновизнаною є думка про ключову роль професійної комунікації лікаря у наданні якісної медичної допомоги. Зокрема, науковці [250; 251; 252; 255; 258; 259; 264; 265] прийшли до висновку, що успішна комунікація має значний вплив на загальне задоволення послугами у сфері охорони здоров'я та дотримання режимів лікування, що в свою чергу забезпечує покращення стану здоров'я пацієнтів. Це відбувається завдяки тому, що достатньо поінформовані та залучені до прийняття рішень щодо лікування пацієнти більше схильні чітко виконувати рекомендації лікаря та прикладати зусилля, щоб змінити свій спосіб життя. Ефективна професійна комунікація з сімейним лікарем дозволяє краще розуміти потреби й очікування пацієнтів, регулювати їхні емоції та знижувати психологічну напругу. Її також вважають джерелом мотивації й підтримки для пацієнта, дієвим засобом підвищення його впевненості в собі та формування позитивного ставлення до власного здоров'я.

Аналіз наукової літератури [30; 43; 53; 74; 124; 190; 232; 235], що висвітлює психологічні аспекти спілкування медика та пацієнта, дає змогу окреслити певні особливості професійної комунікації сімейних лікарів.

Перш за все, зауважимо, що професія сімейного лікаря передбачає інтенсивну комунікацію з пацієнтами, їхніми родичами, колегами та підлеглими. Від її ефективності, зазвичай, залежить психологічний клімат у медичному закладі, позитивна психологічна налаштованість учасників лікувально-діагностичного процесу, що в свою чергу позначається на успішності лікувальних заходів. У зв'язку з цим, здатність лікаря успішно здійснювати професійну комунікацію сприяє встановленню і підтриманню психологічного контакту з хворими, дозволяє точніше проводити діагностику, одержати схвалення плану лікування, надати пацієнтам адекватну медичну інформацію, аргументовано переконувати їх вести здоровий спосіб життя.

Професійна комунікація сімейного лікаря відбувається з різними категоріями людей, які мають етнічні, гендерні, вікові, соціокультурні, професійні, індивідуальні особливості, різний рівень освіченості та інформованості. Вона ускладнюється тим, що пацієнти відчують біль, тривогу та страх. Ці негативні фактори можуть викликати напругу та опір пацієнта, створити складні комунікативні ситуації. До того ж, лікар повинен взаємодіяти з особами, на психіку яких впливає певна хвороба, що змінює їхнє ставлення до життя, оточуючих і самого себе. Зважаючи на це, у професійній діяльності сімейного лікаря постійно виникають нетипові комунікативні завдання, для вирішення яких необхідне самостійне мислення, здатність володіти собою, вміння приймати нестандартні рішення та знаходити індивідуальний підхід до пацієнта.

Наступна особливість професійної комунікації сімейного лікаря полягає в тому, що кожен пацієнт очікує від нього моральної підтримки й «теплого слова», що виводить на перший план необхідність проявляти співчуття хворій людині. З іншого боку, відвертість та встановлення взаєморозуміння між пацієнтом і лікарем неможлива без довіри до медика. При цьому, довіра виникає швидше до фахівця, у спілкуванні з яким особа відчуває себе комфортно, який проявляє увагу та доброзичливе ставлення, дає надію на одужання. Відтак, важливого значення набувають морально-етичні й психологічні аспекти діяльності лікаря, його професійні цінності, які регулюють поведінку фахівця у процесі комунікації.

Також необхідно врахувати значну роль першого враження про сімейного лікаря, коли протягом декількох хвилин комунікації формується думка про фахівця на основі зовнішніх спостережень. У цей момент сприймаються та розшифровуються не тільки усвідомлені й контрольовані вербальні сигнали, але й невербальні – зовнішній вигляд, міміка, жести, тон голосу, манера поведінки тощо. Саме невербальні сигнали, яким, зазвичай, довіряють більше, формують готовність пацієнта діяти певним чином і психологічну налаштованість учасників комунікації на ефективну взаємодію.

Окрім зазначених особливостей, І. Гуменна відзначає низку характерних рис професійної комунікації лікаря, а саме: наявність певного офіційного статусу

співрозмовників; спрямованість на встановлення та підтримку зв'язків між фахівцями; відповідність певним загальновизнаним та загальноприйнятим правилам; передбачуваність комунікативної взаємодії, яка заздалегідь планується, визначається її зміст і результат; конструктивність взаємовідносин, їх спрямованість на досягнення певної мети; взаємна узгодженість рішень, організація подальшої взаємодії [43, с. 36-37].

Отже, професійна комунікація сімейних лікарів має низку особливостей, що ставлять високі вимоги до особистості майбутнього фахівця, а створення потрібного контакту, встановлення довірливих взаємин з пацієнтами нині вважається основою лікувального процесу.

Важливим для нашого дослідження є визначення змісту поняття *комунікативна культура*, у зв'язку з чим вважаємо за необхідне проаналізувати роботи науковців, які вивчають це явище.

Зауважимо, що в сучасній педагогічній науці накопичено значну кількість досліджень, присвячених проблемі комунікативної культури. Наприклад, її сутність та загальні характеристики розкриті О. Єрикаловим [57], Є. Ільїним [74], Є. Руденським [193], С. Сарновською [197], О. Соколовою [209]. Особливості формування цього виду культури у школярів висвітлено у дослідженнях М. Дядіщевої [55], О. Корніяки [97], Е. Манжос [125], М. Разорьоновой [188], В. Тернопільської [225], Т. Тихоновой [229] та ін. Умови розвитку комунікативної культури майбутніх учителів та соціальних працівників вивчали Л. Аухадєєва [9], Н. Бітюцка [15], О. Гаврилюк [33], Г. Максимова [122], Г. М'ясоїд [139], В. Садова [196], В. Сморгкова [206], Ю. Ушачова [233] та ін. Питання поліпшення комунікативної культури фахівців технічних, юридичних і військових спеціальностей розглянуто у працях В. Барковського [10], А. Білоножко [16], С. Бірюкової [14], К. Галацин [34], Г. Медведь [131], Л. Станкевич [215], С. Тарасенко [221], О. Халупо [237] та ін. Формування комунікативної культури майбутніх фахівців економічного профілю та сфери обслуговування стало предметом наукових розвідок Е. Яценко [249] та Л. Руденко [192]. Однак, незважаючи на різнопланові та досить масштабні дослідження, недостатньо

розробленою залишається проблема формування комунікативної культури майбутніх лікарів, деякі аспекти якої висвітлено, зокрема, в дисертаціях С. Герасименко [38], І. Ісаєвої [75] та О. Уваркіної [232].

Слід зазначити, що термін *комунікативна культура* увійшов у науковий обіг наприкінці ХХ століття і його становлення відбувалося на основі переосмислення поняття *культура спілкування*. Розмежувавши спілкування та комунікацію як нетотожні явища, вчені схильні розглядати комунікативну культуру як окремий вид культури, що є важливим компонентом культури спілкування, загальної та професійної культури особистості.

Комунікативна культура у контексті соціально-філософського аналізу співвідноситься зі специфічним проявом соціальної культури, культурою людських взаємин та цивілізованим способом спілкування [197, с. 6]; з творчим здійсненням людиною соціальної комунікації [57, с. 11]; з сукупністю інтелектуальних, індивідуально-духовних та професійних здібностей і якостей, що сприяють ефективній взаємодії у фізичному й соціальному оточенні [209, с. 9].

У психології комунікативна культура розглядається як багатогранне явище. У загальному вигляді О. Корніяка визначає його «як систему сформованих у індивіда в міжособистісній взаємодії якостей, навичок і вмінь, що дає йому змогу (в межах комунікативних здібностей, вікового розвитку і соціального статусу) досягати успішної адаптації в соціальному середовищі, здійснювати ефективну комунікативну й предметну діяльність, забезпечувати психологічно комфортну взаємодію і досягати взаєморозуміння» [97, с. 12].

У деяких сучасних психологічних дослідженнях комунікативна культура ототожнюється з сукупність особистісних якостей та властивостей, які забезпечують ефективність комунікативного процесу. Наприклад, Є. Руденський відносить до таких якостей особистості творче мислення, культуру мовної діяльності (грамотність, чіткість та образність мови, відповідний ситуації тон, темп та інтонація, хороша дикція), культуру самоналаштування на спілкування, культуру психоемоційної регуляції свого стану, культуру жестів і пластики рухів, культуру сприйняття комунікативних дій партнера, культуру емоцій [193, с. 106].

У свою чергу І. Єлькіна особистісними характеристиками, що утворюють комунікативну культуру вважає емпатію, рефлексію, самоприйняття, соціальний інтелект, емоційну гнучкість, духовність [56, с. 12-13].

Деякі науковці-психологи крім особистісних якостей та властивостей, до комунікативної культури відносять також систему знань, умінь, норм та цінностей, що надають можливість ефективно здійснювати комунікативну діяльність, забезпечують взаєморозуміння і результативність міжособистісної та професійної взаємодії [16, с. 6-7; 97, с. 12-13; 74, с. 131].

У сучасних педагогічних дослідженнях проблема комунікативної культури розглядається з точки зору особливостей її формування у фахівців різних сфер професійної діяльності, а питання визначення сутності цього явища залишається дискусійним. Зауважимо, що єдиної позиції щодо педагогічного тлумачення досліджуваного поняття немає. Тому виникає необхідність проаналізувати основні підходи до розуміння комунікативної культури майбутніх фахівців.

Перш за все, окреслимо підхід, відображений у працях Л. Аухадєєвої [9], С. Бірюкової [14], Н. Мітрової [133], О. Гусєвської [45], що розглядають дане явище як основу культури особистості. Вважаючи комунікативну культуру необхідним компонентом і базою для формування загальної, професійної та індивідуальної культури фахівця, науковці підкреслюють, що вона забезпечує готовність особи до самовизначення, сприяє досягненню гармонії з собою і оточуючим світом, збагачує внутрішній світ людини, відображає життєві ідеали і спрямованість особи на їх досягнення.

Комунікативна культура майбутнього фахівця також трактується як вміння особи організувати комунікативну діяльність. С. Знаменська називає цей вид культури способом організації професійного спілкування, що характеризується наявністю у фахівця комунікативного ідеалу, вміння володіти комунікативною ситуацією, системи комунікативних норм і правил, знань власних комунікативних здібностей, ціннісного ставлення до особистості [69, с. 60].

Третій підхід тлумачить комунікативну культуру як складне інтегративне динамічне особистісне утворення, котре впливає на розвиток та самореалізацію

людини і забезпечує ефективність комунікації. В. Барковський встановив, що за своєю сутністю комунікативна культура – це «складне духовно-педагогічне утворення особистості, яке охоплює усвідомлені соціальні норми професійного спілкування, розвинені психологічні механізми організації комунікативної взаємодії, а також апробований досвід самоорганізації професійного спілкування» [10, с. 10]. О. Гаврилюк та Е. Манжос наголошують, що дане особистісне утворення відображає соціально обумовлений рівень розвитку особистості, її готовність до комунікативної діяльності й продуктивної взаємодії у різних сферах [33, с. 10; 125, с. 9].

Л. Руденко комунікативну культуру фахівця визначає як інтегроване утворення особистості майбутнього фахівця, що сприяє його особистісному та професійному зростанню і, водночас, забезпечує реалізацію професійної компетентності у професійно-комунікативній діяльності. При цьому науковець зазначає, що цей вид культури ґрунтується на знаннях норм, цінностей, взірців поведінки і вміннях легко встановлювати контакт у процесі спілкування, вчасно проявляти гнучкість і тактовність, володіти вербальними і невербальними засобами комунікації та мовним етикетом [192, с. 81].

Трактуючи комунікативну культуру в межах даного підходу, Г. Медведь зазначає, що вона як невід’ємна складова особистості допомагає людині знайти своє місце в соціумі, дозволяє правильно орієнтуватись у будь-якій комунікативній ситуації та уміло використовувати комунікативні знання і вміння, сприяє залученню особи до духовних цінностей суспільства, самоствердженню і взаєморозумінню [131, с. 30]. В. Садова вважає, що комунікативна культура передбачає наявність високих моральних якостей особистості, зосереджує в собі мистецтво мовлення, слухання, сприйняття і належного розуміння, сприяє формуванню щирих стосунків, досягненню ефективної взаємодії на основі спільних інтересів [196, с. 6-7].

Подібні погляди на сутність досліджуваного явища має Е. Яценко. Дослідниця стверджує, що комунікативна культура як особистісне утворення охоплює знання про етикетні норми спілкування, систему морально

зорієнтованих комунікативних якостей і вмінь, що мають особистісний сенс і регулюють поведінкові аспекти комунікації [249, с. 7].

Важливою в контексті нашого дослідження є позиція Ю. Юсеф, яка в межах даного підходу визначає комунікативну культуру майбутніх медиків як «інтегративне особистісне утворення, яке включає знання про етикетні норми та вміння спілкування, що регулює неконфліктні відносини з пацієнтами, їхніми родичами та зі своїми колегами-медиками у процесі міжособистісного спілкування» [247, с. 148].

Інша точка зору на комунікативну культуру полягає у розумінні її як набутої якості особистості, котра сприяє адаптації в суспільстві, організації міжособистісної взаємодії, досягненню високого рівня професіоналізму. Прихильники цього бачення тлумачать комунікативну культуру як складну якість особистості, яка зумовлена ціннісними орієнтаціями і специфікою професійної діяльності та включає в себе професійно-особистісні якості, мотиви, норми, установки, комунікативні, інтерактивні та перцептивні вміння [139, с. 15; 188, с. 10]; як універсальну характеристику особистості, що представлена етичними та процесуально-діяльнісними досягненнями фахівця в його професійній комунікативній взаємодії, яка здійснюється шляхом оперування смислами на основі використання знакових систем [206, с. 39].

Розвиваючи цю точку зору, З. Побєжимова констатує, що така якість особистості визначає принципи і способи організації комунікативної діяльності, в якій комунікативні установки і ціннісні ставлення є факторами здійснення міжособистісної взаємодії [173, с. 12]. На думку Л. Станкевич, комунікативна культура є особистісною властивістю, компонентами якої є соціокультурні цінності, набуті знання та професійні вміння, потрібні для включення у професійне та культурне середовище [215, с. 8].

На наш погляд, визначення, запропоноване О. Уваркіною, підсумовує окреслені вище точки зору в межах даного підходу. Комунікативна культура розглядається дослідницею «як свідомо, цивілізована властивість особистості, яка базується на рисах характеру, її особистих якостях, комунікативних та

організаторських схильностях, потрібності у спілкуванні і контакті з іншими особами, що формується на основі отриманих знань та вмінь і виражається в умінні виконувати комунікативну діяльність у нових умовах» [232, с. 55].

Ще один підхід до розуміння комунікативної культури трактує її як систему окремих компонентів, необхідних для ефективного здійснення комунікативної діяльності. Прихильники цього підходу співвідносять досліджуване поняття з сукупністю знань, норм, цінностей, якостей, комунікативних умінь, взірців поведінки, котрі допомагають особі діяти відповідно до культурних стандартів оточення [55, с. 10]; з набором умінь і навичок, що забезпечують доброзичливу взаємодію людей, результативне вирішення різноманітних комунікативних завдань [133, с. 11]; з сукупністю знань щодо норм організації комунікативної взаємодії та практичних умінь їх використовувати у певній комунікативній ситуації [222, с. 8]; з комплексом умінь і навичок у сфері засобів спілкування і законів міжособистісної взаємодії, котрі сприяють взаєморозумінню, ефективному вирішенню задач спілкування [237, с. 25]; з системою поглядів і дій, що слугують особі моделлю орієнтації для забезпечення потреби самореалізації та способом досягнення цілей у процесі міжособистісної комунікації [227, с. 7]; з комплексом цінностей, комунікативних умінь, норм і моделей поведінки, що сприяють встановленню міжособистісної взаємодії [225, с. 15].

Важливими для нашого дослідження є погляди С. Герасименко на сутність поняття *комунікативна культура майбутнього медичного працівника*, яке трактується у контексті зазначеного підходу як система компонентів, що охоплює ціннісні установки, мовленнєві й етичні знання, вміння, навички, жести, символи і досвід, котрі використовуються людиною в комунікативній діяльності [38, с. 36].

Отже, на основі проведеного вище аналізу наукових джерел ми визначаємо *професійно-комунікативну культуру майбутніх сімейних лікарів як складне динамічне особистісне утворення, що охоплює систему цінностей, спеціальних комунікативних знань та вмінь, особистісних якостей, взірців поведінки, норм і правил здійснення професійної комунікативної діяльності, котрі пов'язані зі*

специфікою професії і забезпечують високу ефективність професійної взаємодії сімейних лікарів.

Послугуючись тлумаченням О. Новікова педагогічного сенсу поняття *формування* [142, с. 242], під формуванням професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів ми розумітимемо процес цілеспрямованого педагогічного впливу на особистість майбутніх фахівців з метою розвитку в них цього особистісного утворення.

Дослідження професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів передбачає також виділення її складових елементів. З цією метою було проведено аналіз психологічних та педагогічних наукових джерел [15; 33; 34; 38; 55; 97; 122; 133; 136; 139; 173; 192; 196; 215; 221; 225; 229; 232; 233; 247; 249], що розкривають структуру комунікативної культури представників різних вікових груп і різних сфер професійної діяльності. Результати аналізу подано в Додатку А.

Вивчення та узагальнення наукових праць виявило, що науковці висловлюють різноманітні погляди на дану проблему. Однак, можна зробити висновок, що основними компонентами комунікативної культури вважаються мотиви, знання, цінності, особистісні якості, комунікативні вміння та навички.

Проведений аналіз та врахування специфіки професійної діяльності сімейних лікарів надає підстави виділити чотири компоненти професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів:

- 1) мотиваційний – мотиви, що спонукають майбутніх фахівців до оволодіння професійно-комунікативною культурою та набуття усіх необхідних для цього знань, умінь, якостей;
- 2) особистісно-ціннісний – комунікативно значущі якості особистості та система цінностей, що складають аксіологічну основу цього виду культури;
- 3) когнітивний – знання, які забезпечують теоретичну готовність майбутнього фахівця до комунікативної діяльності;
- 4) практично-діяльнісний – комунікативні вміння, необхідні для успішного здійснення професійної комунікації.

Слід зазначити, що в науково-педагогічній літературі поняття комунікативної культури тісно пов'язано з поняттям комунікативної компетентності, що дає нам підстави уточнити значення останнього.

Насамперед наведемо визначення терміну *компетентність*, запропоновані сучасними педагогічно-довідковими виданнями. У словнику-довіднику з професійної педагогіки компетентність трактується як «спеціальним шляхом структуровані (організовані) набори знань, умінь, навичок і ставлень, які набуваються у процесі навчання, що дозволяють людині визначати, тобто ідентифікувати і розв'язувати незалежно від контексту (від ситуації) проблеми, що є характерними для певної сфери діяльності» [204, с. 85]. Інше тлумачення компетентності визначає її як засновану на життєвому досвіді, особистісних цінностях, нахилах і здібностях здатність людини до практичної діяльності, до вирішення життєвих проблем [142, с. 80].

У законі України «Про вищу освіту» вказано, що компетентність – це «динамічна комбінація знань, вмінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, яка визначає здатність особи успішно здійснювати професійну та подальшу навчальну діяльність і є результатом навчання на певному рівні вищої освіти» [178]. У Державному стандарті базової і повної загальної середньої освіти, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 23.11.2011, розкрито зміст комунікативної компетентності як здатності особистості застосовувати у конкретному виді спілкування знання мови, способи взаємодії з людьми, навички роботи у групі, володіння різними соціальними ролями [50, с. 34].

Зауважимо, що на даний час в наукових дослідженнях ще триває теоретичний аналіз і осмислення категорії *комунікативна компетентність*, розширюється її змістове наповнення. Наразі немає однозначного погляду на її сутність, однак аналіз психологічних та педагогічних джерел дав можливість виділити основні підходи до вирішення цього питання.

Один з підходів полягає у тлумаченні досліджуваного поняття як здатності встановлювати і підтримувати необхідні контакти з людьми. Зокрема,

С. Макаренко називає комунікативну компетентність «заснованою на знаннях та чуттєвому досвіді здатність особистості орієнтуватися в ситуаціях спілкування, розуміти мотиви, інтенції, стратегії поведінки, фрустрації як свої власні, так і партнерів, володіння технологією та психотехнікою спілкування» [120, с. 6]. Близькою до цієї позиції є точка зору О. Добротвор, яка під комунікативною компетентністю розуміє здатність особистості здійснювати цілеспрямовану продуктивну взаємодію з іншими для досягнення взаєморозуміння та колективного вирішення життєвих та навчальних проблем [52, с. 9].

Уточнюючи значення цієї категорії, С. Скворцова та Ю. Вторнікова зазначають, що вона є «інтегративним особистісним утворенням, що виявляється у процесі комунікації як здатність актуалізувати та застосовувати одержаний досвід комунікативної діяльності та індивідуально-психологічні якості особистості для досягнення комунікативної мети» [200, с. 22]. У контексті даного підходу Л. Пляка вважає комунікативну компетентність фахівця здатністю особи в межах професійних обов'язків та соціального статусу успішно встановлювати і підтримувати професійне спілкування [172, с. 7].

За іншим підходом науковці трактують цей термін шляхом ототожнення його зі знаннями, вміннями і навичками, необхідними для здійснення комунікації. Так, Є. Руденський зазначає, що комунікативна компетентність охоплює знання норм і правил спілкування, володіння його технологією [193, с. 107]. Т. Бутенко, О. Волченко та Н. Стеценко розглядають комунікативну компетентність сучасного фахівця як сукупність комунікативних знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективне виконання комунікативної функції у професійній діяльності, а також готовність до їх адекватного використання [22, с. 8; 32, с. 10; 216, с. 190]. На думку О. Корніяки, комунікативна компетентність – це «складно організоване, внутрішньо суперечливе поєднання комунікативних знань і вмінь, що відображають цілі та результати здійснюваної суб'єктом спілкування комунікативної діяльності» [96, с. 35].

Підтримуючи дану позицію, І. Гуменна вважає, що комунікативна компетентність сімейного лікаря полягає у засвоєнні ним норм та правил усної і

писемної мови, а також у вмінні застосовувати їх у різних ситуаціях [43, с. 31]. Дещо розширюють таке трактування С. Мітіна та М. Тимофієва, констатуючи, що комунікативна компетентність лікаря передбачає наявність у нього професійно важливих якостей, певних професійних переконань, а також комунікативних умінь та навичок, необхідних для медичної взаємодії, побудови терапевтичного діалогу з пацієнтом [134, с. 57; 226, с. 9]. У свою чергу, В. Дуброва характеризує комунікативну компетентність лікаря як рівень сформованості міжособистісного та професійного досвіду взаємодії з оточуючими [53, с. 63].

Окрім цього, сутність досліджуваного поняття досить часто вбачають у сукупності внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови комунікативної взаємодії. Дане положення відображено у праці А. Хом'як, яка тлумачить комунікативну компетентність як «систему внутрішніх ресурсів ефективної взаємодії людини з іншими людьми завдяки її адекватній орієнтації у власному психологічному потенціалі й потенціалі партнера, у комунікативній ситуації та задачі» [238, с. 10]. Аналогічні наукові погляди мають С. Мащак та І. Черезова, називаючи ролі, стереотипи, установки, знання, вміння та навички внутрішніми ресурсами, що забезпечують ефективне спілкування та утворюють комунікативну компетентність [130, с. 443; 242, с. 107].

У деяких дослідженнях комунікативну компетентність вважають якістю особистості. Наприклад, О. Кравченко-Дзондза вважає це явище якісною характеристикою фахівця, що охоплює комунікативні знання, вміння, навички, здібності, особистісні якості, від рівня сформованості яких залежить успіх професійної діяльності [100, с. 15]. У науковій праці Д. Годлевської даний термін трактується як складна інтегративна якість особистості, що опосередковує професійну діяльність фахівця, спрямовану на налагодження, підтримку і розвиток плідної взаємодії з іншими [41, с. 10]. Подібне тлумачення комунікативної компетентності лікаря пропонує Л. Васильєва, вважаючи її багаторівневою, інтегральною якістю особистості, яка забезпечує здійснення ефективної комунікації, встановлення і розвиток результативних контактів з усіма учасниками лікувально-профілактичного процесу [23, с. 172].

Аналіз сутності поняття комунікативної компетентності дає підстави вважати її здатністю особистості застосовувати комунікативні знання, вміння та навички для вирішення конкретних комунікативних завдань. Результати аналізу змісту та структурних компонентів професійно-комунікативної культури вказують на те, що знання та вміння формують значну її частину, але не є рівнозначними їй. Тож ми вважаємо професійно-комунікативну культуру ширшим явищем ніж комунікативна компетентність і розглядаємо останню як елемент професійно-комунікативної культури сімейного лікаря.

Отже, підводячи підсумки викладеного вище, ми приходимо до висновку, що володіння професійно-комунікативною культурою надає можливість сімейному лікареві діяти відповідно до культурних стандартів оточення, правильно орієнтуватися у різних комунікативних ситуаціях у процесі професійної діяльності, враховувати індивідуальні особливості учасників комунікації, уміло використовувати комунікативні знання і вміння. Вона є необхідною умовою взаєморозуміння, доброзичливої та результативної взаємодії учасників професійної комунікації, забезпечує успішне вирішення різноманітних професійно-комунікативних завдань.

1.2. Критерії, показники та рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів

Важливою умовою проведення подальшої дослідної роботи є визначення та обґрунтування критеріїв і показників сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, що дозволять відстежити динаміку розвитку цього особистісного утворення.

Система критеріїв відображає формування різних сторін і якостей особистості. Поняття *критерій* в енциклопедичних словниках визначається як «мірило для визначення, оцінки предмета, явища; ознака, взята за основу класифікації» [203, с. 305], «підстава для оцінки, визначення або класифікації чогось» [25, с. 588]. У педагогічній теорії під цим поняттям розуміють об'єктивну

сутнісну характеристику, за допомогою якої проводять порівняльну оцінку певного явища, виявляють ступінь якісних і кількісних його змін [90, с. 149]. В. Загвязінський зазначає, що критерій – це узагальнений показник розвитку системи, успішності діяльності, основа для класифікації [66, с. 199]. А. Семенова визначає критерій як «мірило оцінки, судження, необхідна та достатня умова проявлення або існування якогось явища чи процесу» [204, с. 95]. Беручи до уваги наведені дефініції, у нашому дослідженні критерій розглядаємо як ознаку, що дозволяє оцінити рівень сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Кожен критерій має свою систему показників, що характеризують певний його аспект. Словник з освіти та педагогіки пояснює, що показник – це явище чи подія, по яких можна робити висновки щодо перебігу якогось процесу [175, с. 159]. Як стверджують В. Кручек та О. Васюк, показники є проявами критерію і відображають якісні й кількісні зміни суб'єктів освітнього процесу [105, с. 100]

З метою виявлення критеріїв сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів було проведено аналіз сучасних психологічних та педагогічних досліджень, що вивчають проблему комунікативної культури майбутніх фахівців. Результати аналізу засвідчили існування різних підходів до вирішення означеної проблеми. Так, В. Барковський ступінь розвитку комунікативної культури у працівників кримінальної міліції визначає за критеріями: розвиток необхідних понять про професійне спілкування; характер організації професійного спілкування; використання найважливіших способів професійного спілкування [10, с. 7].

Для оцінки комунікативної культури студентів відділення іноземних мов педагогічного коледжу Н. Бітюцкая розробила чотири групи комплексних критеріїв: ціннісне відношення до людини, майбутньої професії і культури власної країни та країни, мова якої вивчається; володіння лінгвістичним кодом мови; ступінь технологічної готовності до спілкування; ступінь творчої самореалізації у спілкуванні [15, с. 14].

Для вивчення сформованості комунікативної культури студентів вищих технічних навчальних закладів К. Галацин застосовує пізнавальний, мотиваційно-ціннісний, поведінково-діяльнісний та особистісний критерії. Показниками пізнавального критерію науковець визначає наявність системи комунікативних знань, а показниками мотиваційно-ціннісного критерію – інтереси, потреби, установки на комунікативну діяльність, мотивацію професійної діяльності, орієнтацію на партнерство у взаємодії. До показників поведінково-діяльнісного критерію віднесено комунікативні вміння та навички, рефлексивність і креативність дій, самостійність дій, соціальний інтелект; а до показників особистісно-ціннісного критерію – емоційну сприйнятливність, оцінку та самооцінку особливостей комунікативної діяльності, почуття власної гідності, повагу до опонента, готовність до духовної взаємодії, толерантність, емпатію і мовленнєву грамотність [34, с. 9].

С. Герасименко вирізняє критерії сформованості комунікативної культури майбутніх медичних працівників відповідно до її структурних компонентів. Критеріями емоційного компоненту науковець вважає знання своїх емоцій, управління емоціями, емпатію, розуміння невербальної мови, атракцію. Критерії когнітивного компоненту включають у себе систему цінностей, переконань і відношень, комунікативні й мовні знання та вміння, творче мислення, рефлексію, самоконтроль. Планування інтеракції і стратегії взаємодії, структурованість взаємодії, комунікативна спрямованість визначаються дослідницею як критерії поведінкового компоненту [38, с. 205-206].

Зазначаючи, що критеріями комунікативної культури соціальних інспекторів є інформаційно-пізнавальний, мотиваційно-ціннісний та операційно-діяльнісний, Г. М'ясоїд до показників першого з них відносить професійно-етичні якості та усвідомленість власного рівня комунікативної культури; до показників другого – цінності та мотивацію; а до показників останнього – процесуальні комунікативні, інтерактивні та перцептивні вміння [139, с. 9-10].

Для аналізу професійної комунікативної культури інженера зв'язку у дослідженні Г. Медведь були виокремлено мотиваційний, змістово-операційний

та особистісний критерії. Науковець вважає показниками мотиваційного критерію зовнішню і внутрішню мотивацію майбутнього фахівця до опанування цим видом культури, показниками змістово-операційного критерію – засвоєння комунікативних знань і розвиток комунікативних умінь, а показниками особистісного – комунікативні якості, суттєві для професійної комунікативної культури [131, с. 110-124].

Вивчення сформованості комунікативної культури студентів закладів вищої медичної освіти було здійснено О. Уваркіною шляхом застосування когнітивного, інструментального й емоційного критеріїв. Когнітивний критерій відображає ступінь усвідомленості участі в спілкуванні та рівень засвоєння знань про норми й цінності спілкування, комунікативні алгоритми. Емоційний критерій характеризується рівнем емоційної захопленості міжособистісними стосунками, рівнем задоволення процесом і результатом комунікації. Інструментальний критерій відображає рівень оволодіння комунікативними вміннями, засобами рефлексії й ефективної взаємодії [232, с. 91-108].

С. Тарасенко критеріями сформованості фахової комунікативної культури курсантів військових інститутів вважає цільовий, когнітивний, діяльнісний та рефлексивний. Показниками цільового компоненту визначено зовнішню і внутрішню мотивацію, професійне спрямування мовлення, ціннісні орієнтації. Когнітивний критерій оцінює знання дисциплін гуманітарного циклу, інтегровані вміння й навички, пов'язані з виконанням фахових комунікативних функцій; а діяльнісний – вміння встановлювати міжособистісну взаємодію на засадах діалогу культур, передбачати і попереджувати конфліктні ситуації, здійснювати ефективне професійне спілкування. Рефлексивний критерій запропонованої системи характеризується такими показниками, як вміння аналізувати результати своєї діяльності та коригувати свою поведінку у процесі комунікації [221, с. 12].

Аналіз комунікативної культури студентів навчальних закладів економічного профілю Е. Яценко здійснює, застосовуючи когнітивний, емоційно-ціннісний та поведінковий критерії. Показниками когнітивного критерію визначаються розуміння сутності комунікативної культури та необхідних для неї

якостей, знання етикетних норм та факторів, що впливають на формування комунікативної культури. До показників емоційно-ціннісного критерію віднесено емоційно-позитивне ставлення до етикетних норм спілкування, прагнення їх застосовувати, адекватну самооцінку, розвиток емпатії. Поведінковий критерій характеризується розвитком комунікативних здібностей, проявом емпатії, вмінням дотримуватися етикетних норм [249, с. 8].

Визначаючи критерії сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх лікарів, ми врахували окреслені О. Новиковим вимоги, яким вони повинні відповідати:

- 1) об'єктивність, тобто можливість оцінювати досліджувану ознаку однозначно, не допускати спірних оцінок;
- 2) адекватність, валідність – здатність оцінювати те, що необхідно оцінити;
- 3) нейтральність по відношенню до досліджуваних явищ [141, с. 58].

Під час аналізу джерельної бази ми прийшли до висновку, що система критеріїв для визначення рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів має бути логічно пов'язаною з її структурою, охоплювати всі елементи цього явища. Спираючись на наукові погляди В. Макаренка [119], Е. Манжос [125], Н. Мітрової [133], М. Разорьоновой [188], В. Садової [196], Р. Слухенської [205], О. Ткачук [230], Е. Ященко [249], які в своїх дослідженнях ототожнюють складові й критерії сформованості досліджуваного явища, ми визначаємо критерії, які є ідентичними компонентам професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Таким чином критеріями, що слугуватимуть для визначення рівня розвитку цього виду культури у студентів-медиків в межах нашого дослідження, є мотиваційний, особистісно-ціннісний, когнітивний та практично-діяльнісний. Мотиваційний критерій характеризує мотивацію майбутніх сімейних лікарів до оволодіння професійно-комунікативною культурою. Особистісно-ціннісний критерій визначає сформованість комунікативно значущих якостей особистості майбутнього сімейного лікаря та його ціннісних орієнтацій, котрі є аксіологічною основою цього виду культури. Когнітивний критерій відображає рівень засвоєння

знань, необхідних для формування теоретичної готовності майбутнього фахівця до комунікативної діяльності. Практично-діяльнісний критерій оцінює рівень оволодіння базовими комунікативними вміннями, що забезпечують ефективне здійснення професійної комунікації.

Проаналізуємо та охарактеризуємо кожен із визначених критеріїв професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів з метою визначення їхніх показників.

Розглянемо, перш за все, мотиваційний критерій.

Мотиви – це джерело будь-якої активності людини та її психічного функціонування; суб'єктивна причина людської поведінки; психічне явище, яке стимулює особу до вибору певного способу дії та її виконання [204, с. 113]. А. Реан вважає мотив внутрішнім спонуканням особи певного виду активності, котра пов'язана із задоволенням певних потреб [189, с. 84].

Мотивація майбутніх сімейних лікарів до оволодіння комунікативною культурою передбачає їхнє внутрішнє спонукання до цілеспрямованого особистісного й професійного розвитку, до засвоєння знань та оволодіння комунікативними вміннями, необхідними для успішної професійної комунікації, до формування комунікативно значущих особистісних якостей, засвоєння професійних цінностей.

У сучасній психологічній та педагогічній науковій літературі підкреслюється провідна роль мотивації як основної рушійної сили навчально-професійної діяльності та важливого чинника забезпечення навчальних досягнень майбутніх фахівців. Експериментально було доведено, що студенти з високим і з низьким рівнем навчальної успішності відрізняються один від одного не рівнем інтелекту, а саме сформованістю мотивації навчальної діяльності [189, с. 86-90].

Під навчальною мотивацією розуміють причини, котрі спонукають особу до навчання, формують готовність до пізнавальної діяльності, сприяють розвитку наполегливості, відповідальності, цілеспрямованості та інших вольових якостей особистості, необхідних для успішного навчання [174, с. 159]. Навчальні мотиви також виступають у ролі чинників, що спонукають особу відвідувати навчальний

заклад, виконувати вимоги викладачів, реалізовувати свої здібності, робити зусилля для подолання труднощів [184, с. 50].

На нашу думку, саме навчальні мотиви стимулюють майбутніх фахівців до оволодіння професійно-комунікативною культурою, оскільки вони спрямовують особу на досягнення успіху у навчальній діяльності, а сформованість комунікативної культури є одним з результатів цієї діяльності.

Як зазначає А. Маркова, важливе місце в структурі навчальних мотивів займають мотиви досягнення, які ще називають мотивацією успіху. Ці мотиви проявляються у постановці нових цілей, прагненні особи до успіху у процесі постійного змагання з собою, бажанні досягнути все вищих результатів [126, с. 124]. Порівнюючи мотивацію успіху та протилежну їй мотивацію уникнення невдачі, А. Реан зазначає, що у першому випадку в основі активності особистості лежить потреба досягнути бажаного результату усіма доступними засобами, віра у власні сили, при цьому особа починає діяльність з метою набуття чогось конструктивного, позитивного. При мотивації уникнення невдачі активність особистості стимулюється потребою уникнути негативних наслідків, засудження чи покарання. Починаючи діяльність, особа з таким типом мотивації заздалегідь боїться можливої поразки, зосереджується на способах її уникнення, а не на шляхах досягнення успіху. Особи, мотивовані на успіх, характеризуються як ініціативні, активні, самостійні та наполегливі у досягненні своєї мети. Такі особи ставлять перед собою реалістичні цілі, прикладають усі сили для їх досягнення і прагнуть знайти способи подолання перешкод, що виникають на їх шляху. На противагу їм, особи, у яких домінує мотивація уникнення невдач, менш ініціативні, при виконанні відповідальних завдань шукають причини відмови від них, відрізняються меншою наполегливістю у їх виконанні [189, с. 86-90].

Отже, очевидним є позитивний вплив мотивації успіху на навчальну активність студентів, їх професійний розвиток, оскільки вона пов'язана з прагненням досягнути високих результатів у навчанні та майстерності у професійній діяльності. На нашу думку, цей вид мотивації відіграє важливу роль у формуванні професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів,

оскільки людина, мотивована на успіх, наполегливо працює і прикладає максимум зусиль для досягнення високого рівня професіоналізму, невід'ємною частиною якого є сформованість даного виду культури.

Аналіз праць [73; 174; 218], присвячених навчальній мотивації майбутніх фахівців, виявив, що вона значною мірою обумовлена мотивами вибору професії, які визначають ставлення особи до майбутньої професії, впливають на ставлення до навчання в цілому, стимулюють самостійну навчальну роботу, сприяють особистісному та професійному самовдосконаленню.

Мотиви вибору професії зазвичай розділяють на дві групи – зовнішні та внутрішні. До зовнішніх мотивів відносяться вимоги батьків, очікування матеріальної вигоди, соціальний престиж роботи, честолюбство, наслідування друзів, бажання працювати чи навчатися близько від дому тощо. За умов такої мотивації саме навчання не є ціллю діяльності особи, тому воно часто має вимушений характер, сприймається байдуже, чи, навіть, може викликати неприязнь. Зовнішньо мотивовані студенти менше занурені у навчальну діяльність, засвоюють навчальний матеріал для близької цілі, після відтворення швидко його забувають, віддають перевагу вибору простіших завдань, не проявляють самостійності, ініціативності та креативності у процесі навчальної діяльності.

До внутрішніх мотивів вибору професії відносять ті, що спонукають особу до навчання як до своєї мети – інтерес до професії, бажання в майбутньому займатися саме цією професійною діяльністю, усвідомлення суспільного значення професії та прагнення бути корисним людям і суспільству, бажання розвивати свої розумові і творчі здібності, реалізуватися в обраній професії. Внутрішня мотивація пов'язана з вищим рівнем креативності та когнітивної гнучкості, переважанням позитивних емоцій, інтересу і задоволення від роботи. Внутрішньо мотивовані студенти мають потребу оволодіти професією на високому рівні, зорієнтовані на одержання міцних професійних знань, активніші й свідоміші у процесі навчання. Серед внутрішніх мотивів професійного вибору розрізняють соціально значущі та індивідуально значущі мотиви. Соціально значущі мотиви

відображають прагнення особи принести користь суспільству і включають у себе усвідомлення користі професії для інших, почуття обов'язку і відповідальності перед суспільством, бажання приносити користь людям. Індивідуально значущі мотиви пов'язані з бажанням людини розвивати свою особистість та охоплюють потяг до певних наук, прагнення вдосконалюватися інтелектуально і фізично, реалізувати свої здібності, самореалізуватися в обраній професії тощо [174, с. 159-161; 218, с. 83].

Об'єктивно, сенсом лікарської професії є служіння людям. Серед основних вимог – внутрішня потреба допомогти хворим, присвяти себе медицині, приносити користь суспільству [195, с. 207]. Це доводить, що у виборі професії вирішальними є внутрішні соціально значущі мотиви.

Отже, ми вважаємо, що мотиви вибору професії майбутніх сімейних лікарів, спонукаючи студентів до навчання як до своєї мети, стимулюючи їх постійно працювати над своїм професійним розвитком, мають значний вплив на формування професійно-комунікативної культури. Важливого значення при цьому набуває домінування у майбутніх фахівців внутрішніх соціально значущих мотивів вибору професії, що відображають зміст лікарської професії – прагнення особи принести користь суспільству і допомагати людям.

За твердженням Є. Ільїна, важливу роль у структурі мотивації навчальної діяльності відіграє також прагнення особи до самовдосконалення, завдяки якому, здійснюється формування особистості, розвиток її здібностей, здобуття знань та вмінь [73, с. 225]. У професійній сфері цей мотив проявляється як постійне бажання підвищувати свій професійний рівень, вдосконалювати себе як майбутнього фахівця. Відповідно, професійний розвиток майбутнього сімейного лікаря та формування його професійно-комунікативної культури як важливого компоненту його професіоналізму значним чином залежить від прагнення особи стати висококваліфікованим фахівцем, бажання самостійно працювати над собою.

Намагаючись виявити механізми виникнення прагнення до самовдосконалення, деякі вчені-психологи прийшли до висновку, що воно носить вроджений характер і присутнє у переважної більшості людей. Наприклад,

основним принципом теорії А. Адлера є твердження, що життя людини не можливе без постійного руху у напрямку росту і вдосконалення, а бажання вдосконалювати себе пов'язане з прагненням особи до відчуття повноцінності й цілісності, до переваги над природою та в соціальних відносинах [2, с. 7].

Інші дослідники вбачають причини формування потреби у самовдосконаленні у незадоволеності собою, у внутрішньому прагненні особи досягти певного ідеалу. Зокрема, Л. Рувинський зазначає що, прагнення до самовдосконалення виникає внаслідок усвідомлення людиною протиріччя між власними інтересами, цілями, бажаннями та рівнем розвитку необхідних для їх здійснення особистих сил, переживання того, що бажана ціль не досягнута через свої недоліки і слабкості [191, с. 23]. Це положення підтримує І. Кон, вважаючи, що провідну роль у процесі особистісного самовдосконалення відіграє висока самокритичність, вибір настільки високого ідеалу, що у порівнянні з ним власні досягнення і якості здаються незначними. Розбіжність реального та ідеального «Я» вчений вважає нормальним наслідком розвитку самосвідомості та джерелом самовдосконалення [92, с. 99-105]. Є. Ільїн до передумов виникнення прагнення до самовдосконалення відносить наявність у людини потреби у самоповазі та схваленні іншими, відмінність «Я» реального та ідеального, самооцінку і самовідношення, що виникає в результаті цієї відмінності [73, с. 225].

Витоки професійного самовдосконалення, на думку І. Бека, знаходяться у створенні образу майбутньої професійної діяльності та образу себе у ній [13, с. 265-269]. Продовжуючи цю думку, В. Жуков зазначає, що в основі прагнення до професійного самовдосконалення лежить психологічний механізм постійного подолання протиріччя між «Я-реальним професійним» та «Я-ідеальним професійним» [183, с. 250-251]. Погоджуються з такою позицією Л. Подоляк та В. Юрченко, зазначаючи, що професійне самовдосконалення відбувається тоді, коли зовнішні вимоги до майбутнього фахівця перетворюються у внутрішні, а навчально-професійна діяльність стає значущою для особи [174, с. 83-84].

Таким чином, прагнення до професійного самовдосконалення виникає внаслідок сформованості образів «Я-реальне професійне» та «Я-ідеальне

професійне», самоаналізу та бажання досягти професійного ідеалу, усвідомлення вимог суспільства і професії до власної особистості, їх сприйняття та прагнення їм відповідати. Це прагнення виступає як потужний мотив, що стимулює людину самостійно змінювати власну особистість з метою досягнення вершин особистісного, професійного та культурного розвитку.

Отже, аналіз наукової літератури дозволив окреслити мотиви, що спонукають майбутніх фахівців до оволодіння професійно-комунікативною культурою, набуття усіх необхідних для цього знань, умінь, якостей. У контексті нашого дослідження до таких мотивів ми відносимо мотивацію успіху, мотиви вибору професії, прагнення до професійного самовдосконалення, які вважаємо показниками мотиваційного критерію сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Особистісно-ціннісний критерій відображає сформованість комунікативних якостей особистості майбутнього сімейного лікаря та системи цінностей, що складають аксіологічну основу професійно-комунікативної культури.

У сучасних психологічних та педагогічних дослідженнях загальновизнаним є той факт, що професійна підготовка фахівця передбачає оволодіння ним професійними знаннями, вміннями, навичками, а також формування і розвиток професійно важливих якостей – психологічних характеристик особистості, що визначають продуктивність і результативність професійної діяльності [91, с. 21]. Оскільки професія сімейного лікаря відноситься до типу «Людина – людина», його професійні обов'язки включають у себе не тільки організацію процесу лікування, а й безпосереднє спілкування з пацієнтами, здійснення та регулювання процесу професійної комунікації. Це вимагає сформованості у фахівця певних комунікативних якостей, які сприятимуть встановленню контакту з партнером і ефективному вирішенню комунікативних завдань. У педагогічній науці під комунікативними якостями фахівців розуміють такі вольові характеристики і риси характеру, що своєрідно виражають якісне ставлення особи до інших, забезпечуючи цим ефективне формування комунікативної культури [232, с. 78].

У психологічній та педагогічній літературі детально проаналізовано якості особистості, що впливають на ефективність комунікації. Такими рисами є екстравертність, емпатійність, толерантність, мобільність, ввічливість, коректність, тактовність, скромність, доброзичливість, ініціативність, конкретність, безпосередність, відкритість, комунікабельність, контактність, урівноваженість, щирість, відповідальність, комунікативність, рівноправність [71, с.11; 74, с. 70-84; 85, с. 114-115; 131, с. 117-118; 233, с. 11-12; 249, с. 7].

Вагоме значення для нашого дослідження мають роботи, присвячені аналізу комунікативних якостей лікарів. Зокрема, Г. Красножон основою комунікативної культури фахівців-медиків називає ввічливість, коректність і тактовність [101]. І. Вітенко підкреслює, що успіх встановлення позитивного комунікативного контакту сімейного лікаря з пацієнтом ґрунтується на таких моральних якостях фахівця як співчуття, працелюбність, увага, скромність, доброзичливість, пунктуальність, чесність, принциповість, гідність [29, с. 24]. Найважливішими серед комунікативних якостей майбутніх лікарів О. Корж вважає гнучкість спілкування, емпатійність та рефлексивність, від рівня сформованості яких залежить характер стосунків між лікарем і пацієнтом [95].

У дослідженні О. Уваркіної до комунікативно значущих якостей особистості лікаря віднесено також довірливість, ініціативність, наполегливість, відкритість, самоповагу, стриманість, готовність відстоювати свою точку зору [232, с. 79]. Подібних поглядів дотримується М. Філоненко, визначаючи комунікативними якостями лікаря авторитет, готовність допомогти, повагу до інших, уважність, комунікабельність, спостережливість, довіру [235, с. 132]. Важливою для нашого дослідження є також точка зору Я. Цехмістера стосовно професійно значущих якостей майбутнього лікаря, до яких було віднесено чуйність, уважність, доброту, милосердя, безкорисливість, терплячість, відповідальність тощо [241, с. 37].

Отже, аналіз поглядів науковців на проблему особистісних властивостей, що сприяють успішній професійній комунікації, дає можливість визначити

основні комунікативні якості, необхідні для формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів:

- доброзичливість – здатність проявляти добре ставлення, прихильність, приятельство партнеру по комунікації, готовність зробити добро іншому, принести користь [25, с. 307];
- емпатійність – якість особистості, що передбачає її здатність проникати за допомогою почуттів у душевні переживання людей, співчувати їм, розділяти їх переживання, здатність уявити себе на місці іншого [90, с. 395];
- комунікабельність – риса особистості, яка виявляється у здатності до встановлення контактів, до спілкування, у товарищескості [174, с. 326];
- рефлексивність – якість, що виявляється у здатності особистості критично оцінювати свої дії та змінювати відповідно до цього своє мислення і діяльність [174, с. 338];
- урівноваженість – моральна якість, яка проявляється у здатності та звичці людини контролювати чуттєву сторону своєї психіки, підпорядковувати свою діяльність вирішенню свідомо поставлених перед собою задач і вимогам суспільства [202, с. 292].

Важливою у межах нашого дослідження є позиція фахівця з філософії культури П. Гуревича, котрий вважав, що кожна культуру можна представити як набір конкретних цінностей, котрі розділяються більшістю її представників і виступають духовними опорами особистості, що впорядковують дійсність, надають сенсу людському існуванню [44, с. 137-138]. Відповідно, професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів, ґрунтується на певних цінностях, що утворюють основу свідомості та поведінки фахівця, визначають його ставлення до професії, до себе як фахівця та до оточуючих.

Слід зазначити, що поняття цінностей виникає на перетині наук про людину і суспільство, тому існує багато підходів до його розуміння.

У філософському сенсі воно вживається для позначення людського, соціального і культурного значення певних предметів та явищ дійсності, а також тих складових духовності, що відображають специфічне ставлення людей до

природних, соціальних і духовних явищ з точки зору їх значущості [102, с. 587]. Узагальнивши аксіологічні теорії різних філософських напрямків, Н. Худякова виокремила основні положення щодо цінностей:

- головна регулятивна функція цінностей полягає у визначенні спрямованості поведінки й діяльності особи при встановленні її відносин з дійсністю;
- цінність завжди фіксує прагнення людини до здійснення певного образу належної поведінки, що вважається необхідним та значущим само по собі;
- цінності є засобами подолання людиною певних суперечностей;
- система цінностей має ієрархічний характер;
- особа повинна усвідомлювати особистісні й суспільні цінності [240, с. 194].

У культурології сутність цінностей визначається як зафіксована у свідомості людини характеристика її ставлення до об'єкта [108, с. 134]; як позитивна чи негативна значущість об'єктів навколишнього світу для людини, соціальної групи чи суспільства [40, с. 193]. Соціологічний словник трактує дане поняття як «духовне формоутворення, що існує через моральні та естетичні категорії, теоретичні системи, утопічні образи, суспільні ідеали і виступає критерієм оцінки дійсності людиною» [213, с. 330].

Психологічні та педагогічні джерела визначають, що термін *цінність* «фіксує позитивне чи негативне значення будь-якого об'єкта і явища» [185, с. 209], або називають цінностями «синтез знань, почуттів, потягів і дій, що посідають важливе місце в загальній структурі особистості і сприяють визначенню життєвих позицій особистості»; «явища (сторони) природи і суспільства, потрібні людству в історично визначеному суспільстві, як дійсність, тема та ідеал» [204, с. 202].

Цінності як педагогічна категорія трактуються В. Сластьоніним як специфічні утворення в структурі індивідуальної чи суспільної свідомості, що є ідеальними зразками, орієнтирами діяльності особи і суспільства [201, с. 100].

Показником сформованості системи цінностей особи вважають наявність у неї ціннісних орієнтацій. У словнику з культурології зазначено, що ціннісні орієнтації – це «комплекс духовних детермінантів діяльності людей або окремої

особи, що містить уявлення, знання, інтереси, мотиви, потреби, ідеали, установки, стереотипи, переживання людей тощо» [40, с. 193]. А. Гусейнов назвав їх «системою координат» людини, оскільки цінності належать групі або суспільству, в той час як ціннісні орієнтації притаманні особистості і відображають її ставлення до цінностей [46, с. 179].

У психології та педагогіці під ціннісними орієнтаціями розуміють вибіркову, соціально обумовлену, стійку систему спрямованості інтересів і потреб особистості, яка визначає ставлення людини до сукупності матеріальних і духовних суспільних благ та ідеалів [42, с. 357; 185, с. 209; 90, с. 382].

У сучасних науково-педагогічних дослідженнях чітко розмежовуються поняття *цінність* та *ціннісні орієнтації*. Наприклад, Н. Антонова підкреслює, що цінність є формою прояву певного ставлення між суб'єктом і об'єктом, тоді як ціннісна орієнтація здійснюється конкретним суб'єктом, для якого цінності набули особистісного сенсу, стали значущими [7, с. 8]. А. Кир'якова зазначає, що ціннісні орієнтації – це ціннісне ставлення особистості до об'єктивних цінностей суспільства, яке виражається в їх усвідомленні та сприйнятті як потреб, що мотивують поведінку [86, с. 49]. Підкреслюючи індивідуальний характер ціннісних орієнтацій, Т. Калюжна трактує їх як «систему цінностей особистості, які орієнтують на основні цілі життєдіяльності, засоби їх досягнення і реалізують функцію найважливіших регуляторів поведінки і діяльності людини» [80, с. 23].

Слід зазначити, що ціннісні орієнтації мають значний вплив як на розвиток особистості, так і на всі види її діяльності. Вони акумулюють в собі увесь життєвий досвід особи, допомагають обрати правильний напрям поведінки у різних ситуаціях, відрізнити важливе від неважливого, позитивне від негативного. Варто відзначити провідну роль професійних ціннісних орієнтацій майбутнього фахівця у формуванні його особистості, оскільки вони займають основне місце у мотиваційно-регулятивній системі поведінки та професійної діяльності, впливаючи на зміст і спрямованість його потреб, мотивів, інтересів [123, с. 8].

Г. Кардашевська визначає професійні ціннісні орієнтації як вибіркоче стале ставлення людини до різних аспектів професійної діяльності, специфічних ознак

професійної праці, характеристик професії [82, с. 72]. У свою чергу Н. Шемигон вважає їх системою стійких відношень до професійної праці, які формуються на основі усвідомлених професійних цінностей і втілюються у професійній діяльності, визначаючи її зміст та шляхи досягнення професійних цілей [244, с. 7].

Особливого важливого значення система професійних ціннісних орієнтацій набуває для сімейного лікаря, оскільки вона стає центральним елементом у структурі його професійного образу, стимулює професійний та особистісний розвиток, активізує внутрішні механізми особистості, детермінує професійну поведінку та комунікацію, забезпечує зміст і спрямованість професійної діяльності. Професія лікаря неможлива без ціннісного ставлення фахівця до життя та здоров'я людини, без гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття, милосердя, доброзичливості, терплячості, порядності та справедливості [61, с. 30].

У рамках нашого дослідження ми розділяємо наукові погляди К. Куренкової, яка структурує систему професійних цінностей медичних працівників на чотири основні групи. Першу групу формують основні світоглядні цінності, що забезпечують соціальну спрямованість особистості медика (людина, життя, здоров'я, благо тощо). До другої групи автор відносить цінності, що регулюють відносини фахівця з людьми, які потребують його професійної допомоги, а також з їхніми родичами (соціальна зрілість, доброта, альтруїзм, милосердя, любов до людей, емпатія). Третя група охоплює ті цінності, що регламентують відносини з колегами (колегіальність, доброзичливість, професійна репутація, вимогливість). До четвертої групи входять цінності, котрі обумовлюють ставлення медика до себе як до фахівця (любов до медичної професії, професійне достоїнство, самокритичність, совісність) [113, с. 7-8].

У контексті дослідження проблеми професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів можемо стверджувати, що її сформованість вимагає ціннісних орієнтацій, які визначають ставлення студентів до своєї майбутньої професії, до себе як до фахівця та до людей, які потребують медичної допомоги. На наш погляд, до професійних ціннісних орієнтацій майбутніх сімейних лікарів,

що обумовлюють їхнє ставлення до себе та до медичної професії, слід віднести милосердя, доброзичливість, вимогливість, колегіальність, професійну репутацію, любов до медичної професії, професійне достоїнство.

Окремо розглянемо ціннісні орієнтації сімейного лікаря, що регулюють його ставлення до пацієнтів.

Етичний кодекс лікаря України вимагає від фахівця перш за все гуманного ставлення до людини [61, с. 30], що виводить на перший план важливість гуманістичних ціннісних орієнтацій у професійній діяльності лікаря. Сама лікувальна справа за своєю сутністю завжди була спрямованою на людину, збереження її життя і здоров'я. Тож гуманістичні цінності, що ставлять на перше місце безумовну цінність людини, забезпечують духовно-моральну основу професії лікаря.

Гуманістичні ціннісні орієнтації слід розглядати як ціннісне ставлення майбутніх сімейних лікарів до гуманістичних цінностей, що визначають як «сукупність значущих ідей, норм, принципів та ідеалів суспільної та особистої діяльності, які, виступаючи зразками добра, людяності, милосердя, визначають поведінку людини та покликані формувати усвідомлене, співчуваюче й виключно позитивне ставлення особистості до навколишньої дійсності» [128, с. 9]. До таких цінностей науковці відносять добро, людяність, свободу, працелюбність, відповідальність, толерантність, обов'язок, совість, віру в людину, альтруїзм, справедливість, ввічливість, моральність тощо [3, с. 15; 118, с. 9; 128 с. 9; 224 с. 10].

У дослідженні В. Кузнецової було запропоновано систему базових гуманістичних цінностей, яка, на нашу думку, забезпечує аксіологічну основу професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Ця система охоплює такі цінності: життя, доброта, співчуття, справедливість, совість, повага до людської гідності [106, с. 8].

Отже, проведений аналіз наукових праць, що досліджують ціннісну сферу майбутніх фахівців, дає можливість зробити висновок про те, що аксіологічну основу професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів

формують професійні ціннісні орієнтації, серед яких доцільно виділити дві групи – гуманістичні та власне професійні. У межах досліджуваної проблеми основними гуманістичними ціннісними орієнтаціями вважаємо життя, доброту, любов до ближнього, співчуття, справедливість, совість та повагу до людської гідності; основними професійними ціннісними орієнтаціями – милосердя, доброзичливість, вимогливість, колегіальність, професійна репутація, любов до медичної професії, професійне достоїнство.

Підводячи підсумки сказаного вище, зазначимо, що показниками особистісно-ціннісного критерію сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів ми визначаємо комунікативні якості, гуманістичні та професійні ціннісні орієнтації.

Когнітивний критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів виявляє ступінь засвоєння знань, необхідних для успішної професійної комунікації. Такі знання формують теоретичну основу комунікації, служать підґрунтям для розвитку практичних комунікативних умінь.

Філософський сенс поняття *знання* тлумачиться як «особлива форма духовного засвоєння результатів пізнання (процесу відтворення дійсності), яка характеризується усвідомленням їх істинності» [236, с. 228]. У психології знання розглядаються як «категорія, що відображає істотні моменти зв'язку між пізнавальною діяльністю та практичними діями людини» [185, с. 64]. У педагогіці знання визначають як результат процесу пізнання дійсності, адекватне її відображення у свідомості людини у вигляді уявлень, понять, думок, теорій; цілісну і систематичну сукупність наукових понять про закономірності природи, суспільства та мислення [181, с. 108]; перевірений суспільною практикою результат процесу пізнання; розуміння, збереження у пам'яті і відтворення фактів науки, понять, правил, законів, теорій [90, с. 92], «особливу форму духовного засвоєння результатів пізнання, процесу відображення дійсності, яка характеризується усвідомленням їх істинності» [42, с. 137];

Аналіз праць [12; 26; 27; 30; 59; 72; 74; 79; 99; 103; 168; 235], присвячених психології спілкування та основам комунікації, дозволив визначити дві групи

знань, без яких не можливе здійснення професійної комунікації сімейних лікарів – знання мовного коду та комунікативні знання.

Знання учасниками комунікації мови, тобто правил, за якими формуються і трансформуються правильні мовні конструкції та повідомлення, Ф. Бацевич називає мовною компетенцією. Дослідник зазначає, що вона охоплює знання мови на фонетичному, лексичному, граматичному та синтаксичному рівнях, яка надає особі можливість вербально виражати свої думки, почуття та емоції, створювати та розуміти повідомлення на певній мові [12, с. 123].

З таким трактуванням поняття *мовна компетенція* погоджуються І. Доброскок, Л. Овсієнко, Л. Мацько та Л. Кравець, вважаючи його знаннями норм і правил сучасної літературної мови, вмінням використання їх у продукуванні висловлювань [51, с. 25; 129, с. 13]. Дещо розширює тлумачення мовної компетенції Т. Бутенко, розуміючи під цим терміном «знання мови (рідної або іноземної), вміння підбирати й використовувати необхідні слова для формулювання своїх думок, розуміння чужого мовлення (правильне значення слів), знання певних граматичних, фонетичних, лексичних і стилістичних правил мови, вміння будувати мовні висловлювання таким чином, щоб вони були правильними й зрозумілими слухачу» [21, с. 24.]

У нашій роботі ми поділяємо точку зору цих та інших дослідників, які визначають компетенцію як поінформованість, систему знань, досвід якої-небудь діяльності [43, с. 28; 75, с. 220; 89, с. 25; 93, с. 49; 231, с. 92]. Зауважимо, що подібне трактування цього поняття відображене в тлумачних словниках, згідно з якими воно означає добру обізнаність із чим-небудь; коло питань, в яких певна особа має знання, досвід; коло повноважень особи, організації чи установи [25, с. 560; 90, с. 133; 175, с.67; 203, с. 282].

Важко не погодитися з тим, що учасники комунікації повинні володіти мовою, якою вони спілкуються. Адже мову справедливо вважають основним, універсальним знаряддям для обміну інформацією, передачі її в просторі й часі. Завдяки мові особистість здатна виразити свій внутрішній світ та свою культуру, презентувати себе іншим, розкрити свої знання та вміння, свою професійну

спроможність. Більше того, мову називають не лише засобом спілкування, а й інструментом для пізнання світу та самого себе, формування розуму, думки і духовності, зростання особистості [170, с. 7].

Дослідники проблеми професійної мовної компетенції [70; 129; 170] твердо переконані, що досконале знання та вільне володіння фаховою мовою є однією з найперших вимог сьогодення до сучасного фахівця, зокрема до лікаря. Як зазначає Г. Золотухін, фахова мова лікаря – це діалоги з пацієнтами у поліклініці чи лікарні, написання довідок, протоколу операції чи історії хвороби. При цьому обов'язковою її характеристикою дослідник називає вживання специфічних термінів високого рівня стандартизації. Таким чином, мовна компетенція сімейного лікаря передбачає не лише знання норм та правил літературної мови, а й оволодіння відповідними даному фаху терміносистемами [70, с.10-11].

Згідно з освітньо-кваліфікаційною характеристикою спеціаліста напряму підготовки 222 «Медицина» випускники закладу вищої медичної освіти повинні володіти державною мовою на рівні, що передбачений Законом про мову, та мінімум однією іноземною мовою на рівні професійного та побутового спілкування [37, с. 20]. Отже, мовна компетенція як показник сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів включає в себе знання української мови та однієї з іноземних мов.

Сучасні дослідження психології міжособистісної взаємодії доводять, що повноцінна та ефективна комунікація вимагає від її учасників не тільки мовної компетенції, а й володіння сукупністю спеціальних комунікативних знань. Під комунікативними знаннями Н. Волкова розуміє «узагальнений досвід людства в комунікативній діяльності, відображення у свідомості людей комунікативних ситуацій у їх причинно-наслідкових зв'язках і відношеннях» [31, с. 22]. М. Ізмайлова комунікативними називає знання про сутність комунікації, її види і стилі, про засоби комунікації, комунікативні прийоми і технології, їхню ефективність у різних ситуаціях з різними людьми [72, с. 9].

Аналіз психологічної та педагогічної літератури [26; 30; 72; 79; 168; 235] дозволив виявити комунікативні знання, які є основою професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Сюди відносять:

- розуміння понять *спілкування, комунікація, культура та комунікативна культура*;
- знання стилів спілкування, які обумовлюють його правильний вибір залежно від ситуації та партнера по комунікації;
- знання засобів комунікації, що забезпечують розуміння їх значення та надають можливість ефективно застосовувати у професійній комунікації;
- знання комунікативних бар'єрів, їх причин та способів подолання;
- знання видів та прийомів слухання, котрі необхідні лікарю для взаєморозуміння з пацієнтом та одержання повної інформації;
- знання правил проведення бесіди та комунікативних прийомів, котрі дозволяють правильно побудувати розмову з пацієнтом та служать теоретичною основою вміння вести бесіду;
- знання способів вирішення конфліктних ситуацій;
- знання вікових та особистісних характеристик пацієнтів, що необхідні для встановлення психологічного контакту;
- знання клінічної класифікації типів пацієнтів і типів лікарів, які дозволяють враховувати особливості поведінки пацієнтів та керувати своєю комунікативною діяльністю.

Аналізуючи компоненти, які створюють високий рівень професійно-комунікативної культури, науковці [12; 18; 58; 59; 60; 167] наголошують на важливій ролі знань етичних норм спілкування, прийнятих у певному суспільстві. Підкреслюється, що етичні норми, які виражені уявленнями про добро і зло, справедливість і несправедливість, правильність чи неправильність вчинків людей, регулюють поведінку особи у різноманітних ситуаціях.

Зауважимо, що діяльність фахівців у процесі професійної комунікації, перш за все, регулюється нормами професійної етики. Вона ґрунтується на

загальнолюдських нормах поведінки й представлена стандартами і вимогами, що притаманні певній професії.

Згідно з визначенням Р. Ботавіної, професійна етика є кодексом поведінки, встановленим типом взаємовідносин, що забезпечує найкраще виконання робітниками певної сфери своїх службових обов'язків [18, с. 3]. Важливими етичними нормами у сфері професійної комунікації фахівці вважають професійний обов'язок, відповідальність, професійну честь і гідність, професійну справедливість, професійний такт, ввічливість, взаємоповагу, порядність, доброзичливість, уважність, щирість, демонстрацію зацікавленості у розмові тощо [12, с. 198; 59, с. 242; 167, с. 25-27].

У професійній діяльності лікарів етиці надається особливо важливого значення, адже ще з часів Гіппократа, який започаткував концепцію медицини як професії, етика вважалася невід'ємною її частиною. Сучасні прагнення України створити дієву систему охорони здоров'я передбачають зорієнтованість реформ на підготовку висококваліфікованого сімейного лікаря, для якого дотримання етичних норм, буде як професійним обов'язком, так і справою його професійної честі та гідності. Важливим орієнтиром професійної етики сімейного лікаря на даний час є Етичний кодекс лікаря України [61], затверджений у 2009 році, котрий був розроблений з урахуванням вимог Міжнародного кодексу медичної етики. Кодекс наголошує на тому, що професія лікаря вимагає від нього поваги до особистості, співчуття, доброзичливості, милосердя, терплячості, порядності, взаємодовіри та справедливості. Інші джерела основним принципом медичної етики визначають «ставити інтереси пацієнтів вище власних», а до етичних норм відносять повагу до життя й гідності пацієнта, конфіденційність, відповідальність за свої дії, збереження та захист життя, зменшення страждань [28, с. 15-18].

Як зазначають Ф. Бацевич, Т. Гриценко, Я. Радевич-Винницький, етичні норми знаходять зовнішнє втілення в етикеті [12, с. 198; 59, с. 259; 187, с. 32]. Загалом, етикет називають конкретно-практичним аспектом етики, що виражається у визначених правилах поведінки людини за певних обставин [167, с. 12]; певним ритуалом, зовнішньою формою етики, що ґрунтується на етичних

принципах і охоплює систему детально розроблених законів чемності, чітко визначених правил поведінки з представниками різних соціальних груп, у різних місцях [58, с. 71-72]. Коли мова йде про зовнішнє втілення етичних норм, що регулюють професійну комунікацію фахівця, використовують поняття *мовний етикет*, під яким розуміють «сукупність словесних форм ввічливості, прийнятих у певному колі людей, у певному суспільстві, у певній країні» [187, с. 33], «систему усталених форм спілкування, прийнятих відповідно до соціальних ролей комунікантів і моральних норм поведінки людей в суспільстві» [12, с. 199], або «сукупність мовних засобів, які регулюють нашу поведінку у процесі мовлення» [59, с. 259].

Дослідники стверджують, що мовний етикет висуває перед людьми, які спілкуються, вимоги, спонукаючи їх до пристойності, привітності, ввічливості, доброзичливості, делікатності та уважності один до одного. Він втілюється у мовленнєвих одинцях, якими виражається вітання, прощання, вибачення, подяка, звертання, прохання, згода, підтвердження, заперечення, співчуття, пропозиція, порада тощо. Такі вислови, закріплені за певними ситуаціями між комунікантами, стали стійкими формулами спілкування, типовими конструкціями, без яких ввічливі взаємини неможливі [12, с. 199-202; 59, с. 260-263]. Загалом, знання та дотримання правил мовного етикету вважають важливою умовою успішної комунікації, оскільки це забезпечує створення сприятливої атмосфери, дозволяє встановити контакт з партнером та успішно вирішити обговорювані питання.

Таким чином, для високого рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутнім сімейним лікарям необхідні знання професійних етичних норм, які формують уявлення про стандарти комунікативної поведінки фахівця та регулюють взаємодію осіб у процесі професійної комунікації, а також знання правил мовного етикету, в якому етичні норми знаходять своє зовнішнє вираження.

Отже, проаналізувавши погляди вчених на сукупність знань, необхідних для успішного здійснення професійної комунікації, можемо визначити, що показниками когнітивного критерію сформованості професійно-комунікативної

культури майбутніх сімейних лікарів є мовна компетенція, комунікативні знання, етичні й етикетні знання.

Практично-діяльнісний критерій пов'язуємо з рівнем оволодіння майбутніми сімейними лікарями комунікативними вміннями, що необхідні для ефективної організації професійної комунікації.

Загальновизнаним у психології та педагогіці є твердження про формування вмінь на основі засвоєних знань, що відображене у тлумаченні, яке трактує вміння як «використання суб'єктом наявних знань і навичок для вибору і здійснення прийомів дій відповідно до поставленої мети» [185, с. 196]. Різноманітні погляди на сутність поняття *вміння* зводяться до визначення його як готовності до усвідомлених і точних дій [121, с. 56; 127, с. 43]; здатності людини належно виконувати певні дії, що заснована на доцільному використанні набутих знань, навичок, досвіду [42, с. 338; 142, с. 225]; засвоєного способу виконання дії, що забезпечується сукупністю набутих знань і навичок, формується шляхом вправ і надає можливість якісного виконання дії не тільки у звичних, але й у змінених обставинах [90, с. 359; 174, с. 347]; самостійної свідомої дії, що передбачає практичне чи теоретичне застосування набутих знань [248, с. 84]. На думку А. Мудрика, вміння – це володіння складною системою психічних і практичних дій, необхідних для цілеспрямованої регуляції діяльності наявними у суб'єкта знаннями та навичками [135, с. 100].

Комунікативні вміння традиційно розглядають як уміння правильно, грамотно, докладно пояснити свою думку, адекватно сприймати інформацію від партнера [62, с. 71]; як уміння спілкуватися, здійснювати спільну діяльність через правильно створену систему спілкування, цілеспрямовано організовувати і керувати процесом спілкування [81, с. 46]; як уміння, що проявляються в акті комунікації, надаючи можливість організувати особисту взаємодію між особами [131, с. 52]. О. Галкіна та О. Толстеньова називають комунікативні вміння комплексом усвідомлених комунікативних дій, що базуються на високій теоретичній та практичній підготовленості особи, котра дозволяє їй творчо використовувати знання для відображення та перетворення дійсності [35, с. 20].

У свою чергу В. Кручек трактує дане поняття як систему психічних та практичних операцій, які обумовлюють встановлення взаємовідносин між особами, надаючи можливість здійснювати та регулювати процес спілкування відповідно до мети та умов [104, с. 9]. Комунікативними вміннями майбутніх фахівців науковці вважають володіння розумовими та практичними діями, що спрямовані на встановлення і підтримку взаємовідносин з партнерами у процесі навчальної і професійної діяльності [62, с. 77].

У межах нашого дослідження спираємося на тлумачення А. Мудрика і розглядаємо комунікативні вміння майбутніх сімейних лікарів як володіння системою розумових і практичних дій, що засноване на продуктивному застосуванні набутих комунікативних знань і дозволяє організувати й регулювати процес професійної комунікації.

Аналіз психологічних та педагогічних джерел [12; 26; 30; 35; 59; 72; 74; 87; 79; 103; 168; 235] дозволив виявити дві основні групи комунікативних умінь, наявність яких є неодмінною умовою успішної комунікації – вміння сприймати комунікативні сигнали та вміння виробляти комунікативні сигнали. До першої з цих груп відносяться вміння слухати та сприймати невербальні комунікативні сигнали. Друга група охоплює вміння говорити та доречно користуватися невербальними засобами комунікації. Науковці наголошують на величезному значенні цих умінь для комунікації у будь-якій сфері, підкреслюючи, що вони є невід’ємними компонентами спілкування та основою правильного розуміння партнерами один одного. Розглянемо зазначені вміння детальніше.

Уміння слухати забезпечує належне розуміння партнера по комунікації, оскільки слухання – це не тільки фізичне відчуття звуку, а й складний процес сприймання, осмислення, структурування та запам’ятовування інформації, в якому задіяна вся особистість людини. Ефективне слухання передбачає концентрацію уваги, правильне розуміння слів і почуттів комунікатора, зосередження на обговорюваній проблемі, вираження заохочувального ставлення до партнера. Вміння слухати має першочергове значення у людському

спілкуванні, а його роль у професійній комунікації сімейного лікаря важко переоцінити [168, с. 159-160].

Як зазначає Є. Клімов, уміння слухати та чути іншу людину, розуміти її та її внутрішній світ відіграє надзвичайно важливу роль для представників професії типу «Людина – людина» [87, с. 185]. Дійсно, сформованість цього вміння забезпечує одержання лікарем вичерпної і точної інформації, надає можливість виявити та усвідомити проблему пацієнта, створити спільне інформаційне поле та спільний смисл, допомагає налагодженню відвертих стосунків, взаєморозуміння у процесі комунікації.

Відповідно до поведінки учасників комунікативного процесу, розрізняють нереклексивне, рефлексивне, критичне та емпатійне слухання. Нереклексивне слухання полягає у мінімальному втручанні у мову партнера при максимальній концентрації уваги на ній, що дозволяє комунікатору зосередитися та висловитися. Рефлексивне слухання передбачає аналіз одержаної інформації у процесі слухання та регулярне використання зворотного зв'язку для досягнення більшої точності у розумінні. При емпатійному слуханні учасники комунікації приділяють більше уваги сприйманню почуттів партнера, а не слів, що допомагає визначити ставлення комунікатора до того, що він говорить. У випадку критичного слухання учасник комунікації спочатку здійснює критичний аналіз повідомлення, тобто визначає наскільки правдивою і точною може бути інформація, а потім його сприймає науковці [79, с. 39-41; 103 с. 37-39; 168, с. 161-163; 235, с. 63-64]. Уміння сімейних лікарів слухати, на нашу думку, полягає у володінні цими видами слухання та у доречному їх використанні у різноманітних ситуаціях професійної комунікації.

Дослідники у сфері психології спілкування стверджують, що для досягнення взаєморозуміння зі співрозмовником не достатньо лише його слухати. Оскільки доведено, що при спілкуванні більша частина інформації передається саме невербально, велику роль у процесі комунікації відіграє вміння розуміти невербальні комунікативні сигнали. Виділяють наступні види невербальних засобів комунікації:

- візуальні: кінесика (жести, поза, рухи, хода); вираз обличчя, міміка; контакт очей; шкірні реакції; проксемика (організація простору і часу); засоби перетворення природної статури (одяг, зачіска, прикраси, косметика тощо);
- акустичні: паралінгвістичні (якість голосу, його діапазон, тональність, гучність, тембр, ритм); екстралінгвістичні (мовні паузи, сміх, плач, кашель);
- ольфакторні (запахи навколишнього середовища, людини);
- тактильні (дотик, потискання руки, постукування) [103, с. 45; 235, с. 33].

Усі ці види невербальних сигналів знаходяться у взаємодії один з одним та з вербальними повідомленнями і можуть доповнювати, підсилювати, змінювати чи замінювати їх зміст. Уміння правильно інтерпретувати невербальні сигнали має важливе значення для успішної професійної комунікації сімейних лікарів. Оскільки воно дозволяє розпізнати психічний стан пацієнта, виявити його ставлення до лікаря та ситуації спілкування загалом, правильно трактувати істинний зміст висловлювань, зрозуміти чи щирий співрозмовник, чи схвалює рекомендації лікаря, чи розуміє його вказівки та чи згоден їх дотримуватися.

У психологічних та педагогічних дослідженнях підкреслюється, що вміння говорити, тобто вміння промовляти, виголошувати інформацію, формувати речення, будувати повідомлення, є одним з найважливіших комунікативних умінь. Важко не погодитися з Є. Клімовим у тому, що наявність цього вміння обов'язкова для представників професії типу «Людина – людина». До вимог, яким повинно відповідати мовлення фахівця, вчений відносить чіткість, зручний темп для слухача, зв'язність, ясність та зрозумілість змісту реплік [87, с. 186]. Погоджуючись з цією точкою зору, Б. Петровський підкреслює, що мовлення є найважливішим засобом комунікації лікаря і відіграє ключову роль у встановленні контакту зі співрозмовником, а також у його підтримці й розвитку. Учений зазначає, що вміння говорити також свідчить про культурний та професійний рівень лікаря, про його самоповагу, допомагає йому завоювати довіру та повагу пацієнта, колег [49, с. 329].

Проаналізувавши праці Ф. Бацевича [12], М. Брус [19], М. Філоненко [235], підсумовуємо, що вміння говорити ґрунтується на мовній компетенції та включає в себе:

- хорошу дикцію – чітку вимову звуків відповідно до фонетичних норм мови;
- культуру мовлення – володіння літературними нормами на всіх мовних рівнях, що передбачає змістовність, доречність, точність, правильність, чистоту, різноманітність, виразність та образність мовлення;
- використання відповідного стилю мовлення (розмовно-побутового, наукового, офіційно-ділового, публіцистичного, художнього);
- володіння голосом – уміння змінювати тональність, силу, ритм і гучність голосу відповідно до мети та умов комунікації;
- інтонаційне багатство мовлення;
- оптимальний темп мовлення;
- належне використання пауз та логічних наголосів у повідомленнях.

Крім змісту мовлення та голосу, лікар має інші можливості особистого впливу на партнера по комунікації. Міміка, жести, постава та інші невербальні компоненти комунікації відіграють у ній важливу роль, несуть значну частину інформації, впливають на результативність взаємодії. Науковці відзначають важливе значення міміки, пантоміміки, навіть зовнішнього виду та одягу для фахівців професій типу «Людина – людина» [87, с. 186]. Підкреслюючи вирішальну роль невербальних засобів комунікації у встановленні контакту між лікарем і пацієнтом, медиків також застерігають від надмірного їх вживання, оскільки їх надмірна кількість може відволікати співрозмовника [49, с. 327-329].

Отже, вміння сімейного лікаря виробляти невербальні комунікативні сигнали передбачає контроль своїх рухів та міміки, доречне використання невербальних сигналів, які допоможуть організувати ефективну комунікацію, надаватимуть додаткову інформацію та сприятимуть взаєморозумінню.

У наукових дослідженнях виокремлено також різноманітні специфічні комунікативні вміння, необхідні у практичній діяльності лікаря. Зокрема, до таких умінь відносять уміння співпереживати і співчувати, вміння вселяти хворому віру

у власні сили, вміння проявляти доброзичливість і повагу [30, с. 113]; вміння сприймати почуття і характер людини, вміння уявити внутрішній світ іншого, здатність співпереживати іншому, готовність прийти на допомогу [87, с. 186-187]. Б. Петровський висловлює думку про необхідність умінь встановлювати контакт, налагоджувати відносини, розуміти і проникати у внутрішній світ іншого. Вчений переконаний, що значну роль у встановленні контакту з пацієнтом відіграє вміння самопрезентації оскільки перше враження про лікаря складається на основі його зовнішнього виду, манери поведінки, стилю спілкування [49, с. 334].

М. Філоненко основними професійно-комунікативними вміннями лікаря вважає вміння враховувати індивідуальні психологічні особливості пацієнтів, керувати власним психічним станом, переборювати психологічні бар'єри, проявляти співчуття, проникати у внутрішній світ пацієнта, вислухати і дати пораду, аналізувати усі компоненти своєї діяльності [235, с. 131]. О. Уваркіна вважає необхідними для успішної професійної комунікації фахівця-медика вміння керувати своєю поведінкою, вміння самопрезентації, вміння розуміти особистість пацієнта та його внутрішній стан за зовнішніми ознаками, вміння мовного спілкування тощо [232, с. 59]. Г. Стечак до умінь, що забезпечують ефективність лікувально-профілактичного процесу, відносить уміння налаштуватися на спілкування з пацієнтом, планувати комунікативну взаємодію, здійснювати вплив на пацієнта, дотримуватися норм поведінки та мовного етикету, застосовувати комунікативні засоби відповідно до певної ситуації з урахуванням індивідуальних властивостей партнера, будувати конструктивний діалог, підтримувати зворотний зв'язок зі співрозмовником [217, с. 78-79].

Особливо важливого значення вчені надають умінню лікаря вести бесіду, яке вимагає від фахівця знань принципів ведення розмови, створення відповідних психологічних умов, використання прийомів побудови діалогу. Клінічна бесіда, була і залишається основним видом спілкування лікаря і пацієнта та одним з найважливіших методів, що застосовується у повсякденній практичній роботі сімейного лікаря. З бесіди починається побудова співпраці лікаря і пацієнта, вона надає лікарю значну частину необхідної інформації, у її процесі лікар інформує

пацієнта про стан його здоров'я та необхідне лікування. Крім цього бесіда з лікарем впливає на емоційний стан пацієнта, адже лікар може заспокоїти, дати надію на одужання та вселити віру у краще, чи навпаки – може проявити байдужість чи неповагу [30, с. 24; 235, с. 144].

На нашу думку, вміння вести бесіду є комплексним комунікативним умінням, оскільки передбачає наявність у фахівця цілої низки вмінь: самопрезентації у спілкуванні; встановлювати контакт з пацієнтом; розуміти особистість пацієнта та його внутрішній стан; враховувати вікові та психологічні особливості пацієнтів; проявляти співчуття, доброзичливість і повагу; вселяти хворому віру у власні сили; керувати своєю поведінкою; переборювати психологічні бар'єри. У контексті нашого дослідження розглядаємо вміння вести бесіду як основне професійно-комунікативне вміння майбутніх сімейних лікарів, що обумовлює ефективне здійснення професійної комунікації.

Отже, показниками практично-діяльнісного критерію сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів є вміння сприймати комунікативні сигнали, вміння виробляти комунікативні сигнали та вміння вести бесіду. Підсумовуючи структурні компоненти, критерії та показники сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, наведемо їх у таблиці (Додаток Б).

Аналіз психологічних та педагогічних досліджень, присвячених вивченню комунікативної культури представників різних вікових груп та різних сфер професійної діяльності, виявив, що значна кількість науковців [10; 15; 33; 55; 97; 131; 133; 139; 173; 215; 221; 229] виділяє три рівні сформованості цього виду культури. До того ж, ретельне дослідження критеріїв сформованості професійно-комунікативної культури та їх показників дає можливість встановити наявність як мінімум трьох рівнів проявів кожного показника. Тому для визначення сформованості професійно-комунікативної культури у майбутніх сімейних лікарів нами було виділено три рівні – низький, середній та високий.

Високий рівень передбачає за мотиваційним критерієм: високий рівень мотивації успіху, відповідність провідних мотивів вибору професії її

об'єктивному змісту (домінування внутрішніх соціально значущих мотивів вибору професії), активну реалізацією потреби у самовдосконаленні; **за особистісно-ціннісним критерієм**: високий рівень розвитку комунікативних якостей, високий рівень сформованості гуманістичних та професійних ціннісних орієнтацій, **за когнітивним критерієм**: відмінний рівень знань державної та іноземної мови, високий рівень комунікативних, етичних та етикетних знань; **за практично-діяльнісним критерієм**: високий рівень сформованості вмінь сприймати та виробляти комунікативні сигнали, вміння вести бесіду.

Середній рівень характеризується **за мотиваційним критерієм**: середнім рівнем мотивації успіху, домінуванням внутрішніх індивідуально значущих мотивів вибору професії, або двома провідними типами мотивації (внутрішні соціально значущі та внутрішні індивідуально значущі; внутрішні соціально значущі та позитивні зовнішні; внутрішні індивідуально значущі та позитивні зовнішні); відсутністю сформованої системи самовдосконалення; **за особистісно-ціннісним критерієм**: середнім рівнем розвитку комунікативних якостей, середнім рівнем сформованості гуманістичних та професійних ціннісних орієнтацій; **за когнітивним критерієм**: добрим рівнем знань державної та іноземної мови, середнім рівнем комунікативних, етичних та етикетних знань; **за практично-діяльнісним критерієм**: середнім рівнем сформованості вмінь сприймати та виробляти комунікативні сигнали, вміння вести бесіду.

Низький рівень визначається **за мотиваційним критерієм**: низьким рівнем мотивації успіху, не відповідністю мотивів вибору професії її об'єктивному змісту, тобто домінуванням зовнішніх мотивів вибору професії або двома провідними типами мотивації (зовнішні позитивні та зовнішні негативні; зовнішні негативні та внутрішні соціально значущі; зовнішні негативні та внутрішні індивідуально значущі), припиненням самовдосконалення; **за особистісно-ціннісним критерієм**: низьким рівнем розвитку комунікативних якостей, низьким рівнем сформованості гуманістичних та професійних ціннісних орієнтацій; **за когнітивним критерієм**: задовільним чи незадовільним рівнем знань державної та іноземної мови, низьким рівнем комунікативних, етичних та

етикетних знань; за **практично-діяльнісним критерієм**: низьким рівнем сформованості вмінь сприймати та виробляти комунікативні сигнали, вміння вести бесіду.

Отже, на основі аналізу психологічної та педагогічної літератури, яка висвітлює структуру та критерії сформованості комунікативної культури фахівців різних сфер професійної діяльності, вважаємо за доцільне співвіднести компоненти професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів з критеріями сформованості досліджуваного явища. Це дає можливість визначити мотиваційний, когнітивний, практично-діяльнісний та особистісно-ціннісний критерії сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Детальний аналіз критеріїв та показників сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів дає підстави виділити три рівні її сформованості – високий, середній та низький. Це дозволяє всебічно оцінити індивідуальний рівень розвитку цього виду культури у майбутніх сімейних лікарів та організувати роботу щодо її формування в освітньому процесі закладів вищої медичної освіти.

1. 3. Стан сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів

Одним із найважливіших завдань дослідження є одержання та аналіз фактичного матеріалу на різних етапах педагогічного експерименту. Для досягнення цієї мети було проведено моніторинг стану сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Він включав у себе два етапи, кожен з яких був націлений на вирішення конкретних дослідницьких завдань. На першому етапі діагностики було проведено початковий, констатувальний зріз стану сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Після цього було здійснено перевірку однорідності контрольної та експериментальної груп стосовно

досліджуваного явища та визначено доцільність їх використання у формульованому етапі експерименту. На другому етапі, що розпочався після проведення формульованого експерименту, було здійснено другий діагностичний зріз, кінцевий. По його завершенню та після опрацювання результатів за допомогою методів математичної статистики встановлювалася присутність чи відсутність відмінностей у рівнях сформованості професійно-комунікативної культури в учасників експериментальної та контрольної груп.

З метою початкової діагностики рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів було проведено констатувальний етап педагогічного експерименту. Експериментальна робота на цьому етапі мала на меті розв'язання наступних завдань: 1) шляхом вивчення психологічної та педагогічної літератури виявити методи діагностики сформованості компонентів професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів та визначити можливість їх застосування у дослідженні; 2) розробити анкети для діагностики сформованості тих компонентів професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, для моніторингу яких ще не було розроблено діагностичного інструментарію; 3) розподілити учасників дослідження на контрольну та експериментальну групи; 4) визначити початковий рівень сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів; 5) провести аналіз результатів констатувального етапу експерименту; 6) за допомогою методів математичної статистики перевірити однорідність контрольної та експериментальної груп, що є неодмінною умовою їх використання на формульованому етапі експерименту.

Базою для проведення дослідження були студенти спеціальності 222 «Медицина» освітньо-кваліфікаційного рівня «магістр» Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського, Української медичної стоматологічної академії, Харківського національного медичного університету загальною кількістю 584 респондентів. Враховуючи результати попередньої сесії, ми поділили студентів на дві групи: контрольну (КГ) та

експериментальну (ЕГ), 290 та 294 студенти у кожній групі відповідно. Якість успішності в кожній групі була майже однаковою, що є необхідною умовою для одержання вірогідних результатів дослідження. Опитування проводилося анонімно, щоб підвищити надійність одержаної інформації шляхом виключення або зменшення фактору остраху студентів відповідати правдиво.

Діагностичний інструментарій дослідно-експериментальної роботи було визначено відповідно до обраних критеріїв та показників сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Охарактеризуємо методику дослідження та одержані на констатувальному етапі педагогічного експерименту результати відповідно до кожного критерію.

Для визначення рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за мотиваційним критерієм було застосовано наступні емпіричні методи:

- тест-опитувальник Ю. Орлова «Шкала оцінки потреби у досягненні» [83, с. 20-21], що дозволяє оцінити сформованість мотивації успіху за трьома рівнями – низький, середній та високий (Додаток В);
- методика «Діагностика реалізації потреби у саморозвитку» М. Фетіскіна [234, с. 421], що надає можливість виявити осіб з активною реалізацією потреби у самовдосконаленні; осіб з відсутністю сформованої системи самовдосконалення; та тих, хто перебуває на стадії припинення самовдосконалення (Додаток Г);
- опитувальник «Мотиви вибору професії» Р. Овчарової [246, с. 59-60], що визначає провідний тип мотивації при виборі професії (Додаток Д).

Представимо результати оцінювання сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за мотиваційним критерієм у таблиці (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1.

**Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури
у студентів КГ та ЕГ за мотиваційним критерієм
на констатувальному етапі дослідження**

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (290)	Мотивація успіху	26	9	97	33	167	58
	Прагнення до самовдосконалення	58	20	119	41	113	39
	Мотиви вибору професії	47	16	102	35	141	49
	Загальний показник	44	15	106	37	140	48
ЕГ (294)	Мотивація успіху	30	10	100	34	164	56
	Прагнення до самовдосконалення	55	19	115	42	116	39
	Мотиви вибору професії	42	14	123	39	137	47
	Загальний показник	42	14	113	38	139	48

Отже, аналіз результатів діагностики мотивів, які спонукають майбутніх лікарів до розвитку професійно-комунікативної культури, засвідчив переважання низького рівня сформованості мотивації успіху: 58% студентів КГ та 56% студентів ЕГ. Середній рівень мотивації успіху мають 33% студентів КГ та 34% ЕГ. Лише незначна частина студентів (9% і 10% в КГ та ЕГ відповідно) мають високий рівень сформованості даного показника.

Можна стверджувати, що сформованість прагнення до самовдосконалення у майбутніх сімейних лікарів знаходиться на дещо кращому рівні, на відміну від мотивації успіху. За результатами діагностики було виявлено активну реалізацію потреби у самовдосконаленні у 20% студентів КГ і 19% ЕГ. Середній рівень реалізації потреби у саморозвитку зафіксовано у 41% студентів КГ та у 42% студентів ЕГ. Низький рівень прагнення до самовдосконалення виявлено у 39% респондентів як КГ так і ЕГ.

Провідні мотиви вибору медичної професії відповідають її об'єктивному змісту у 16% студентів КГ і у 14% ЕГ. У цих респондентів домінують внутрішні соціально значущі мотиви. Для значної частини студентів (35% і 39%) провідну роль при виборі професії відігравали внутрішні індивідуально значущі мотиви або

комбінація внутрішніх соціально значущих з індивідуально значущими мотивами чи із зовнішніми позитивними. У 49% респондентів КГ і у 47% ЕГ переважають зовнішні мотиви вибору професії лікаря або комбінація внутрішніх соціально значущих чи індивідуально значущих мотивів із зовнішніми негативними.

Узагальнення результатів дослідження дає можливість зробити висновок, що високий і середній рівні сформованості професійно-комунікативної культури за мотиваційним критерієм мають майже рівна кількість студентів КГ (15% і 37%) та ЕГ (14% та 38%). Низький рівень розвитку мотиваційної сфери притаманний 48% опитаних як у КГ так і в ЕГ.

Методика діагностики професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за особистісно-ціннісним критерієм включала в себе:

- тест В. Ряховського для визначення рівня комунікабельності [83, с. 290-291], що визначає, до якої з категорій відноситься піддослідний: некомунікабельний, замкнений і мовчазний, достатня комунікабельність, нормальна комунікабельність, високий рівень комунікабельності, надмірна комунікабельність, хворобливий характер комунікабельності (Додаток Е);
- тест «Шкала доброзичливості» Д. Кемпбелла [234, с. 158-160], який дозволяє виявити рівень доброзичливого ставлення до інших (Додаток Ж);
- діагностику соціальної емпатії М. Фетіскіна [234, с.21-23], що визначає осіб з високим, середнім та низьким рівнем емпатійності (Додаток З);
- опитувальник А. Карпова [84, с.54-57], котрий виявляє осіб з високим, середнім та низьким рівнями розвитку рефлексивності (Додаток К);
- експрес-діагностику стійкості до конфліктів Н. Фетіскіна [234, с.162-163], яка дозволяє визначити рівень урівноваженості піддослідних (Додаток Л);
- авторську анкету «Гуманістичні ціннісні орієнтації» (Додаток М);
- авторську анкету «Професійні ціннісні орієнтації» (Додаток Н).

Представимо результати оцінювання сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за особистісно-ціннісним критерієм у таблиці (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.2.

**Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури
у студентів КГ та ЕГ за особистісно-ціннісним критерієм
на констатувальному етапі дослідження**

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (290)	Комунікативні якості	Комунікабельність					
		25	9	145	50	120	41
		Доброзичливість					
		38	13	128	44	124	43
		Емпатійність					
		24	8	111	38	155	54
		Рефлексивність					
		12	4	140	48	138	48
		Урівноваженість					
		37	13	128	44	125	43
	Гуманістичні ціннісні орієнтації	41	14	116	40	133	46
	Професійні ціннісні орієнтації	34	12	99	34	157	54
	Загальний показник	30	9	124	43	136	48
ЕГ (294)	Комунікативні якості	Комунікабельність					
		23	8	120	41	151	51
		Доброзичливість					
		27	9	124	42	143	49
		Емпатійність					
		18	6	103	35	173	59
		Рефлексивність					
		14	5	132	45	148	50
		Урівноваженість					
		38	13	143	49	113	38
	Гуманістичні ціннісні орієнтації	44	15	124	42	126	43
	Професійні ціннісні орієнтації	41	14	109	37	144	49
	Загальний показник	29	10	122	42	143	48

Аналіз результатів діагностики комунікативних якостей майбутніх сімейних лікарів засвідчив переважання середнього та низького рівня розвитку більшості якостей. Із таблиці бачимо, що у студентів КГ та ЕГ переважає низький рівень емпатійності: 54% та 59% відповідно. Це свідчить про байдужість студентів до емоційного стану хворої людини, що не сприяє прояву людяності, гуманності стосовно майбутніх пацієнтів.

Також під час констатувального експерименту було зафіксовано низький рівень доброзичливого ставлення до інших – у 43% і 49% студентів КГ і ЕГ відповідно. Середній рівень доброзичливості мають 44% респондентів КГ і 42%

ЕГ. Лише 13% студентів КГ і 9% ЕГ володіють високим рівнем сформованості цієї якості. Аналогічні результати спостерігалися і за іншими показниками: комунікабельність, рефлексивність, урівноваженість.

На основі аналізу результатів діагностики сформованості гуманістичних ціннісних орієнтацій можна стверджувати, що більшості учасників дослідження притаманний середній і низький рівень розвитку цього показника. У КГ 40% студентів мають середній рівень сформованості гуманістичних ціннісних орієнтацій і 46% – низький. В ЕГ результати майже такі самі: 42% респондентів володіють середнім рівнем і 43% – низьким рівнем розвитку цього показника. Високий рівень сформованості цих ціннісних орієнтацій було зафіксовано лише у 14% респондентів КГ та 15% ЕГ.

Аналіз результатів діагностики сформованості професійних ціннісних орієнтацій виявив низьке значення професійних цінностей для майбутніх лікарів. Про це свідчить значна кількість досліджуваних з низьким рівнем сформованості цього показника (54% в КГ і 49% в ЕГ). При цьому лише 12% опитаних у КГ і 14% в ЕГ надають професійним цінностям важливого значення.

Узагальнення результатів діагностики професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за особистісно-ціннісним критерієм дає можливість зробити висновок, що високий рівень сформованості комунікативно значущих якостей та системи ціннісних орієнтацій притаманний 9% студентів КГ і 10% ЕГ. Значна кількість майбутніх фахівців (48%) має низький рівень розвитку професійно-комунікативної культури за даним критерієм.

З метою виявлення рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за когнітивним критерієм було застосовано:

- метод документів – вивчення рівня навчальної успішності учасників експерименту з української та іноземної мови шляхом аналізу протоколів ранжування успішності студентів за шкалою ECTS відповідних дисциплін, що визначає рівень сформованості мовної компетенції;
- авторську анкету «Комунікативні знання» (Додаток П);
- авторську анкету «Етичні знання» (Додаток Р).

Представимо результати оцінювання сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за когнітивним критерієм у таблиці (див. табл. 1.3).

Таблиця 1.3.

Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури у студентів КГ та ЕГ за когнітивним критерієм на констатувальному етапі дослідження

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (290)	Мовна компетенція	Українська мова					
		79	27	134	46	77	27
		Іноземна мова					
		49	17	70	24	171	59
	Комунікативні знання	39	14	108	37	143	49
	Етичні й етикетні знання	70	24	81	28	139	48
	Загальний показник	59	20	98	34	133	46
ЕГ (294)	Мовна компетенція	Українська мова					
		88	30	124	42	82	28
		Іноземна мова					
		40	14	80	28	174	58
	Комунікативні знання	45	15	98	33	151	52
	Етичні й етикетні знання	61	21	94	32	139	47
	Загальний показник	59	20	100	34	135	46

Отже, рівневий аналіз навчальної успішності досліджуваних дозволив виявити у них нерівномірність у сформованості мовної компетенції. У той час, як значна частина студентів КГ та ЕГ володіє знаннями української мови на високому та середньому рівнях (73% – КГ, 72% – ЕГ), більшість із них мають низький рівень знань з іноземної мови (59% – КГ, 58% – ЕГ).

Оцінка комунікативних знань учасників експерименту виявила переважання низького рівня сформованості цього показника в КГ та ЕГ – 49% та 52% відповідно. При цьому високий рівень було зафіксовано лише у 14% студентів КГ і 15% ЕГ, а середній – у 37% КГ і 33% ЕГ.

На основі аналізу одержаних результатів можна стверджувати, що майбутні сімейні лікарі не дуже добре володіють етичними й етикетними знаннями. Про це свідчить значна кількість досліджуваних з низьким рівнем сформованості цього показника, а саме: в КГ – 48% і в ЕГ – 47%. Водночас, більше чверті респондентів

(28% в КГ і 32% в ЕГ) мають середній рівень етичних знань, а високий рівень притаманний 24% студентів КГ і 21% ЕГ.

Таким чином, узагальнивши результати діагностики професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за когнітивним критерієм, ми можемо зробити висновок, що високим рівнем знань, необхідних для успішного здійснення професійної комунікації, володіє лише 20% усіх опитаних. Середній рівень знань притаманний 34% респондентів, і майже кожен другий студент (46%) має низький рівень сформованості професійно-комунікативної культури за даним критерієм.

Для визначення сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за практично-діяльнісним критерієм відповідно до визначених показників було застосовано діагностичний інструментарій:

- тест «Уміння слухати» [182, с. 276-278], що дозволяє визначити до якої з категорій відноситься піддослідний: ідеальний слухач, хороший слухач, посередній слухач, поганий слухач, особа, що не вміє слухати (Додаток С);
- тест «Що вам говорять міміка і жести» [199, с. 41-42], який дозволяє визначити сформованість уміння розуміти невербальні комунікативні сигнали (Додаток Т);
- експертна оцінка викладачів (30 осіб) уміння піддослідних говорити, яка проводилася за такими критеріями: вміння формулювати речення, будувати повідомлення, чітко і ясно висловлювати свою думку, володіти голосом та інтонацією, культура мовлення, хороша дикція (Додаток У);
- тест «Чи вмієте ви вести діалог?» [72, с. 218-219], котрий дозволяє оцінити сформованість уміння вести бесіду за трьома рівнями (Додаток Ф).

Також на цьому етапі дослідження ми провели тестування студентів із метою виявлення у них комунікативних і організаторських здібностей за допомогою тесту-опитувальника «КОЗ» [83, с. 228-232] (Додаток Х).

Результати показали, що низький рівень комунікативних здібностей присутній у 25% студентів ЕГ і 18% КГ. Ці студенти не прагнуть спілкування, відчують себе замкненими у новій компанії, колективі, воліють проводити час

наодинці, чи за комп'ютером.

Рівень комунікативних здібностей «нижче середнього» виявлено у 39% студентів ЕГ і 37% КГ. Ці студенти мають комунікативні й організаторські здібності нижче середнього рівня, обмежують свої знайомства, відчують труднощі при встановленні контактів із незнайомими людьми, при виступах перед аудиторією. Такі студенти погано орієнтуються у незнайомій ситуації, не відстоюють свою думку, важко переживають образи. У багатьох справах вони уникають прояву самостійних рішень та ініціативи.

Середній рівень комунікативних і організаторських здібностей мають 24% майбутніх лікарів із ЕГ і 20% – із КГ. Ці студенти прагнуть контактів із іншими людьми, не обмежують коло своїх знайомств, відстоюють свою думку, планують свою роботу, однак потенціал їхніх схильностей не відрізняється високою стійкістю.

Рівень комунікативних і організаторських здібностей «вище середнього» одержали 8% студентів ЕГ і 12% КГ. Майбутні сімейні лікарі із цим рівнем швидко знаходять друзів, прагнуть розширити коло своїх знайомих, допомагають близьким людям. Вони проявляють ініціативу у спілкуванні, приймають участь в організації різноманітних заходів, здатні приймати самостійне рішення в складних ситуаціях.

Високий рівень комунікативних і організаторських здібностей мають 4% респондентів ЕГ і 3% КГ. Ці студенти відчують потребу в комунікативній та організаторській діяльності, швидко орієнтуються в складних ситуаціях, невимушено поведуть себе в новому колективі. Це ініціативні люди, котрі воліють у важливій справі чи в складній ситуації приймати самостійне рішення. Вони можуть пожвавити атмосферу в незнайомій компанії і самі шукають такі справи, які б задовольняли їхню потребу в комунікації й організаторській діяльності.

Отже, результати оцінювання у майбутніх сімейних лікарів комунікативних і організаторських здібностей свідчить про те, що необхідною є планомірна робота з формування й розвитку цих якостей.

Представимо результати оцінювання сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за практично-діяльнісним критерієм у таблиці (див. табл. 1.4).

Таблиця 1.4.

Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури у студентів КГ та ЕГ за практично-діяльнісним критерієм на констатувальному етапі дослідження

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (290)	Уміння сприймати комунікативні сигнали	Уміння слухати					
		6	2	93	32	191	66
		Уміння розуміти невербальні комунікативні сигнали					
		4	1,5	67	23	219	75,5
	Уміння виробляти комунікативні сигнали	35	12	133	46	122	42
	Уміння вести бесіду	46	16	177	61	67	23
	Загальний показник	23	8	104	36	163	56
ЕГ (294)	Уміння сприймати комунікативні сигнали	Уміння слухати					
		4	1,5	82	28	208	70,5
		Уміння розуміти невербальні комунікативні сигнали					
		3	1	71	24	220	75
	Уміння виробляти комунікативні сигнали	26	9	129	44	139	47
	Уміння вести бесіду	41	14	165	56	88	30
	Загальний показник	19	6	112	38	163	56

Отже, аналіз результатів оцінки вмінь слухати і розуміти невербальні комунікативні сигнали виявив у майбутніх сімейних лікарів недостатній рівень сформованості вміння сприймати комунікативні сигнали. Про це свідчить значна кількість досліджуваних із низьким рівнем розвитку вміння слухати (66% студентів у КГ і 70,5% в ЕГ) та вміння розуміти міміку і жести (75,5% у КГ, 75% в ЕГ). При цьому високий рівень сформованості зазначених умінь притаманний лише біля 2% студентів КГ та ЕГ.

Експерти оцінили рівень уміння говорити майбутніх сімейних лікарів переважно як середній (46% у КГ і 44% в ЕГ). Водночас результати експертної оцінки свідчать, що майже половина студентів (42% у КГ і 47% в ЕГ) володіє даним умінням на низькому рівні. У найменшій кількості студентів – 12% КГ і

9% ЕГ – було визначено високий рівень сформованості вміння говорити.

Діагностика вміння вести бесіду дала можливість виявити, що середній рівень сформованості цього показника притаманний більшості респондентів (61% у КГ і 56% в ЕГ). Високим рівнем цього вміння володіє 16% студентів КГ і 14% ЕГ. Водночас, було зафіксовано, що майже кожен четвертий студент не вміє будувати діалог зі співрозмовником.

Узагальнення результатів проведеного дослідження дає можливість зробити висновки про рівень сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за практично-діяльнісним критерієм. Найменша кількість опитаних студентів має високий рівень сформованості цього виду культури за даним критерієм – 8% КГ і 6% ЕГ. При цьому середній рівень було виявлено у 36% респондентів КГ і 38% ЕГ. Низький рівень сформованості професійно-комунікативної культури за практично-діяльнісним критерієм було зафіксовано більше, ніж у половини студентів – 56% в обох групах.

Узагальнення результатів діагностики на констатувальному етапі експерименту дає можливість зробити висновок про стан сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів (див. табл. 1.5).

Таблиця 1.5.

Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури у майбутніх сімейних лікарів за чотирма критеріями на констатувальному етапі дослідження

Групи	Критерії	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ	Мотиваційний	44	15	106	37	140	48
	Особистісно-ціннісний	30	9	124	43	136	48
	Когнітивний	59	20	98	34	133	46
	Практично-діяльнісний	23	8	104	36	163	56
	Загальний показник	39	13	135	47	116	40
ЕГ	Мотиваційний	42	14	113	38	139	48
	Особистісно-ціннісний	29	10	122	42	143	48
	Когнітивний	59	20	100	34	135	46
	Практично-діяльнісний	19	6	112	38	163	56
	Загальний показник	37	12	112	38	145	50

Продemonструємо одержані результати за допомогою діаграми (Рис. 1.1).

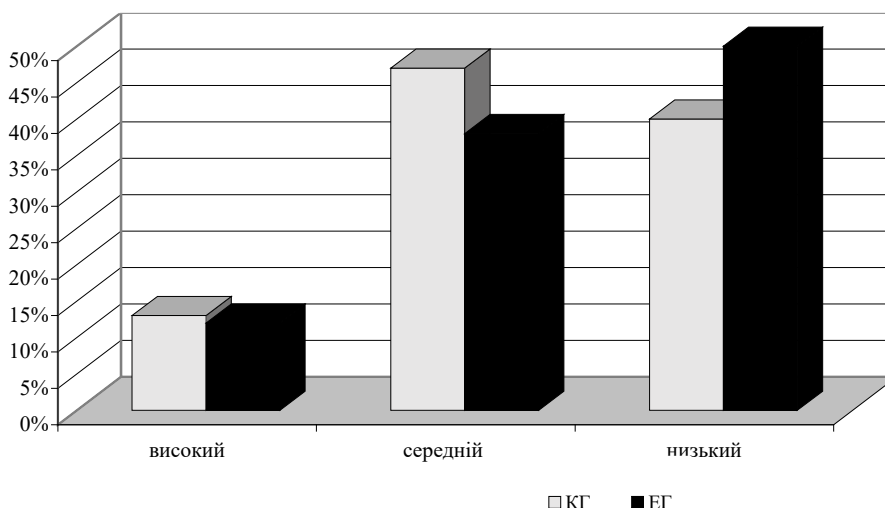


Рис. 1.1. Рівні сформованості професійно-комунікативної культури у майбутніх сімейних лікарів на констатувальному етапі дослідження

Таким чином, дослідження загального рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів виявило, що лише 13% студентів КГ і 12% ЕГ мають високий рівень даного виду культури. Водночас, низький рівень досліджуваного явища притаманний значній кількості респондентів – 50% досліджуваних експериментальної групи і 40% учасників контрольної групи. Переважна більшість досліджуваних за традиційних умов професійної підготовки зосереджується на середньому рівні (47% студентів КГ і 38% ЕГ).

Гіпотеза нашого педагогічного експерименту полягає в тому, що впровадження системи педагогічних умов дозволить змінити наявну тенденцію шляхом переміщення студентів до груп із вищим рівнем сформованості професійно-комунікативної культури.

Використовуючи результати дослідження, представлені у Таблиці 1.5, обчислимо середнє значення рівнів сформованої професійно-комунікативної культури у студентів КГ ($\bar{x}$) та ЕГ ($\bar{y}$). Для зручності розрахунків високий рівень позначимо цифрою 3, середній – 2 і низький – 1. Використовуючи формули для обчислення середнього вибіркового, отримаємо:

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^3 n'_i \cdot x_i}{n'} = \frac{39 \cdot 3 + 135 \cdot 2 + 116 \cdot 1}{290} = 1,73;$$

$$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^3 n''_i \cdot x_i}{n''} = \frac{37 \cdot 3 + 112 \cdot 2 + 145 \cdot 1}{294} = 1,63.$$

Бачимо, що в ЕГ середнє значення рівне 1,63, а в КГ – 1,73. Різниця між середніми значеннями сформованості у студентів-медиків професійно-комунікативної культури становить 0,1. Це свідчить про те, що ЕГ та КГ є майже однаковими. Це є необхідною умовою достовірності результатів нашого дослідження, а саме – групи мають бути однорідними стосовно досліджуваного явища. Хоча й цифрові значення в КГ та ЕГ майже однакові, перевіримо однорідність груп за допомогою методів математичної статистики. Для цього скористаємося критерієм Стюдента, спостережуване значення якого обчислюється за формулою:

$$t_{cn} = \frac{|\bar{x} - \bar{y}|}{\sqrt{\frac{(n'' - 1)S_{EG}^2 + (n' - 1)S_{KG}^2}{(n' + n'' - 2)} \cdot \sqrt{\frac{1}{n'} + \frac{1}{n''}}}} \quad (1.1)$$

де n' , n'' – кількість студентів в КГ та ЕГ відповідно;

S_{EG}^2 , S_{KG}^2 – виправлені дисперсії в ЕГ та КГ, які обчислюються за відповідними формулами:

$$S_{EG}^2 = \frac{n''}{n'' - 1} \left(\frac{\sum x_i^2 \cdot n''_i}{n''} - [\bar{x}]^2 \right) \quad (1.2)$$

$$S_{KG}^2 = \frac{n'}{n' - 1} \left(\frac{\sum x_i^2 \cdot n'_i}{n'} - [\bar{y}]^2 \right) \quad (1.3)$$

Формулюємо нульову гіпотезу H_0 – експериментальні та контрольні групи є однорідними, тобто демонструють однаковий рівень професійно-комунікативної культури. На противагу нульовій гіпотезі, альтернативна гіпотеза полягає в тому, що між групами є суттєва різниця і рівність арифметичних середніх є випадковою.

Використовуючи формули 1.2 та 1.3, обчислимо стандартні похибки

арифметичних середніх у КГ та ЕГ:

$$S_{КГ}^2 = 0,48, S_{ЕГ}^2 = 0,49.$$

Спостережуване значення критерію знайдемо за формулою 1.1:

$$t_{cn} = \frac{|1,63 - 1,73|}{\sqrt{\frac{(294 - 1) \cdot 0,49 + (290 - 1) \cdot 0,48}{582}}} \cdot \sqrt{\frac{1}{290} + \frac{1}{294}} \approx 1,75.$$

Порівнюємо одержане під час експерименту значення t_{cn} із табличним значенням $t_{крит.}$ із урахуванням ступенів свободи $k = n' + n'' - 2$ і рівнем значущості $\alpha = 0,05$.

Табличне значення $t_{крит.} = 1,96$, при цьому допускається похибка 5%, тобто можна зробити помилкове судження у п'яти випадках зі ста [132, с. 408].

Бачимо, що $t_{cn} < t_{крит.}$, тому робимо висновок, що нульову гіпотезу необхідно прийняти. Тобто суттєвих відмінностей у рівнях сформованості професійно-комунікативної культури у майбутніх лікарів КГ та ЕГ немає, а групи є однорідними.

Результати констатувального етапу дослідження свідчать про те, що формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів в традиційній системі вищої медичної освіти потребує вдосконалення та віднайдення нових підходів до вирішення цієї проблеми.

З метою виявлення резервів щодо розвитку професійно-комунікативної культури у процесі фахової підготовки майбутніх лікарів проаналізуємо навчальні плани у закладах вищої медичної освіти.

Зазначимо, що у вересні 2018 року Міністерство охорони здоров'я України наказом №1696 скасувало низку наказів, які регламентували зміст навчальних планів з підготовки фахівців, і надало можливість університетам самостійно їх формувати [177]. Нині заклади вищої медичної освіти розробляють свої освітньо-професійні програми й робочі навчальні плани, враховуючи потреби сучасної практичної медицини та передові світові тенденції.

Вивчення матеріалів офіційних сайтів Буковинського державного

медичного університету [160], Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова [161], Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького [162], Національного медичного університету імені О. О. Богомольця [163], Одеського національного медичного університету [164] та Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського [165] дає можливість стверджувати, що професійна підготовка лікарів включає в себе вивчення нормативних (обов'язкових) навчальних дисциплін, вибіркових навчальних дисциплін та практику. Серед нормативних навчальних дисциплін можемо виокремити ті, що охоплюють деякі аспекти проблеми професійної комунікації та професійно-комунікативної культури: українська мова за професійним спрямуванням (перший рік навчання); іноземна мова (перший рік навчання); іноземна мова за професійним спрямуванням (другий рік навчання); медична психологія (третій рік навчання).

На прикладі Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова проаналізуємо зміст цих дисциплін.

Курс української мови за професійним спрямуванням розрахований на 28 академічних годин практичних занять. Він передбачає вивчення таких питань: лексичний аспект професійної мови медиків; фразеологізовані одиниці у фаховому мовленні; термінологія у професійному спілкуванні; лексико-семантичні відношення в науковій термінології; особливості української медичної термінології; словники у професійному спілкуванні; морфологічний та синтаксичний аспекти професійної мови медиків; стилістичний аспект фахової мови медичних працівників; особливості українського мовленнєвого етикету; комунікативні ознаки культури мовлення; мовленнєвий етикет лікаря; публічний виступ та його жанри; письменники-лікарі; науковий стиль у фаховому мовленні; структура та види наукового тексту; культура писемного ділового мовлення; вимоги до складання й оформлення адміністративно-канцелярських документів; професійна документація медиків, особливості її складання й оформлення [161].

Дисципліни «Іноземна мова» та «Іноземна мова за професійним спрямуванням» охоплюють відповідно 50 та 70 аудиторних годин практичних

занять. До питань, що вивчаються протягом курсу іноземної мови, відносяться: ВМНЗ, в якому я навчаюся; вища медична освіта в країнах, мова яких вивчається; охорона здоров'я в країнах, мова яких вивчається; лікарня; медичне обстеження; перша допомога; аптека; ліки; вітаміни; будова тіла людини; кістки; м'язи; клітина; тканини; кров, групи крові. Курс іноземної мови за професійним спрямуванням включає в себе вивчення таких питань: респіраторна система; інфекційні захворювання; серцево-судинна система; інфаркт; травна система; печінка; гастрит; імунна система; СНІД, ВІЛ-інфекція; ендокринна система; щитоподібна залоза; нервова система; головний мозок; око; вухо; шкіра; сечовидільна система; репродуктивна система [161].

Навчальна дисципліна «Медична психологія» розрахована на 6 годин лекційних та 18 годин практичних занять. Вона передбачає вивчення наступних питань: предмет, завдання та методи дослідження психологічного стану людини; психічна індивідуальність; психологія особистості; внутрішня картина хвороби; діагностика основних типів відношення до хвороби; стан психічних функцій і хвороба; психологія медичних працівників та лікувально-діагностичного процесу; спілкування в медичному середовищі; психосоматичні взаємозв'язки; вплив психологічних факторів на перебіг соматичних розладів; психологічні особливості хворих з різними захворюваннями; психологічні аспекти залежної поведінки; види девіантної поведінки, клінічні форми; суїцидальна поведінка; психогігієна, психопрофілактика; основні методи психотерапії в роботі лікаря [161].

Отже, у процесі викладання зазначених дисциплін прикладаються зусилля для формування деяких компонентів професійно-комунікативної культури студентів-медиків, зокрема, формується мовна компетенція, надаються певні комунікативні та етикетні знання. Однак їхня тематика не розкриває такі важливі аспекти професійної комунікації сімейного лікаря як комунікативні бар'єри, невербальна комунікація, технології ведення бесіди, повідомлення поганих новин, надання порад, види та прийоми слухання, способи встановлення контакту з пацієнтом, шляхи вирішення конфліктів, способи прояву емпатії тощо. Також

зауважимо, що не звертається достатньої уваги на аксіологічні основи професійної комунікації лікаря, не приділяється достатньо часу формуванню професійно-комунікативних умінь. До того ж, незважаючи на тісний зв'язок дисциплін «Іноземна мова» та «Іноземна мова за професійним спрямуванням» зі сферою професійної комунікації, питання, що вивчаються ними, не мають комунікативної спрямованості.

В контексті нашого дослідження значний інтерес становить досвід зарубіжних країн щодо підготовки студентів-медиків до професійної комунікації. Було проведено аналіз змісту навчальних планів закладів медичної освіти Західної Європи [260; 261; 262] та США [253; 256; 263], результати якого подано в Додатку Ц. Виявлено, що у процес у фахової підготовки лікарів у цих країнах інтегруються обов'язкові дисципліни, які мають на меті надати комунікативні знання та формувати комунікативні вміння, необхідні в клінічній практиці.

Усвідомлення важливої ролі комунікації у повсякденній діяльності лікаря та прагнення наблизити освітні програми підготовки медиків до програм провідних зарубіжних університетів призвели до того, що серед вибіркових начальних дисциплін українських закладів вищої медичної освіти почали з'являтися курси, зосереджені на професійній комунікації лікарів. Наприклад, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова з 2018-2019 навчального року до програми підготовки лікарів включив нову дисципліну – «Комунікативні навички лікаря», що викладається на п'ятому році навчання і передбачає 18 годин практичних занять. До питань, що вивчаються цим курсом, відносяться: професійна комунікація в практичній діяльності лікаря; структура професійної комунікації; софт-скілз у професійній діяльності лікаря; алгоритм професійного спілкування лікаря з пацієнтом; професійний стрес у медицині; профілактика синдрому професійного вигорання; навички спілкування в різних професійних ситуаціях; типові складні ситуації у взаємодії лікар-пацієнт; робота з важкохворими та термінальними пацієнтами; професійне спілкування в медичному середовищі; кризові та конфліктні ситуації у взаємодії лікар – пацієнт [161].

Інші університети також впроваджують в освітній процес елективні дисципліни, що сприяють формуванню професійно-комунікативної культури майбутніх лікарів. Зокрема, навчальний план першого року навчання Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького містить декілька таких дисциплін – «Мовленнєва комунікація лікаря», «Психологія спілкування», «Культура мовлення та етикет медика» [162]. Буковинський державний медичний університет та Одеський національний медичний університет серед курсів за вибором пропонують «Теорію та практику професійної мовної комунікації», «Культуру мовлення» та «Психологію спілкування» [164; 160]. Національний медичний університету імені О. О. Богомольця в свою чергу до елективних курсів включив «Психологію спілкування» [163].

Однак всі ці курси розраховані на досить невелику кількість аудиторних годин – 10 годин лекцій та 10 годин практичних занять або 20 годин практичних занять. До того ж, через надмірну завантаженість студентів-медиків, немає можливості збільшувати кількість занять. Водночас формування професійно-комунікативної культури майбутніх лікарів є досить тривалим процесом, що не може обмежуватися певною дисципліною чи одним роком навчання.

На наш погляд, з перших днів навчання в медичному університеті необхідно звертати увагу студентів на значну роль комунікації у професійній діяльності лікаря та цілеспрямовано створювати умови для формування їх професійно-комунікативної культури. Ми вважаємо, що для втілення цієї мети потрібно задіяти резерви нормативних навчальних дисциплін, зокрема, іноземної мови та іноземної мови за професійним прямуванням, потенціал яких у цій сфері не достатньо використовується.

Висновки до першого розділу

У зв'язку з необхідністю удосконалення медичної допомоги та соціальним замовленням сучасного українського суспільства на висококваліфікованого сімейного лікаря, здатного до успішної професійної комунікації, актуальним завданням вищої медичної освіти є формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Аналіз та узагальнення різних підходів до розуміння сутності *культури* як філософської категорії дає підстави розглядати її як соціальне явище, що охоплює усі сторони життя суспільства й особистості, виступаючи якісною характеристикою їхнього розвитку; як процес творчої діяльності особистості, спрямованої на пізнання навколишнього світу, пошук сенсу буття і розвиток власного «Я»; як спосіб духовного освоєння дійсності на основі системи цінностей; як творчі сили і здібності людини, що виражаються у різних типах організації життя й діяльності.

На основі проведеного теоретичного аналізу філософської, соціологічної, психологічної та педагогічної літератури визначаємо *професійну комунікацію сімейного лікаря* як зумовлений професійно-виробничою ситуацією процес установлення та підтримання контактів, що реалізується за допомогою вербальних і невербальних засобів комунікації і має на меті обмін професійно-орієнтованою інформацією, управління й регулювання процесом комунікативної взаємодії у професійній діяльності сімейного лікаря. У процесі наукових пошуків з'ясовано, що особливостями професійної комунікації сімейного лікаря є такі: інтенсивність, встановлення контактів з різноманітними категоріями людей, необхідність проявляти співчуття, важливе значення морально-етичних та психологічних аспектів, суттєвий вплив негативних факторів, значна кількість нетипових комунікативних завдань, вагома роль невербальних комунікативних сигналів.

На підставі аналізу наукових праць з проблеми дослідження *професійно-комунікативну культуру майбутніх сімейних лікарів* трактуємо як складне динамічне особистісне утворення, що охоплює систему цінностей, спеціальних

комунікативних знань та вмінь, особистісних якостей, взірців поведінки, норм і правил здійснення професійної комунікативної діяльності, котрі пов'язані зі специфікою професії й забезпечують високу ефективність професійної взаємодії сімейних лікарів.

Структура професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів представлена мотиваційним, особистісно-ціннісним, когнітивним та практично-діяльнісним компонентами.

Відповідно до структурних елементів професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів визначено критерії її сформованості: мотиваційний, що характеризує вмотивованість студентів до оволодіння професійно-комунікативною культурою; особистісно-ціннісний, що визначає рівень сформованості комунікативно значущих якостей майбутніх фахівців та системи їх ціннісних орієнтацій, що сприяють встановленню та підтриманню контактів; когнітивний, який відображає рівень знань студентів, необхідних для успішної професійної комунікації; практично-діяльнісний, який розкриває рівень оволодіння комунікативними вміннями, необхідними для виконання професійно-комунікативних задач.

Визначено показники та рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів (високий, середній, низький).

У розділі представлено результати констатувального етапу педагогічного експерименту, який було проведено з метою виявлення початкового рівня професійно-комунікативної культури студентів-медиків. Узагальнення одержаних даних дало змогу встановити, що традиційно побудований процес професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів мало орієнтований на формування цього виду культури. У зв'язку з цим зроблено висновок про необхідність визначення педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів та їх експериментальної перевірки.

Основний зміст першого розділу дисертації висвітлено в наукових публікаціях автора [146; 147; 148; 149; 150; 151; 152; 153; 154; 155; 156; 157; 158; 159].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ У РОЗДІЛІ 1

1. Агаркова Л. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2011. 22 с.
2. Адлер А. Очерки по индивидуальной психологии / пер. с нем., научная ред. А. М. Боковой. Москва : «Когито-Центр», 2002. 220 с.
3. Александрова О. Ф. Формування гуманістичних цінностей у фаховій підготовці майбутнього вчителя: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Миколаїв, 2010. 20 с.
4. Андреева Г. М. Социальная психология : учебник для высших учебных заведений. Москва : Аспект Пресс, 2001. 384с.
5. Андриенко Е. В. Социальная психология : учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / под ред. В. А. Сластенина. Москва : Издательский центр «Академия», 2000. 264 с.
6. Андрущенко В. Поняття культури: філософський дискурс на рубежі століть. *Вісник Інституту розвитку дитини. Сер. : Філософія, педагогіка, психологія.* 2014. Вип. 33. С. 5-9.
7. Антонова Н. О. Ціннісні орієнтації у системі особистісних якостей студентів вищого педагогічного навчального закладу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2003. 20 с.
8. Арнольдов А. И. Введение в культурологию (новая расширенная редакция) : учебное пособие. Москва : Народная Академия культуры и общечеловеческих ценностей, 1993. 352 с.
9. Аухадеева Л. А. Формирование коммуникативной культуры современного учителя в процессе вузовской подготовки : автореф. дисс. на соискание уч. степени д-ра пед. наук : 13.00.01. Казань, 2008. 48 с.
10. Барковський В. П. Формування комунікативної культури у майбутніх працівників кримінальної міліції : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Хмельницький, 2003. 18 с.

11. Батаршев А. В. Диагностика способности к общению. Санкт-Петербург : Питер, 2006. 176 с.
12. Бацевич Ф. С. Основы комунікативної лінгвістики : підручник. Київ : Видавничий центр «Академія», 2004. 344 с.
13. Бех І. Д. Виховання особистості : у 2 кн. Київ : Либідь, 2003. Кн. 2 : Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. 344 с.
14. Бирюкова С. Н. Формирование коммуникативной культуры студентов технического вуза (на основе изучения курса «Русский язык и культура речи») : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Воронежский гос. технич. ун-т. Воронеж, 2004. 196 с.
15. Битюцкая Н. Н. Педагогические технологии развития коммуникативной культуры будущего учителя иностранного языка (в условиях педагогического колледжа) : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Елец, 2006. 26 с.
16. Білоножко А. В. Соціально-психологічні чинники становлення комунікативної культури майбутнього юриста в процесі професійної підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2008. 21 с.
17. Большой психологический словарь / сост. и общ. ред. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. Санкт-Петербург; Москва : Прайм-Еврознак : Олма-Пресс, 2004. 666 с.
18. Ботавина Р. Н. Этика деловых отношений : учебное пособие. Москва : Финансы и статистика, 2002. 208 с.
19. Брус М. П. Українське ділове мовлення : навч. посібник для студентів економічних спеціальностей. Івано-Франківськ : Тіповіт, 2004. 230 с.
20. Бутенко Н. Ю. Комунікативна майстерність викладача : навч. посібник. Київ : КНЕУ, 2005. 336 с.
21. Бутенко Т. О. Дослідження поняття мовної компетенції як педагогічної категорії. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2007. №12. С. 22-24.

22. Бутенко Т. О. Формування комунікативної компетентності майбутніх інженерів у процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2011. 20 с.
23. Васильева Л. Н. Коммуникативная компетентность и совладающее поведение будущих врачей. *Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова*. 2009. Т. 15. № 5. С.172-176.
24. Васянович Г. П., Онищенко В. Д. Ноологія особистості : навчальний посібник для студентів і викладачів. Львів : Сполом, 2012. 224 с.
25. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і гол. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
26. Вердербер Р., Вердербер К. Психология общения. Санкт-Петербург : Прайм - Еврознак, 2003. 320 с.
27. Викулова Л. Г., Шарунов А. И. Основы теории коммуникации : практикум Москва : АСТ : Восток - Запад, 2008. 316 с.
28. Вілл'ємс Дж. Підручник з лікарської етики : підруч. / пер. з англ. ; за ред. академіка АМН України Любомира Пирога ; Світове Лікарське Товариство. 2-ге вид. Київ : БФ «Третє Тисячоліття», 2009. 140 с.
29. Вітенко І. С. Інтегральна медико-психологічна модель сімейного лікаря. *Медицинская психология*. 2012. Т. 7. № 3. С. 22-25.
30. Вітенко І. С. Медична психологія : підручник. Київ : Здоров'я, 2007. 208 с.
31. Волкова Н. П. Професійно-педагогічна комунікація : навч. посіб. Київ : ВЦ «Академія», 2006. 256 с.
32. Волченко О. М. Формування комунікативної компетенції майбутніх учителів іноземних мов у вищих педагогічних навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2006. 20 с.
33. Гаврилюк О. О. Формування комунікативної культури майбутніх учителів засобами позааудиторної роботи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Кіровоград, 2007. 20 с.

34. Галацин К. О. Формування комунікативної культури студентів вищих технічних навчальних закладів у процесі позааудиторної роботи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Умань, 2014. 22 с.
35. Галкина Е. Н., Толстенева А. А. Формирование коммуникативных умений у будущих специалистов сферы обслуживания : монография. Нижний Новгород : НГПУ, 2012. 117с.
36. Галузевий стандарт вищої освіти підготовки на другому (магістерському) рівні Магістра у галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина URL:
https://www.vnmu.edu.ua/downloads/pdf/standart_VO_med_20190408-140905.pdf (дата звернення: 20.06.2019).
37. Галузевий стандарт вищої освіти. Освітньо-кваліфікаційна характеристика спеціаліста за спеціальністю 7.110101 “Лікувальна справа” напряму підготовки 1101 “Медицина” ; Введ.16.04.03. Київ : Книга-плюс, 2003. 25 с.
38. Герасименко С. Л. Формирование коммуникативной культуры будущего медицинского работника в процессе изучения иностранного языка : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08. Курский гос. ун-т. Курск, 2007. 282 с.
39. Герчанівська П. Е. Культурологія : навч. посіб. для дистанційного навчання. Вид. 2-ге випр. і доп. / За ред. В. І. Панченко. Київ : Університет «Україна», 2006. 323 с.
40. Герчанівська П. Е. Культурологія : термінологічний словник. Київ : Національна Академія керівних кадрів культури і мистецтв, 2015. 439 с.
41. Годлевська Д. М. Формування професійної комунікативної компетентності майбутніх соціальних працівників в умовах педагогічного університету : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.05. Київ, 2007. 21 с.
42. Гончаренко С. Український педагогічний словник. Київ : Либідь, 1997. 374 с.
43. Гуменна І. Р. Підготовка майбутніх лікарів до професійної комунікації на засадах міждисциплінарної інтеграції : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Тернопільський нац. пед. ун-т. Тернопіль, 2016. 270 с.

44. Гуревич П. С. Культурология : учебник для вузов. Москва : Проект, 2003. 336 с.
45. Гусевская О. В. Формирование коммуникативной культуры личности как основа общекультурной компетентности. *Ценности и смыслы*. 2009. № 1. С. 131-141.
46. Гусейнов А. А., Апресян Р. Г. Этика : учебник. Москва : Гардарики, 2000. 472 с.
47. Данильян О. Г., Тараненко В. М. Філософія : підручник. Харків : Право, 2010. 312 с.
48. Дворецька Г. В. Соціологія : навч. посіб. Вид. 2-ге, перероб. і допов. Київ : КНЕУ, 2002. 472 с.
49. Деонтология в медицине : в 2 т. / О. С. Белорусов, Н. П. Бочков, А. А. Бунятян ; под ред. Б. В. Петровского ; АМН СССР. Москва : Медицина, 1988. Т. 1 : Общая деонтология. 352 с.
50. Державний стандарт базової і повної загальної середньої освіти : затв. постановою КМУ від 23 листопада 2011р. № 1392. *Комп'ютер у школі та сім'ї*. 2012. № 1. С. 33-38.
51. Доброскок І. І., Овсієнко Л. М. Організація сучасної ділової комунікації : навчальний посібник для студентів ВНЗ. Переяслав-Хмельницький : «Видавництво КСВ», 2015. 446 с.
52. Добротвор О. В. Формування комунікативної компетентності старшокласників засобами організаційно-діяльнісної гри : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.09. Київ, 2011. 20 с.
53. Дуброва В. П. Некоторые аспекты психологической подготовки врача к терапевтическому взаимодействию с пациентом. *Психологическая наука и образование*. 2012. № 3. С. 62-66.
54. Дудікова Л. В. Теоретичні та методичні основи формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.04 / Інститут професійно-технічної освіти Національної академії педагогічних наук України. Київ, 2018. 563 с.

55. Дядищева М. С. Коллективная творческая деятельность как средство воспитания коммуникативной культуры подростков : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.01. Елец, 2006. 23 с.
56. Елькина И. Ю. Развитие личностных качеств студентов педагогических специальностей как базового компонента коммуникативной культуры : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. психол. наук : 19.00.07. Нижний Новгород, 2012. 25 с.
57. Ерыкалов А. Б. Сущность и функции коммуникативной культуры в социальной системе: социально-философский анализ : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. филос. наук : 09.00.11. Хабаровск, 2009. 24 с.
58. Етика ділового спілкування : курс лекцій. Вид. 2-ге, стереотип. / Чмут Т. К., Чайка Г. Л., Лукашевич М. П., Осечинська І. Б. Київ : МАУП, 2003. 208 с.
59. Етика ділового спілкування : навчальний посібник / Т. Б. Гриценко та ін. ; за ред. Т. Б. Гриценко, Т. Д. Іщенко, Т. Ф. Мельничук. Київ : Центр учбової літератури, 2007. 344 с.
60. Етика ділового спілкування : навчально-методичний посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Харченко С. Я., Краснова Н. П., Харченко Л. П., Юрків Я. І. Луганськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2012. 507 с.
61. Етичний кодекс лікаря України. *Здоров'я України*. 2009. № 19 (224). С. 30-31.
62. Ефанова Т. И., Нигматуллина Э. Н., Мустафин А. Ф., Савицкая Н. Н., Савицкий С. К. Сущностная характеристика коммуникативных умений бакалавров по направлению подготовки «Прикладная информатика». *Сборники конференций НИЦ Социосфера*. 2014. №7. С. 68-78.
63. Євтушенко Ю. О. Формування деонтологічної культури майбутніх лікарів у навчально-виховному процесі медисного ВНЗ : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Старобільськ, 2017. 22 с.
64. Загальна психологія : навч. посіб. / Сергеєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасека О. В. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 296 с.
65. Загальна психологія : підручник / О. В. Скрипченко та ін. Київ : Либідь, 2005. 464 с.

66. Загвязинский В. И., Атаханов Р. Методология и методы психолого-педагогического исследования : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Изд. 2-е, стер. Москва : Издательский центр «Академия», 2005. 208 с.
67. Замкова Н. Л. Відносини між мовою та культурою в "національних проектах" XIX сторіччя. *Наукове пізнання: методологія та технологія : Філософія*. 2014. Вип. 2. С. 46-52.
68. Зимняя И. А. Педагогическая психология : учебник для вузов. Москва : Логос, 2001. 384 с.
69. Знаменская С. В. Педагогические условия формирования коммуникативной культуры студентов в процессе профессиональной подготовки в вузе : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Ставропольский гос. ун-т. Ставрополь, 2004. 212 с.
70. Золотухін Г. О., Литвиненко Н. П., Місник Н. В. Фахова мова медика : підручник. Київ : Здоров'я, 2001. 392 с.
71. Зуброва О. А. Формування професійних особистісних якостей майбутнього учителя-філолога у навчально-виховному процесі класичного університету : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Херсон, 2008. 20 с.
72. Измайлова М. А. Деловое общение : учебное пособие. 2-е изд. Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2009. 252 с.
73. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 512 с.
74. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 576 с.
75. Ісаєва О. С. Теоретичні та методичні засади формування особистісно-професійної культури майбутніх лікарів у процесі гуманітарної підготовки : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04. Харківський нац. пед. ун-т. Харків, 2016. 625 с.
76. Історія української культури : навчальний посібник / Є. В. Перегуда та ін. Київ : КНУБА, 2010. 149 с.

77. Каверіна О. Г. Інтегративний підхід до формування готовності студентів вищих технічних навчальних закладів до професійної комунікації : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : 13.00.04. Київ, 2010. 44 с.
78. Каган М. С. Избранные труды : в VII томах. Санкт-Петербург : ИД «Петрополис», 2006. Том II : Теоретические проблемы философии. 660 с.
79. Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В. Психологія спілкування : навчальний посібник. Харків : НФаУ, 2011. 132 с.
80. Калюжна Т. Г. Педагогічна аксіологія в умовах модернізації професійно-педагогічної освіти : монографія / за наук. ред. О. В. Уваркіної. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 128 с.
81. Кан-Калик В. А. Учителю о педагогическом общении : книга для учителя. Москва : Просвещение, 1987. 190 с.
82. Кардашевська Г. Е. Професійні ціннісні орієнтації майбутніх лікарів. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2013. № 15. С. 70-75.
83. Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов. Москва : ЭКСМО, 2007. 416 с.
84. Карпов А. В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики. *Психологический журнал*. 2003. Т. 24. № 5. С. 45-57.
85. Кибанов А. Я., Захаров Д. К., Коновалова В. Г. Этика деловых отношений : учебник / под. ред. А. Я. Кибанова. Москва : Инфра-М, 2002. 368 с.
86. Кирьякова А. В. Теория ориентация личности в мире ценностей : монография. Оренбург : Юж. Урал. ун-т., 1996. 188 с.
87. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Москва : Издательский центр «Академия», 2004. 304 с.
88. Ковальчук О., Когут С. Основи психології та педагогіки : навч. посібник / за заг. ред. Л. Ковальчук. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2009. 624 с.

89. Когут І. В. Формування професійно-педагогічної комунікативної компетентності майбутнього вчителя : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Полтавський нац. пед. ун-т. Полтава, 2015. 250 с.
90. Коджаспирова Г. М., Коджаспиров А. Ю. Педагогический словарь. Москва : ИКЦ «Март»; Ростов-на-Дону : Издательский центр «Март», 2005. 448 с.
91. Кокун О. М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця : монографія. Київ : ДП «Інформ.-аналіт. агенство», 2012. 200 с.
92. Кон И. С. Психология ранней юности : книга для учителя. Москва : Просвещение, 1989. 255 с.
93. Кондратюк А. Л. Формування інтеркультурних комунікативних умінь у студентів немовних спеціальностей у процесі гуманітарної підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Житомирськ. держ. ун-т. Житомир, 2014. 225 с.
94. Конецкая В. П. Социология коммуникаций : учебник. Москва : Международный университет бизнеса и управления, 1997. 304 с.
95. Корж О. Ю. Комунікативні якості майбутніх лікарів. *Науковий вісник Донбасу*. 2011. № 3. URL: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nvd_2011_3_11.pdf (дата звернення: 20.06.2019).
96. Корніяка О. М. Особливості розвитку комунікативної компетентності фахівців на різних етапах їх професійного становлення. *Психолінгвістика*. 2011. Вип. 8. С. 33-45.
97. Корніяка О. М. Психологія комунікативної культури особистості школяра : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра психол. наук : 19.00.07. Київ, 2007. 41 ст.
98. Корольова Т. Фахова культура медичного працівника як психолого-педагогічний феномен. *Теорія та методика управління освітою*. 2012. № 8. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ttmuo_2012_8_11 (дата звернення: 20.06.2019).
99. Косенко Ю. В. Основи теорії мовної комунікації : навчальний посібник. Суми : Сумський державний університет, 2011. 187 с.
100. Кравченко-Дзондза О. Е. Формування комунікативної компетентності майбутніх учителів початкових класів у процесі фахової підготовки :

- автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2015. 24 с.
101. Красножон Г. А. Формирование коммуникативной культуры студентов младших курсов ГБОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет» Минздрава России. *Современные проблемы и пути их решения в науке, транспорте, производстве и образовании* : материалы Международной научно-практ. Интернет-конф., 18-27 декабря 2012 г. URL: <http://www.sworld.com.ua/konfer29/1030.pdf> (дата обращения: 20.06.2019).
 102. Кривуля О. М. Філософія : навчальний посібник. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2010. 592 с.
 103. Кручек В. А. Психолого-педагогічні основи міжособистісного спілкування : навчальний посібник. Київ : ДАКККиМ, 2010. 273 с.
 104. Кручек В. А. Формування комунікативних умінь студентів вищих аграрних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2004. 19 с.
 105. Кручек В. А., Васюк О. В. Критерії та показники сформованості культури педагогічної взаємодії. *Вісник Черкаського університету : Серія «Педагогічні науки»*. 2011. Вип. 203. Ч. 1. С. 99–104.
 106. Кузнецова В. Г. Формування гуманістичних цінностей у майбутніх вчителів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Луганськ, 2001. 20 с.
 107. Кузнецова І. В. Педагогічні умови формування емпатійної культури студентів вищих медичних навчальних закладів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04. Харківський держ. пед. ун-т. Харків, 2004. 205 с.
 108. Культурология : учебник / под ред. Ю. Н. Солонина, М. С. Кагана. Москва : Высшее образование, 2005. 566 с.

109. Культурологія : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації / Кравець М. С. та ін. ; за заг. ред. В. М. Пічі. Львів: «Магнолія плюс», 2003. 236 с.
110. Культурологія. 2-ге вид. / Гриценко Т. Б. та ін. ; за ред. Т. Б. Гриценко. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 392 с.
111. Культурологія: теорія та історія культури : навч. посіб. Видання 3-тє, перероб. та доп. / за ред. І. І. Тюрменко. Київ : Центр учбової літератури, 2010. 370 с.
112. Куницына В. Н., Казаринова Н. В., Поголына В. М. Межличностное общение : учебник для вузов. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 544 с.
113. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медсестер у процесі фахової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2009. 21 с.
114. Лекції з історії світової та вітчизняної культури : навчальний посібник. Вид. 2-ге, перероб. і доп. / за ред. проф. А. Яртися та проф. В. Мельника. Львів : Світ, 2005. 347 с.
115. Леонтьев А. А. Психология общения. Изд. 2-е, испр. и доп. Москва : Смысл, 1997. 365 с.
116. Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 320 с.
117. Лобанов А. А. Основы профессионально-педагогического общения : учебное пособие. Москва : Академия, 2002. 192 с.
118. Лопатинська В. В. Формування гуманістичних цінностей підлітків у позашкільних навчальних закладах туристсько-краєзнавчого профілю : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2007. 20 с.
119. Макаренко В. І. Формування фахових компетентностей майбутніх лікарів у процесі природничо-наукової підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Полтавський нац. пед. ун-т. Полтава, 2017. 262 с.

120. Макаренко С. С. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності учителя : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2001. 18 с.
121. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія : навчальний посібник. Київ : МАУП, 2000. 256 с.
122. Максимова Г. П. Коммуникативная культура преподавателя и ее развитие в профессиональной деятельности : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Ростов-на-Дону, 2000. 22 с.
123. Максимчук Н. П. Психологічні особливості становлення ціннісних орієнтацій майбутнього вчителя у процесі професійної підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2000. 20 с.
124. Малик Н. В. Деякі психологічні аспекти взаємовідносин сімейного лікаря і пацієнта. *Семейная медицина*. 2016. № 2. С. 25-26.
125. Манжос Е. О. Підготовка майбутнього вчителя іноземної мови до формування комунікативної культури учнів старшої школи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2011. 20 с.
126. Маркова А. К., Матис Т. А., Орлов А. Б. Формирование мотивации учения : книга для учителя. Москва : Просвещение, 1990. 192 с.
127. Мартиненко С. М., Хоружа Л. Л. Загальна педагогіка : навчальний посібник. Київ : МАУП, 2002. 176 с.
128. Мацько Д. С. Формування гуманістичних цінностей майбутніх учителів зарубіжної літератури в процесі фахової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Луганськ, 2008. 20 с.
129. Мацько Л. І., Кравець Л. В. Культура української фахової мови : навчальний посібник. Київ : ВЦ «Академія», 2007. 360 с.
130. Мащак С. О. Комунікативна компетентність особистості як соціально-психологічна проблема. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Вип. 10. С. 435-444.

131. Медведь Г. М. Формування професійної комунікативної культури майбутніх інженерів зв'язку : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих АПН України. Київ, 2010. 251 с.
132. Миронюк М. В., Захарченко Н. В. Вища математика. Практикум : навчально-методичний посібник для студентів природничих спеціальностей вищих навчальних закладів. Вінниця : ФОП Рогальська І.О., 2011. 416 с.
133. Митрова Н. О. Формирование коммуникативной культуры у студентов вуза в процессе их включения с социально-ориентированную деятельность : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Майкоп, 2006. 27 с.
134. Мітіна С. В. Соціально-психологічний тренінг як засіб формування комунікативної компетентності лікарів-інтернів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2016. Вип. 3(2). С. 55-60.
135. Мудрик А. В. Общение в процессе воспитания : учебное пособие. Москва : Педагогическое общество России, 2011. 320 с.
136. Мудрик А. В. Социализация человека : учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. Изд. 2-е, испр. и доп. Москва : Издательский центр «Академия», 2006. 304.
137. Музальов О. О. Культурологія : навчальний посібник для учнів, студентів і викладачів. Львів : Львівський науково-практичний центр професійно-технічної освіти НАПН України, 2012. 185 с.
138. Мюллер В. К. Новый англо-русский словарь. 6-е изд. Москва : Издательство «Русский язык», 1999. 880 с.
139. М'ясоїд Г. І. Педагогічні умови розвитку комунікативної культури соціальних інспекторів у процесі підвищення кваліфікації : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Тернопіль, 2005. 20 с.
140. Наливайко О. Б. Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Вінницький держ. пед. ун-т. Вінниця, 2016. 286 с.

141. Новиков А. М. Как работать над диссертацией : пособие для начинающего педагога-исследователя. Изд. 4-е, перераб. и доп. Москва : Издательство «Эгвес», 2003. 104 с.
142. Новиков А. М. Педагогика : словарь системы основных понятий. Москва : Издательский центр ИЭТ, 2013. 268 с.
143. Орлова Н. В. Комунікативно-функціональний підхід до вивчення професійної мови журналістики. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Лінгвістика»*. 2007. Випуск V. С. 298–301.
144. Основы философских знаний : підручник / Горлач М. І. та ін. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 1028 с.
145. Основы теории коммуникации : учебник / под ред. проф. М. А. Василика. Москва : Гардарики, 2003. 615 с.
146. Остраус Ю. М. Cognitive component of future family physicians' professional communicative culture. *Economics, science, education: integration and synergy* : materials of International scientific and practical conference, 18-21 January 2016. Bratislava, Slovak Republic, 2016. Vol. 2. P. 24-25.
147. Остраус Ю. М. Джерела та рушійні сили професійного самовдосконалення особистості. *Інноваційний розвиток вищої освіти: глобальний та національний виміри змін* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 4-5 березня 2014 р. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2014. Т. 1. С. 278-282.
148. Остраус Ю. М. Комунікативна компетентність як складова професійно-комунікативної культури викладача ВНЗ. *Професійно-педагогічна компетентність* : навч. посібн. / за ред. І. Л. Холковської. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2018. С. 209-216.
149. Остраус Ю. М. Комунікативні уміння майбутніх лікарів. *Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи* : матеріали Всеукр. дистанційної наук.-практ. конф. з міжнародною участю, 13-14 листопада 2014 р. Харків : Тім Пабліш Груп, 2014. С. 241-242.
150. Остраус Ю. М. Комунікативні якості майбутніх фахівців професій типу «людина-людина». *Теоретичні та методичні засади особистісно-*

- професійного розвитку майбутнього вчителя* : матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., 26-27 листопада 2014 р. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2014. С. 122-125.
151. Остраус Ю. М. Комунікативні якості як критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Педагогічні науки*. 2016. Вип. 1. С. 172-179.
 152. Остраус Ю. М. Критерії, показники та рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія*. 2016. Вип. №47. С. 96-102.
 153. Остраус Ю. М. Мотиваційний критерій професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів: методика діагностики та рівень сформованості. *Педагогіка та психологія*. 2016. Вип. 52. С. 320-330.
 154. Остраус Ю. М. Підходи до визначення сутності поняття «професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів». *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія*. 2014. Вип. №42. Ч. I. С. 242-247.
 155. Остраус Ю. М. Практично-діяльнісний критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. Budapest, 2016. IV (43). Issue 88. P. 37-41
 156. Остраус Ю. М. Структурні компоненти професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень*. 2014. Вип. 3 (6). С. 300-304.
 157. Остраус Ю. М. Сутність поняття «професійна комунікація сімейного лікаря». *Актуальні наукові проблеми. Розгляд, рішення, практика* : матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., 26-27 травня 2017 р. м. Одеса. Київ : ГО «Інститут інноваційної освіти», 2017. Ч. 1. С. 22-26.

158. Остраус Ю. М. Ціннісні орієнтації як компонент професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Україна наукова* : матеріали XI Міжнар. наук. інтернет-конф., 16-18 грудня 2014 р. Київ : ТОВ ТК «Меганом», 2014. Част. 2. С. 22-29.
159. Остраус Ю. Ціннісні орієнтації як критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Педагогічні науки*. 2016. Вип. 65. С. 65-71.
160. Офіційний сайт Буковинського державного медичного університету. URL: <https://www.bsmu.edu.ua> (дата звернення: 20.06.2019).
161. Офіційний сайт Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова. URL: <https://www.vnmu.edu.ua> (дата звернення: 20.06.2019).
162. Офіційний сайт Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. URL: <http://new.meduniv.lviv.ua> (дата звернення: 20.06.2019).
163. Офіційний сайт Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. URL: <https://nmuofficial.com> (дата звернення: 20.06.2019).
164. Офіційний сайт Одеського національного медичного університету. URL: <https://onmedu.edu.ua> (дата звернення: 20.06.2019).
165. Офіційний сайт Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського. URL: <https://www.tdmu.edu.ua> (дата звернення: 20.06.2019).
166. Пайкуш М. А. Концептуальні засади інтеграції природничонаукової та професійно-практичної підготовки майбутніх лікарів. *Проблеми інженерно-педагогічної освіти*. 2015. № 48-49. С. 15-20.
167. Палеха Ю. І. Етика ділових відносин : нав. посіб. Київ : Кондор, 2007. 356 с.
168. Панфилова А. П. Психология общения : учебник для студ. учреждений сред. проф. образования. Москва : Издательский центр «Академия», 2013. 368 с.
169. Пасинок В. Г. Основи культури мовлення : навчальний посібник. Харків : ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2011. 228 с.

170. Пентилюк М. І., Маруніч І. І., Гайдаєнко І. В. Ділове спілкування та культура мовлення : навчальний посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2010. 224 с.
171. Петрушенко В. Л. Філософія : підручник. Львів : «Магнолія 2006», 2011. 506 с.
172. Пляка Л. В. Психологічні особливості розвитку професійної комунікативної компетентності у майбутніх провізорів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2010. 20 с.
173. Побежимова З. А. Драматизация как средство формирования коммуникативной культуры будущего педагога : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.02. Екатеринбург, 2007. 24с.
174. Подоляк Л. Г., Юрченко В. І. Психологія вищої школи : підручник. Вид. 2-ге, доповн. і перероб. Київ : Каравела, 2008. 352 с.
175. Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике. Москва : Высшая школа, 2004. 512
176. Поплавська С. Д. Формування готовності студентів медичних коледжів до комунікативної взаємодії у професійній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2009. 20 с.
177. Про визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів МОЗ України : Наказ МОЗ України від 18 вересні 2018 р. № 1696. URL: <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-18092018--1696-pro-viznannja-takimi-scho-vtratili-chinnist-dejakihi-nakaziv-moz-ukraini?preview=1> (дата звернення: 20.06.2019).
178. Про вищу освіту : Закон України від 1 липня 2014 р. № 1556-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18> (дата звернення: 20.06.2019).
179. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 20.06.2019).
180. Про схвалення Стратегії розвитку медичної освіти в Україні : Розпорядження Кабінету міністрів України від 27 лютого 2019 р. № 95-р. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80> (дата звернення: 20.06.2019).

181. Професійна педагогічна освіта: становлення і розвиток педагогічного знання : монографія / за ред. проф. О. А. Дубасенюк. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2014. 443 с.
182. Психодиагностика персонала. Методика и тесты : учебное пособие для факультетов: психологических, экономических и менеджмента : в 2 т. / редактор-составитель Д. Я. Райгородский. Самара : Издательский Дом «Бахрах-М», 2007. Т. II. 560 с.
183. Психология и педагогика : учебное пособие / под ред. В. И. Жукова, Л. Г. Лаптева, А. И. Подольской, В. А. Сластенина. Москва : Издательство Института Психотерапии, 2004. 585 с.
184. Психологічний довідник учителя : в 4 кн. / за заг. ред. С. Максименка. Київ : Главник, 2005. Кн. 2. 112 с.
185. Психологічний словник / за ред. В. І. Войтка. Київ : Либідь, 1982. 215 с.
186. Пудова С. С. До питання змісту поняття «професійна культура лікаря» на сучасному етапі розвитку вищої медичної освіти в Україні. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2008. Вип. 18. С. 440-444.
187. Радевич-Винницький Я. К. Етикет і культура спілкування. Львів : Сполом, 2001. 223 с.
188. Разорьонова М. В. Підготовка майбутніх учителів іноземної мови до діагностики та корекції рівня комунікативної культури в школярів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Луганськ, 2010. 20 с.
189. Реан А. А., Кудашев А. Р., Баранов А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак, 2006. 479 с.
190. Риб Г. Г. Сутність поняття «Професійна комунікація медичних працівників середньої ланки та її різновиди». *Вісник ЛНУ імені Т. Шевченка*. 2013. № 15 (247). С. 83-91.
191. Рувинский Л. И. Самовоспитание личности. Москва : Мысль, 1984. 140 с.

192. Руденко Л. А. Формування комунікативної культури майбутніх фахівців сфери обслуговування у професійно-технічних навчальних закладах : монографія. Львів : Піраміда, 2015. 342 с.
193. Руденский Е. В. Социальная психология : курс лекций. Москва : ИНФРА-М; Новосибирск : НГАЭиУ, 1997. 224 с.
194. Русалкіна Л. Г. Формування умінь англомовного ділового спілкування у майбутніх лікарів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02 / Південноукраїнський нац. пед. ун-т. Одеса, 2014. 293 с.
195. Савенкова І. І. Проблема ефективності діяльності лікаря в умовах дефіциту часу. *Актуальні проблеми психології*. 2009. Т. 7. Випуск 19. С. 206-211.
196. Садова В. В. Формування комунікативної культури вчителів початкових класів у процесі методичної роботи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2000. 18 с.
197. Сарновська С. О. Сучасна соціальна комунікативна культура (філософсько-методологічний аналіз) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. філос. наук : 09.00.03. Київ, 2000. 18 с.
198. Сірак І. П. формування готовності майбутніх медичних сестер до професійної самореалізації : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Вінницький держ. пед. університет. Вінниця, 2017. 296 с.
199. Скаженик Е. Н. Деловое общение. Таганрог : Изд-во ТРТУ, 2006. 180 с.
200. Скворцова С. О., Вторнікова Ю. С. Професійно-комунікативна компетентність учителя початкових класів : монографія. Одеса : Абрикос Компани, 2013. 290 с.
201. Сластенин В. А., Чижакowa Г. И. Введение в педагогическую аксиологию : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Москва : Издательский центр «Академия», 2003. 192 с.
202. Словарь по этике. 4-е изд. / под. ред. И. С. Кона. Москва : Политиздат, 1981. 430 с.
203. Словник іншомовних слів / уклад. С. М. Морозов, Л. М. Шкарапута. Київ : Наукова думка, 2000. 680 с.

204. Словник-довідник з професійної педагогіки / За ред. А. В. Семенової. Одеса : Пальміра, 2006. 221 с.
205. Слухенська Р. В. Формування творчого потенціалу майбутніх лікарів у процесі професійної підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Класичний приватний ун-т. Запоріжжя, 2016. 263 с.
206. Сморгкова В. П. Формирование коммуникативной культуры социального педагога в системе профессиональной подготовки в вузе : автореф. дисс. на соискание уч. степени д-ра пед. наук : 13.00.08. Москва, 2007. 46 с.
207. Соковнин В. М. О природе человеческого общения. Фрунзе : Мектеп, 1973. 154с.
208. Соколов А. В. Общая теория социальной коммуникации : учебное пособие. Санкт-Петербург : Изд-во Михайлова В. А., 2002. 461 с.
209. Соколова О. П. Коммуникативная культура индивида: социально-философский анализ : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. филос. наук : 09.00.11. Ижевск, 2005. 18 с.
210. Социологический энциклопедический словарь / ред.-координ. Г. В. Осипов. Москва : Издательская группа Инфра-М-Норма, 2000. 488 с.
211. Соціологія : навч. посібник для студ. вищ. навч. закладів. Вид. 2-ге, доопр., доп. / за заг. ред. В. І. Докаша. Чернівці : Чернівецький нац. ун-т, 2012. 448 с.
212. Соціологія : навчальний посібник / Є. В. Перегуда та ін. Київ : КНУБА, 2012. 140 с.
213. Соціологія : словник термінів і понять / за заг. ред. Є. А. Біленького, М. А. Козловця. Київ : Кондор, 2006. 372 с.
214. Соцький К. О. Формування готовності майбутніх молодших медичних спеціалістів до професійного самовдосконалення : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Вінницький держ. пед. ун-т. Вінниця, 2016. 314 с.
215. Станкевич Л. В. Развитие коммуникативной культуры будущих юристов в условиях инновационной деятельности вуза : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Челябинск, 2009. 24 с.

216. Стеценко Н. М. Комунікативна компетентність як складова професійної підготовки сучасного фахівця. *Педагогічний альманах*. 2016. Вип. 29. С. 185-191.
217. Стечак Г. М. Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Львівський держ. ун-т. безпеки життєдіяльності. Львів, 2017. 282 с.
218. Столяренко О. Б. Психологія особистості : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
219. Сурсаєва І. С. Формування професійного мислення майбутніх фельдшерів у процесі фахової підготовки в медичних коледжах : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Вінницький держ. пед. ун-т. Вінниця, 2016. 298 с.
220. Тайлор Є. Б. Первобытная культура / пер. с англ. Д. А. Коропчевского. Москва : Политиздат, 1989. 573 с.
221. Тарасенко С. М. Формування фахової комунікативної культури курсантів військових інститутів у процесі навчання дисциплін гуманітарного циклу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2013. 23 с.
222. Татаріна І. О. Формування іншомовної комунікативної культури майбутніх учителів засобом педагогічної риторики : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Одеса, 2005. 21 с.
223. Теорія та історія світової і вітчизняної культури : курс лекцій / А. К. Бичко та ін. Київ : Либідь, 1992. 392 с.
224. Тепла О. М. Формування гуманістичних цінностей у студентів аграрних вищих навчальних закладів у позааудиторній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2008. 23 с.
225. Тернопільська В. І. Система виховання соціально-комунікативної культури учнів загальноосвітньої школи у позаурочній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : 13.00.07. Київ, 2009. 41 с.

226. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2008. 21 с.
227. Тимченко І. І. Формування комунікативної культури студентів у процесі вивчення предметів гуманітарного циклу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2001. 20 с.
228. Тихолаз С. І. Педагогічні умови розвитку професійної спрямованості студентів вищих медичних навчальних закладів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2011. 20 с.
229. Тихонова Т. Е. Формирование коммуникативной культуры младших школьников в условиях полиязыкового образования : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.01. Сочи, 2011. 22 с.
230. Ткачук О. Г. Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх лікарів в освітньому процесі з фізичного виховання : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Інститут вищої освіти Нац. акад. пед. наук України. Київ, 2019. 274 с.
231. Трегуб С. Є. Формування професійної культури спілкування майбутніх лікарів у процесі фахової підготовки : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Класичний приватний ун-т. Запоріжжя, 2017. 303 с.
232. Уваркіна О. В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Інститут вищої освіти Нац. акад. пед. наук України. Київ, 2003. 193 с.
233. Ушачева Ю. В. Формирование в вузе коммуникативной культуры будущих преподавателей средствами тренинга педагогического общения : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Орел, 2009. 23 с.
234. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп : учебн. пособ. Москва : Издательство Института Психотерапии, 2002. 490 с.

235. Філоненко М. М. Психологія спілкування : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 224 с.
236. Філософський енциклопедичний словник / НАН України, Ін-т філософії імені Г. С. Сковороди ; редкол.: В. І. Шинкарук (голова) та ін. Київ : Абрис, 2002. 742 с.
237. Халупо О. И. Формирование коммуникативной культуры у студентов технического вуза при изучении иностранных языков : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Челябинский гос. агроинженерн. ун-т. Челябинск, 2002. 130 с.
238. Хом'як А. П. Педагогічні технології формування комунікативної компетентності старшокласників у процесі вивчення предметів гуманітарного циклу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.09. Київ, 2010. 20 с.
239. Хома І. Я., Сова А. О., Мина Ж. В. Історія української культури : навч. посіб. / за ред. І. Я. Хоми. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2012. 356 с.
240. Худякова Н. Л. Философия и развитие образования : учеб. пособие. Челябинск : изд-во ЧГПУ, 2009. 230 с.
241. Цехмістер Я. В. Теорія і практика допрофесійної підготовки учнів у ліцеях медичного профілю при вищих навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2002. 50 с.
242. Черезова І. О. Комунікативна компетентність як інтегральна якість особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2014. Вип. 1(1). С. 103-107.
243. Черниш Н. Соціологія. Курс лекцій : підручник. Львів : Кальварія, 2003. 543с.
244. Шемигон Н. Ю. Формування ціннісних орієнтацій майбутніх педагогів у процесі професійної підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2008. 21 с.
245. Шкала Л. В., Левченко Г. Ф. Сімейна медицина. Загальні положення : монографія. Луганськ : Луганський державний медичний університет, 2008. 200 с.

246. Щербакова І. М., Стадник Г. А. Психодіагностика професійного самовизначення особистості : навчально-методичний посібник. Суми : Видавництво СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2012. 324 с.
247. Юсеф Ю. В. Особливості формування комунікативної культури майбутніх лікарів у сучасному соціокультурному середовищі. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2013. № 21. С. 145-150.
248. Ярмаченко М. Д. Педагогіка. Київ : Вища школа, 1986. 543 с.
249. Ященко Е. М. Формування комунікативної культури студентів у навчально-виховному процесі вищих навчальних закладів економічного профілю : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2010. 20 с.
250. Bakic-Miric N. M., Bakic N. M. Successful doctor-patient communication and rapport building as the key skills of medical practice. *Facta Universitatis. Series : Medicine and Biology*. 2008. Vol. 15, №2. P. 74-79. URL: facta.junis.ni.ac.rs/mab/mab200802/mab200802-08.pdf (Last accessed: 20.06.2019).
251. Beck S. R., Daughtridge R., Sloane P. D. Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 2001. Vol. 15, №1. P. 25-38. URL: jabfm.org/content/jabfp/15/1/25.full.pdf (Last accessed: 20.06.2019).
252. Clever S. L., Jin L., Levinson W., Meltzer D. O. Does Doctor–Patient Communication Affect Patient Satisfaction with Hospital Care? Results of an Analysis with a Novel Instrumental Variable. *Health Services Research*. 2008. 43 (5 Pt. 1). P. 1505–1519. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x
253. Duke University School of Medicine. URL: medschool.duke.edu
254. Encyclopedia of Communication Theory / general editors S. W. Littlejohn, K. A. Foss. United States of America : Sage Publications Inc., 2009. 1192 p.

255. Ha J. F., Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*. 2010. Vol. 10, №1. P. 38-43. URL: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/ (Last accessed: 20.06.2019).
256. Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences. URL: medicine.buffalo.edu
257. Kroeber A. L., Kluckhohn C. Culture: a critical review of concepts and definitions. Cambridge, Massachusetts, USA : The Museum, 1952. 456 p. URL: pseudology.org/Psychology/CultureCriticalReview1952a.pdf (Last accessed: 20.06.2019).
258. Kurtz S. Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2002. №29 (Suppl. 2). P. 23-29. DOI: 10.1017/S0317167100001906
259. Lee S. J., Back A. L., Block S. D., Stewart S. K. Enhancing physician-patient communication. *Hematology. American Society of Hematology. Education Program*. 2002. №1. P. 464-483. DOI: 10.1182/asheducation-2002.1.464
260. Medical University of Warsaw. URL: wum.edu.pl/en
261. Semmelweis University. URL: semmelweis.hu/english
262. Slovak Medical University in Bratislava. URL: eng.szu.sk/index.php?id=341
263. University of Pittsburgh. School of Medicine. URL: omed.pitt.edu/index.php
264. Williams S., Weinman J., Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice*. 1998. Volume 15, №5. P. 480-492. DOI: 10.1093/fampra/15.5.480
265. Wong S. Y. S., Lee A. Communication Skills and Doctor Patient Relationship. *Hong Kong Medical Diary*. 2006. Vol. 11, №3. P. 7-9. URL: fmshk.org/database/articles/607.pdf (Last accessed: 20.06.2019).

РОЗДІЛ 2

ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ТА МОДЕЛЬ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

2.1. Обґрунтування педагогічних умов і моделі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів

Процес формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів під час їхньої професійної підготовки є складним інтегративним феноменом, який має свою структуру, зміст, якісні характеристики. Структурно-функціональна модель цього процесу відображає методологічні підходи, дидактичні принципи та теоретичні ідеї, що лежать в його основі. Вона також розкриває компоненти змісту професійної освіти, що необхідні для формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, педагогічні умови, за яких цей процес набуває ефективності, методи їх реалізації.

Розробка зазначеної моделі спирається на метод наукового моделювання, що є ефективним засобом виявлення суттєвих ознак явищ та процесів [282, с. 18]. Моделювання визначено у педагогічній літературі як процес створення ієрархій моделей, у яких певна реальна система моделюється різними засобами і в різних аспектах; як непрямий метод наукового дослідження об'єктів пізнання, що базується на застосуванні моделі як засобу дослідження [79, с. 72]. Водночас під моделлю розуміють штучно створений об'єкт у вигляді креслення, схеми, фізичної конструкції чи знакових формул, що є подібним досліджуваному об'єкту чи процесу, відображає й відтворює у спрощеному виді його структуру, властивості, взаємозв'язки між його елементами та використовується для одержання нової інформації про нього [121, с. 70].

Об'єктом моделювання у нашому дослідженні виступає формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Розроблена нами модель містить цільовий, теоретично-методологічний, змістовий, організаційно-діяльнісний та результативний блоки, які забезпечують візуалізацію даного процесу (рис. 2.1).

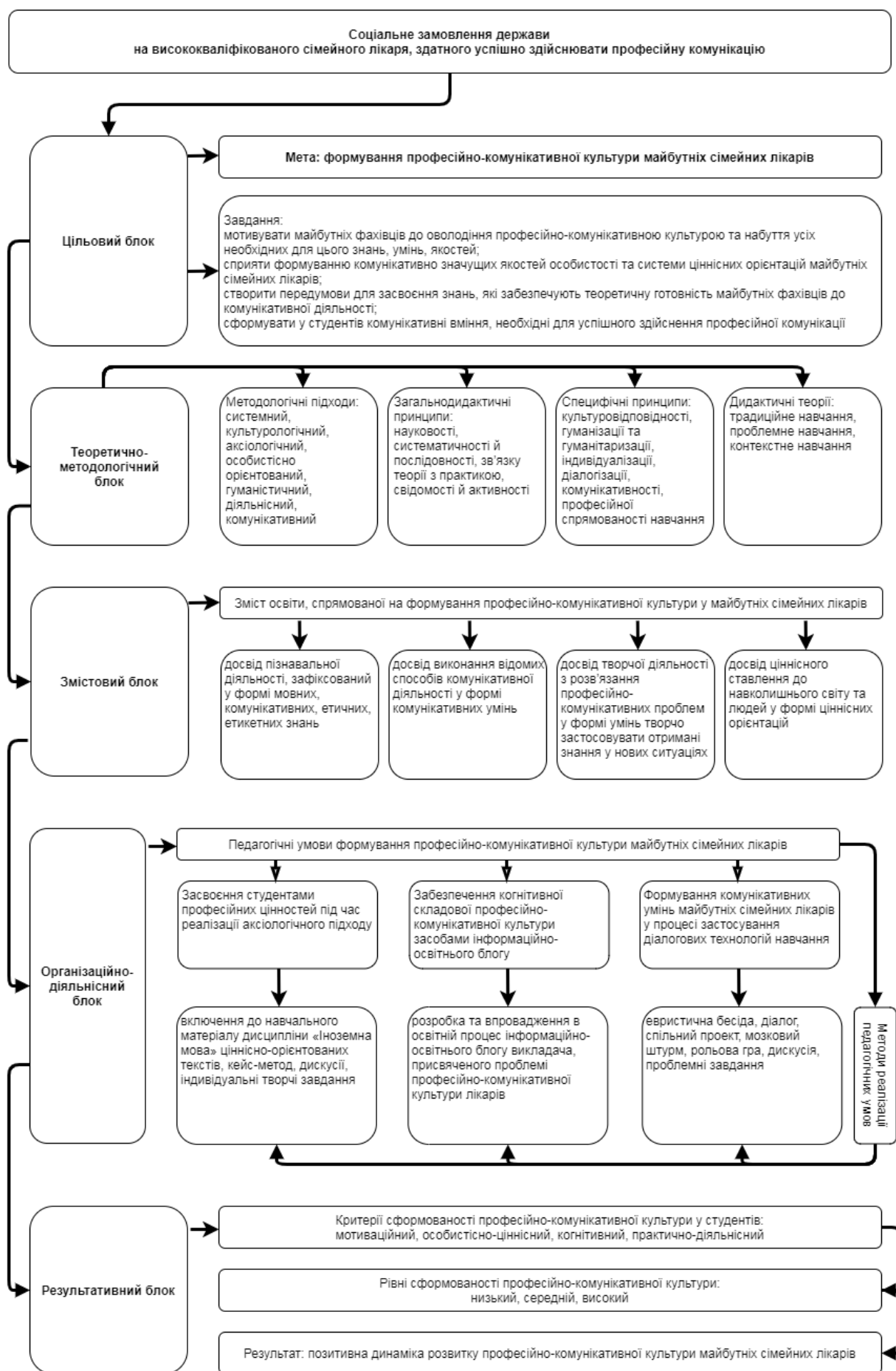


Рис. 2.1. Модель формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів

Проаналізуємо детальніше кожен блок спроектованої моделі.

Перший блок моделі – *цільовий* – визначає мету та основні завдання освітнього процесу. Зважаючи на те, що мета – це «ідеальне передбачення кінцевих результатів навчання; те, до чого прагнуть учитель, учні» [69, с. 205], в контексті нашого дослідження головною метою ми визначаємо формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Слід підкреслити, що дана мета відповідає соціальному замовленню держави і суспільства на професійну підготовку висококваліфікованого сімейного лікаря, здатного ефективно здійснювати професійну комунікацію.

Розглядаючи професійно-комунікативну культуру як єдність мотиваційного, когнітивного, практично-діяльнісного та особистісно-ціннісного компонентів, завдання було сформульовано таким чином, щоб забезпечити розвиток кожного з них. Отже, завданнями змодельованого процесу є: мотивувати майбутніх фахівців до оволодіння комунікативною культурою та набуття усіх необхідних для цього знань, умінь, якостей; сприяти формуванню комунікативно значущих якостей особистості та системи ціннісних орієнтацій майбутніх сімейних лікарів; створити передумови для засвоєння знань, які забезпечують теоретичну готовність майбутніх фахівців до комунікативної діяльності; сформувати у студентів комунікативні вміння, необхідні для успішного здійснення професійної комунікації.

Теоретико-методологічний блок моделі висвітлює методологічні підходи, принципи та дидактичні теорії, що забезпечують теоретичне підґрунтя для формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Аналіз наукових джерел, що висвітлюють методологію вищої освіти [10; 66; 103; 123; 142; 162; 176; 288], дозволив виокремити сучасні методологічні підходи до професійної підготовки фахівців – системний, культурологічний, аксіологічний, особистісно орієнтований, гуманістичний, діяльнісний, комунікативний. На наш погляд, їх застосування з метою формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів зумовлене тим, що освітній процес у цьому випадку повинен спрямовуватися на розкриття

різноманітних аспектів культури лікаря, забезпечення її аксіологічного підґрунтя, створення комунікативного середовища, організацію особистісно орієнтованої взаємодії студента і викладача на засадах гуманізму.

Окреслимо, перш за все, системний підхід. В його основі лежать ідеї цілісності та складної організованості досліджуваних об'єктів, які розглядаються як цілісна множина взаємопов'язаних компонентів. Таким чином, кожен об'єкт у процесі дослідження аналізується як велика і складна система і, одночасно, як елемент більш загальної системи. Системний підхід дає можливість здійснити поділ складних явищ на частини, визначити способи організації окремих частин системи в єдине ціле, їхні взаємозв'язки і взаємодію [285, с. 32-33]. У педагогіці даний підхід спрямований на розкриття цілісності педагогічних об'єктів, виявлення в них зв'язків і представлення їх у єдиній теоретичній картині [69, с. 305]. Тобто, системний підхід дає підстави вважати професійно-комунікативну культуру майбутніх сімейних лікарів цілісною сукупністю взаємопов'язаних та взаємозалежних елементів, а процес її формування – системою, компонентами якої є мета, зміст, методи, засоби, форми і результати навчання.

Важливого значення у процесі формування будь-якого виду культури вчені надають культурологічному підходу, засади якого у сфері освіти було обґрунтовано в роботах І. Беха [24], Б. Єрасова [82], І. Зязюна [95], Т. Іванової [96], І. Ісаєва [98], Н. Крилової [130] та ін. Цей підхід аналізує об'єкт як культурне явище або процес, при чому педагогічні явища і процеси розглядаються як сукупність культурних компонентів, частина соціокультурного фону суспільства [12, с. 105; 173, с. 39]. Відповідно до культурологічного підходу, навчально-виховне середовище медичного університету має стимулювати культурний розвиток особистості кожного студента, сприяти засвоєнню культурних норм професійної діяльності, надавати досвід культурної поведінки.

І. Ісаєв визначає три взаємопов'язані аспекти даного підходу: аксіологічний, технологічний та особистісно-творчий. Аксіологічний аспект ґрунтується на розумінні культури як сукупності цінностей та підкреслює необхідність формування ціннісних орієнтацій особистості. Технологічний аспект підходу

трактує культуру як специфічний спосіб людської діяльності, при цьому засвоєння культури вважається оволодінням цими способами діяльності. Особистісно-творчий аспект передбачає розуміння культури як процесу творчої самореалізації індивіда [98, с. 6-17].

Відповідно до цих аспектів, культурологічний підхід до формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів передбачає трансляцію та інтеріоризацію цінностей, що регулюють комунікативну поведінку; засвоєння способів і прийомів комунікативної діяльності, котрі ґрунтуються на цінностях і культурних нормах; творчу реалізацію особистості через комунікацію.

Аналіз наукових джерел засвідчує тісний зв'язок культурологічного підходу з аксіологічним, в основі якого лежить філософське вчення, що досліджує цінності як смислоутворювальні основи людського буття. Засади цього підходу в освіті було окреслено у роботах В. Андрущенка [11], Н. Бойченко [34], С. Вітвицької [52], Т. Калюжної [105], А. Кир'якової [112], В. Сластьоніна [238], О. Сухомлинської [250], Н. Ткачової [263] та ін. Аксіологічні орієнтири професійної діяльності лікарів висвітлено в деклараціях та кодексах, що покликані визначити етичні норми роботи лікаря, зокрема, в Женевській декларації (1948) [87], у Міжнародному кодексі медичної етики (1949) [160], в Етичному кодексі лікаря України (2009) [83].

Учені стверджують, що даний підхід спрямовує освітній процес на засвоєння студентами загальнолюдських та професійних цінностей, які визначають їхнє ставлення до світу і суспільства, до своєї професійної діяльності, до самого себе як особистості й фахівця [20, с. 21]. Підкреслюється також його вирішальна роль у створенні підґрунтя духовної культури майбутніх лікарів [154, с. 3-4]. Водночас освіта та виховання в контексті даного підходу постають як соціальна взаємодія педагога та вихованця, у процесі якої відбувається обмін цінностями, ідеалами, життєвими позиціями та смислами [238, с. 141].

У контексті нашого дослідження важливою є позиція Л. Руденко, яка зазначає, що цінності значним чином впливають на мотиваційну сферу студента та проєктуються на розвиток його комунікативної культури, сприяючи

вдосконаленню комунікативної поведінки у процесі професійної діяльності [221, с. 70-71]. Підтримуючи цю точку зору, підкреслимо, що вважаємо професійні цінності невід'ємним компонентом професійно-комунікативної культури, який забезпечує моральні засади спілкування та гуманістичну орієнтацію майбутніх медиків, контролює їхню поведінку у професійно-комунікативних ситуаціях, сприяє формуванню професійної етики.

Деякі дослідники [29; 30; 258; 269; 275; 302] вважають, що формування комунікативної культури майбутніх фахівців необхідно також розглядати через призму особистісно орієнтованого підходу, засади якого представлено у роботах І. Беха [26], Є. Бондаревської [37], С. Подмазіна [205], В. Серікова [230], М. Чобітько [283], І. Якиманської [298] та ін. У педагогіці цей підхід трактують як концепцію освіти, що визначає особистість самосвідомим відповідальним суб'єктом власного розвитку і суб'єктом виховної взаємодії. Принциповими його засадами є визнання унікальності особистості, її права на повагу; врахування її потреб, мотивів, цілей, здібностей, активності, інтелекту та інших індивідуальних особливостей; допомога у виявленні й розкритті можливостей кожної особистості [69, с. 243; 171, с. 92].

Висвітлюючи характерні риси особистісно орієнтованого підходу, І. Бех в його основі вбачає «педагогічну дію заклику до особистісної взаємодії; заклику, який базується на милосердному ставленні вихователя до вихованця» [26, с. 148]. Р. Гришкова підкреслює, що цей підхід не має на меті формувати особистість з конкретними рисами, а створює умови для повноцінного виявлення та розвитку особистісних якостей суб'єктів освітнього процесу [71, с. 8-9]. Розвиваючи це положення, С. Подмазін вважає, що метою даного підходу до освіти є «знаходження, підтримка, розвиток людини в людині, і розвиток у ній механізмів самореалізації, саморозвитку, адаптації, саморегуляції, самозахисту, самовиховання» [205, с. 32].

Учені [72; 111] відзначають особливе значення особистісно орієнтованого підходу у сфері вищої медичної освіти. Його значна роль зумовлена тим, що взаємодія викладачів та студентів як рівноправних суб'єктів освітнього процесу,

глибока повага до особистості майбутнього фахівця, урахування особливостей його індивідуального розвитку, ставлення до нього як до свідомого відповідального суб'єкта проектується на майбутню взаємодію лікаря та пацієнта, тобто спонукає фахівця застосовувати ці ж принципи у своїй професійній діяльності.

Отже, в рамках особистісно орієнтованого підходу формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів передбачає організацію педагогічного процесу, спрямованого на становлення особистості студентів з врахуванням їхніх індивідуальних рис, створення умов для гармонійного розвитку і розкриття індивідуального потенціалу кожного.

У сучасній педагогічній науці сформувалася думка [7; 110; 296], що виховання культури майбутніх фахівців повинне здійснюватися на засадах гуманістичного підходу, загальні основи якого були окреслені у педагогічній спадщині В. Сухомлинського та набули подальшого розвитку у працях Ш. Амонашвілі [9], Г. Балла [16], І. Беха [25], О. Газмана [59], В. Шаталова [287] та інших. У межах гуманістичного підходу, подібно до особистісно орієнтованого, особистість розглядають як найвищу цінність. У контексті даного підходу пріоритетними визнаються повага до особистості, її права і свободи, її вільний творчий розвиток та саморозвиток, віра в її можливості. З одного боку, гуманістичний підхід передбачає побудову взаємодії викладача та студента на засадах гуманізму, а з іншого боку – орієнтацію педагога на цілеспрямоване формування гуманістичного світогляду студента, його гуманного, чесного та справедливого ставлення до інших [10, с. 360].

Гуманістичний підхід є одним із центральних принципів сучасної європейської освітньої парадигми, який активно впроваджується в усіх галузях освіти України. Цілком зрозуміло, що особливого значення йому надають у тих сферах, що готують фахівців для роботи з людьми, насамперед, у вищій медичній освіті. На сьогодні його вважають основоположним у професійній підготовці медиків, оскільки гуманізм лікаря відображає соціальну функцію медицини та виступає основною вимогою до особистості майбутнього фахівця [122, с. 74-80;

246, с. 27]. Відповідно, виховання лікарів-гуманістів, яких потребує сучасне українське суспільство, можливе лише в умовах гуманістичного підходу до освітнього процесу [110, с. 28].

Отже, гуманістичний підхід до формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів забезпечує взаємодію викладача і студента, яка ґрунтується на взаємоповазі і визнанні цінності кожної особистості, її прав на унікальність, а також створює умови для формування гуманістичного ставлення майбутніх сімейних лікарів до інших.

Актуальним у процесі фахової підготовки майбутніх сімейних лікарів є також діяльнісний підхід, в основі якого розроблена Л. Виготським [57], П. Гальперінім [62], О. Леонтьєвим [137], С. Рубінштейном [220] та іншими теорія, що визнає діяльність основою, засобом і вирішальною умовою розвитку особистості. Формулюючи основне положення даного підходу, С. Рубінштейн зазначає, що психічні якості, здібності й риси характеру людини не тільки проявляються, а й розвиваються у процесі діяльності [220, с. 142-143]. О. Леонтьєв також стверджує, що розвиток зовнішньої і внутрішньої діяльності дитини безпосередньо визначає розвиток її психіки [137, с. 284]. Значущість діяльності у розвитку особистості підкреслено також у працях В. Сластьоніна, який наголошує, що підготовка особи до самостійного життя та праці вимагає її залучення до цих видів діяльності [237, с. 85-86].

Отже, з позиції діялісного підходу, формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів можливе лише у процесі певної діяльності, під час якої здійснюється розвиток особистості, її здібностей та якостей, відбувається оволодіння практичними вміннями комунікативної взаємодії. Однак, як зазначає О. Уваркіна, лише навчальна діяльність не формує комунікативної культури майбутніх медиків, а для досягнення цієї мети необхідна комунікативна взаємодія студентів [266, с. 113-114]. Таким чином, виникає необхідність впровадження в освітній процес комунікативного підходу, який організовує навчання так, щоб воно за своїми характеристиками відповідало комунікативній діяльності.

Основоположні принципи комунікативного підходу було окреслено в роботах Л. Балакіної [15], О. Бодальова [33], Є. Ільїна [97], В. Кан-Калика [107], В. Куніциної [132], М. Лісіної [139], А. Мудрика [165], М. Прищака [211] та інших. Комунікативний підхід у педагогіці трактують як універсальну ідею, що визначає, розкриває та актуалізує комунікацію як основу розвитку особистості та методологічну основу освіти [211, с. 93-94].

Л. Балакіна вважає освіту в рамках даного підходу таким вирішенням педагогічних проблем, котре пов'язує зміст, засоби, методи освіти зі структурою та функціонуванням знакових систем. Характерними рисами освітнього процесу науковець визначає такі: формування комунікативного освітнього середовища, в яке активно включаються студенти; орієнтованість на розвиток комунікативної культури особистості як на пріоритетне педагогічне завдання; створення умов для проживання конкретних ситуацій та подій; одержання знань не в готовому вигляді, а створення їх у процесі здійснення комунікації; націленість навчання на розвиток умінь знаходити, переробляти та адекватно застосовувати знання; наповнення комунікативним матеріалом програм та підручників; застосування комунікативних технік та прийомів [15, с. 10-17].

Вирішальну роль цього підходу у формуванні комунікативної культури майбутніх фахівців підкреслює також С. Амеліна. Дослідниця вказує, що творча комунікативна діяльність особи дозволяє їй набути власного комунікативного досвіду, засвоїти норми комунікативної поведінки у різних ситуаціях, оволодіти вміннями професійної комунікації, розвинути комунікативні здібності [7, с. 18].

Отже, комунікативний підхід створює комунікативне освітнє середовище, забезпечує умови для проживання конкретних професійно-комунікативних ситуацій та набуття комунікативного досвіду, завдяки чому стимулює формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Для досягнення кінцевої мети у розробленій структурно-функціональній моделі визначено дидактичні принципи формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Серед них виокремлюємо загальнодидактичні та специфічні. Під дидактичними принципами в педагогіці

розуміють нормативні вихідні положення, на які слід спиратися педагогам у процесі навчання [75, с. 51]; засади, які покладені в основу формування змісту навчання, вибору методів і конструювання форм організації навчання; вимоги для створення й реалізації системи навчання [145, с. 14-15].

До загальнодидактичних принципів формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів відносимо принципи науковості, систематичності і послідовності, зв'язку теорії з практикою, свідомості й активності. Розкриємо сутність цих принципів у контексті досліджуваної проблеми.

Аналіз наукової літератури [69; 144; 145; 162] засвідчив, що принцип науковості відносять до одного з найважливіших дидактичних принципів, оскільки він диктує необхідність зв'язку між наукою та навчальним предметом. Цей принцип ставить низку вимог до змісту освіти, куди мають входити лише провідні наукові теорії, достовірні наукові факти і перевірені практикою знання, що відповідають сучасному рівню розвитку науки. Він також вимагає наукової організації процесу навчання, впровадження найновіших досягнень педагогіки, психології та методики.

Таким чином, формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за умов реалізації принципу науковості передбачає викладання достовірної сучасної наукової інформації щодо організації ефективної професійної комунікації лікаря, поповнення мовних знань студентів, а також збагачення їхнього словникового запасу фаховими термінами. З іншого боку, сам процес навчання необхідно вибудовувати з урахуванням підходів і принципів нової освітньої парадигми, відповідно до новітніх положень філософії освіти, застосовуючи передові технології та методи навчання.

Принцип систематичності й послідовності містить вимогу представити увесь навчальний матеріал в обґрунтованій структурі, системі і послідовності. У педагогічній літературі систематичність у навчанні пояснюється як засвоєння знань, умінь і навичок у логічному зв'язку, результатом чого є формування цілісної наукової картини світу, певної системи знань. Послідовність навчання

передбачає таке вивчення навчального матеріалу, коли наступне знання чи вміння базується на попередньому та продовжує його [69, с. 305; 92, с. 165; 176, с. 178]. Як зазначає І. Малафійк, систематичність і послідовність мають істотний вплив на розвиток мови, мислення, пам'яті та інтелекту, виховання поглядів, переконань, звичок культури поведінки, позитивних людських якостей [145, с. 111].

У контексті нашого дослідження принцип систематичності й послідовності полягає в організації освітнього процесу з системним і регулярним засвоєнням необхідних для успішної професійної комунікації знань, на основі яких здійснюється оволодіння відповідними вміннями. До того ж кожен елемент навчального матеріалу має бути логічно пов'язаним з наступним, а нові знання повинні ґрунтуватися на раніше одержаних, створювати основу для їх засвоєння.

Підкреслимо значну роль принципу зв'язку теорії з практикою, який відображає положення про те, що будь-яке наукове знання базується на практиці та спрямоване на застосування у реальному житті. Звідси виникає необхідність забезпечити розуміння студентами значення теорії в житті, конкретизувати наукові положення, спираючись на суспільну практику і власний життєвий досвід. Цей принцип реалізується шляхом виконання практичних завдань перед, під час та після вивчення теоретичного матеріалу, що переконує студентів у необхідності оволодіння певними знаннями, сприяє їх засвоєнню і поглибленню, формує вміння застосовувати теоретичні знання на практиці [162, с. 234; 176, с. 165].

Оволодіння професійно-комунікативною культурою не обмежується засвоєнням студентами певної сукупності знань, а передбачає розвиток основних комунікативних умінь, який не можливий без практичної діяльності. Як зазначає В. Ортінський, навчання та розвиток відбувається лише в активній діяльності особистості, у цілеспрямованих зусиллях щодо одержання запланованого результату [176, с. 179]. У зв'язку з цим на перший план виходить потреба застосувати принцип свідомості й активності під час розвитку професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Свідомість у навчанні визначено як «дидактичний принцип, який виражає необхідність такої організації навчальної праці, при якій учні розуміють мету

навчання, свідомо сприймають, засвоюють і застосовують знання» [69, с. 291]. Даний принцип тісно пов'язаний з принципом активності навчання, який ставить перед педагогом завдання перетворити студента з пасивного об'єкта навчання і виховання на активного суб'єкта, активізувати його у процесі навчання, сприяти вихованню ініціативності, самостійності, розвитку мислення, мови, пам'яті та творчої уяви [69, с. 13; 144, с. 112].

Дотримання принципу свідомості й активності в умовах формування професійно-комунікативної культури передбачає усвідомлення студентами необхідності розвитку цього виду культури й набуття комунікативних знань і вмінь для роботи за фахом, розуміння ними мети і завдань навчання. Необхідно також інформувати студентів про методи навчально-пізнавальної діяльності та заохочувати їх використовувати розумові операції, що забезпечують самостійне одержання та осмислення знань.

Визначення комплексу специфічних принципів формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів здійснювалося відповідно до філософських основ нової парадигми освіти. Серед них ідея залучити людину до постійного активного процесу відкриття світу та ідея формування інноваційної людини – творчої особистості, яка постійно знаходиться у пошуку і здатна самостійно приймати нестандартні рішення. До того ж актуальним в контексті нашого дослідження є положення про те, що освітнім ідеалом повинна стати людина, яка визнає автономність і значущість індивідуальної свободи в міжособистісному спілкуванні, будує свої стосунки з іншими на основі взаємоповаги [273, с. 49-52]. Було також враховано характерні ознаки сучасної вищої медичної освіти, які полягають в її фундаменталізації, диференціації, гуманізації та демократизації, гуманітаризації, індивідуалізації, діалогізації, проблематизації, деонтологічній спрямованості [142, с. 47-48; 176, с. 73].

Отже, до специфічних принципів, які забезпечують розвиток професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів відносимо принципи культуровідповідності, гуманізації та гуманітаризації освіти, індивідуалізації,

діалогізації, комунікативності, професійної спрямованості навчання. Охарактеризуємо ці принципи докладніше.

Принцип культуровідповідності, запропонований А. Дістервегом ще у ХІХ столітті, не втратив своєї актуальності і в сучасних умовах. Він доводить необхідність здійснювати процес виховання шляхом введення молоді в культурне життя людства, засвоєння культурних цінностей та соціокультурних норм суспільства. У сучасній педагогіці цей принцип означає тісний взаємозв'язок освіти й культури, навчання та формування особистості в контексті культури нації, суспільства, регіону, країни; орієнтацію освіти на цінності культури, на її відтворення і засвоєння її досягнень [120, с. 269].

Г. Васянович зазначає, що згідно з цим принципом виховання здійснюється як культурологічний процес, спрямований на формування базису культури особистості у відповідному культурному середовищі. Вчений вважає, що застосування принципу культуровідповідності в освіті є необхідною умовою оволодіння майбутнім фахівцем загальнокультурними здобутками і розвитку його ціннісних орієнтацій [42, с. 75; 43, с. 18].

Таким чином, можемо стверджувати, що реалізація даного принципу у процесі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів поєднує професійну підготовку фахівців з оволодінням культурними надбаннями свого народу та всього людства, із засвоєнням культурних і комунікативних норм суспільства та професійної спільноти.

Гуманізацію та гуманітаризацію освіти називають одним з найважливіших принципів, що відображає сучасні суспільні тенденції у сфері вищої освіти. Український педагогічний словник трактує гуманізацію освіти як складову педагогічного мислення, яка передбачає «повагу школи й педагогів до особистості дитини, довіру до неї, прийняття її особистісних цілей, запитів і інтересів; створення максимально сприятливих умов для розкриття й розвитку здібностей і обдарувань дитини, для її повноцінного життя на кожному з вікових етапів, для її самовизначення» [69, с. 76]. Поряд з цим визначено, що гуманітаризація – це «переорієнтація освіти з предметно-змістового принципу

навчання основ наук на вивчення цілісної картини світу й насамперед – світу культури, світу людини, на формування у молоді гуманітарного і системного мислення» [69, с. 77].

Вчені розглядають гуманізацію та гуманітаризацію як процеси, що здійснюються у взаємозв'язку, оскільки гуманізація визнає самоцінність людини як особистості і її право на самореалізацію, а гуманітаризація сприяє формуванню гуманістичних міжособистісних відносин в освітньому процесі. Водночас кінцевою метою вищої освіти, що ґрунтується на даному принципі, вважають не лише формування професійних знань і вмінь, а й розвиток суспільно активної свідомої особистості, її високих моральних якостей [281, с. 192].

Науковці погоджуються з думкою про ключову роль принципу гуманізації у вищій медичній освіті, підкреслюючи пріоритетність загальнолюдських цінностей, розвитку особистості та творчих можливостей викладача і студента, формування деонтологічного ставлення до пацієнта як до суб'єкта спілкування і діяльності [110, с. 26-30; 142, с. 47-48]. Зокрема, дослідники стверджують, що інтеграція гуманітарної та природничо-наукової складових освіти медиків, засвоєння ними гуманітарних знань, забезпечують основу їхньої загальної та професійної культури [297].

Таким чином, принцип гуманізації та гуманітаризації освіти виявляється у процесі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів через утвердження людини, її особистості і життя, як найвищої соціальної цінності; через цілеспрямоване формування світогляду студентів, їхнього духовного світу шляхом засвоєння культурних цінностей, формування ціннісного ставлення до майбутньої професії та гуманного ставлення до пацієнта.

Сучасні погляди на професійну підготовку фахівців вимагають врахування потреб, мотивів, здібностей, інтелекту та інших унікальних якостей студентів, що дозволяє визначити індивідуалізацію актуальним принципом навчання і виховання. Під індивідуалізацією у педагогічних довідкових виданнях розуміється організація освітнього процесу, при якій вибір способів, прийомів, темпу навчання здійснюється відповідно до індивідуальних властивостей та

здібностей студентів, що дозволяє створити оптимальні умови для реалізації потенційних можливостей кожного [69, с. 142; 171, с. 69].

Узагальнюючи сучасні підходи до визначення індивідуалізації, науковці окреслюють суттєві ознаки цього принципу: спрямованість навчання на розвиток індивідуальності; створення викладачем індивідуальної навчальної траєкторії для кожного студента; урахування притаманних студентам особливостей; вибір змісту, форм і методів навчання відповідно до індивідуальних здібностей студентів; суб'єкт-суб'єктна взаємодія між викладачем і студентом [54, с. 231; 201, с. 24-25]. Додатковими перевагами принципу індивідуалізації, згідно з позицією Н. Ничкало, є те, що він дозволяє створити індивідуальні ситуації, завдання, проекти, творчі роботи для кожного студента, забезпечує сприятливі умови для всіх учасників освітнього процесу [169].

Принцип індивідуалізації у контексті нашого дослідження вказує на необхідність урахування індивідуального вихідного рівня знань та умінь, сформованості комунікативних якостей особистості та системи ціннісних орієнтацій, що визначається шляхом діагностики сформованості професійно-комунікативної культури. Застосування цього принципу також передбачає відбір змісту, форм і методів навчання відповідно до особливостей реальних груп студентів, орієнтує роботу викладача на створення сприятливих умов для самореалізації кожної особистості через спілкування.

На сьогодні у педагогіці і психології все глибше усвідомлюється першорядна роль діалогу в процесах навчання і мислення, розвитку й професійного становлення особистості. Діалог вважають не лише формою спілкування чи педагогічним методом, а й провідним принципом освіти нової освітньої парадигми. І. Зязюн називає діалог виявом своєрідної філософії професійної діяльності вчителя, його професійною позицією стосовно учнів, стрижнем якої є намагання зробити дітей активними учасниками власного процесу навчання, залучити до спільної з педагогом діяльності під час пізнавального пошуку, визнаючи при цьому їхнє право на власну позицію, на індивідуальний спосіб сприйняття світу [196, с. 167].

Сучасні дослідження визначають, що принцип діалогізації освітнього процесу передбачає спрямованість викладача на організацію навчання як діалогу зі студентами, готовність педагога включати студентів у навчальний процес як активних суб'єктів, створювати їм умови для самостійного пошуку знань, розвитку критичного й творчого мислення [214, с. 26]. Даний принцип пов'язують з відмовою викладача від монологізму як способу домінування, суб'єкт-об'єктних відносин зі студентом, догматизму, стереотипності у передачі знань та перехід до продуктивного інтерактивного спілкування – діалогу [174, с. 217].

Діалог в освітньому просторі вищої школи називають запорукою розвитку толерантної, соціально-активної особистості, здатної до конструктивного співробітництва та різнопланової комунікації у професійній діяльності [38, с. 8]. Необхідність діалогізації вищої медичної освіти пов'язана ще й з тим, що модернізація медицини України починається з визначення автономії пацієнта, визнання його рівноправності у співпраці з лікарем [164, с. 339]. З огляду на це, лікар повинен стати фахівцем, здатним сприймати і враховувати не лише власну точку зору, а й погляди інших учасників спілкування. В. Андрущенко називає таких фахівців діалогічними, зазначаючи, що вони розуміють послідовність мислення і внутрішню логіку свого партнера, чим відрізняються від монологічних фахівців, для яких існує лише їхня власна думка [11, с. 205].

Отже, сучасні запити суспільства вимагають організації професійної діяльності сімейного лікаря на засадах принципу діалогу, що свідчить про його важливу роль у контексті фахової підготовки майбутніх медиків. Процес формування їхньої професійно-комунікативної культури за умов реалізації цього принципу передбачає залучення студентів до спільної активної діяльності, визнання їхнього права на власну думку, свій спосіб міркування. Так викладач подає студентам приклад діалогічної взаємодії та сприяє розвитку їхньої власної діалогічності.

Професійна спрямованість навчання як провідний принцип професійної педагогіки проявляється в органічному поєднанні загальної та професійної освіти, у єдності навчання професії та виховання громадянина. Підкреслюючи ключову

роль даного принципу у професійній підготовці фахівців, Р. Гуревич вбачає його сутність у своєрідному використанні педагогічних засобів, що забезпечує засвоєння студентами передбачених програмами навчальних дисциплін знань, умінь, навичок, досвіду творчої діяльності і, водночас, успішне формування інтересу до обраної професії, ціннісного ставлення до неї, професійних якостей особистості майбутнього фахівця [75, с. 68]. З іншого боку, Н. Ничкало зауважує, що принцип професійної спрямованості навчання наближає навчальну діяльність студентів до майбутньої професії і сприяє тому, що професія постає не у вигляді розмитої абстрактної перспективи, а як повсякденна праця [169].

Формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів у контексті зазначеного принципу відбувається шляхом забезпечення професійно-орієнтованого змісту навчання, формування ціннісного ставлення до професії, вироблення професійно значущих якостей, розвитку фахових здібностей студентів, застосування методів навчання, що максимально наближують навчально-пізнавальну діяльність до професійної.

Необхідність урахування принципу комунікативності у процесі вдосконалення професійно-комунікативної культури зумовлена загальновизнаним переконанням про те, що особа вчиться спілкуватися у різних життєвих ситуаціях під час свідомої практичної мовленнєвої діяльності [197, с. 9]. Основною ідеєю принципу комунікативності Ю. Пассов визначив організацію освітнього процесу таким чином, щоб він був подібним до процесу комунікації [193, с. 33]. Сучасні науково-педагогічні дослідження сутність даного принципу пов'язують з організацією освітнього процесу, який забезпечує активну мовленнєву діяльність студентів, викликає в них бажання висловлюватися і взаємодіяти з партнером, залучає їх до розв'язання комунікативних завдань, що спрямовані на формування умінь виступати в ролі мовця, сприймати почуте і прочитане, створювати усні й письмові висловлювання відповідно до потреб спілкування тощо [197, с. 9].

Науковці підкреслюють, що даний принцип передбачає посилення практичної спрямованості змісту навчання мови, організацію активної комунікативної діяльності майбутніх фахівців, опанування студентами

комунікативними стратегіями і тактиками доцільного використання мови як засобу спілкування, багаторазове виконання типових професійно-комунікативних завдань [174, с. 218]. Ю. Семенчук зазначає, що для реалізації принципу комунікативності необхідно розширити спектр методичних прийомів, які дозволяють застосовувати колективні форми роботи, що сприяє мовленнєвій взаємодії всіх суб'єктів освітнього процесу [229, с. 28].

Таким чином, принцип комунікативності у процесі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів вимагає залучення студентів до активної комунікативної діяльності, виконання реальних комунікативних завдань з метою засвоєння мовних знань і вироблення комунікативних умінь, широкого використання парних, групових і колективних форм роботи.

Отже, проаналізовані вище та інтерпретовані в контексті нашого дослідження загальнодидактичні та специфічні принципи створюють дидактичну основу для формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Теоретичне підґрунтя процесу формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, на наш погляд, забезпечують концептуальні положення теорій проблемного та контекстного навчання, що гармонійно поєднані з традиційним навчанням. Стисло окреслимо характерні риси цих дидактичних теорій.

У сучасних умовах втратили свою актуальність методи викладання, які зосереджені на репродуктивній діяльності у зв'язку з їхньою неспроможністю готувати фахівців, що здатні самостійно приймати рішення, творчо застосовувати знання, займатися самоосвітою та самовдосконаленням протягом життя. З огляду на це, значної вагомості набуває проблемне навчання, яке розвиває самостійність, творче мислення і творчий підхід до професійної діяльності.

Сутність проблемного навчання, згідно з М. Махмутовим, полягає у створенні педагогом ланцюга проблемних ситуацій у різних видах творчої навчальної діяльності студентів та керівництво їхньою розумовою діяльністю по

засвоєнню нових знань, яка здійснюється шляхом самостійного вирішення навчальних проблем [152, с. 35].

Ключовими поняттями проблемного навчання є *проблемна ситуація*, *навчальна проблема* та *проблемне завдання*. Перше з них трактується як усвідомлене суб'єктом ускладнення, шляхи подолання якого потребують пошуку нових знань чи способів дій [232, с. 201]. При цьому характерною ознакою проблемної ситуації виступає наявність протиріччя і відсутність однозначного вирішення, пошуки якого вимагають здобуття нових знань та призводять до продуктивного розвитку того, хто здійснював цю діяльність [239, с. 71]. Навчальною проблемою вважають проблемну ситуацію, яку суб'єкт повинен вирішити основі раніше засвоєних знань, умінь чи досвіду; а під проблемним завданням розуміють навчальну проблему, що вирішується у заданих умовах або параметрах [232, с. 201-202].

Залежно від характеру взаємодії викладача та студента О. Коберник виділяє чотири рівні проблемного навчання: несамотійна активність (студент сприймає пояснення викладача, засвоює зразок розумової дії в умовах проблемної ситуації, виконує вправи відтворювального характеру, усно відтворює матеріал); напівсамостійна активність (студент застосовує засвоєні знання у новій ситуації, приймає участь у пошуку способу розв'язання поставленої викладачем проблеми); самостійна активність (студент виконує завдання репродуктивно-пошукового типу, застосовуючи знання у новій ситуації, розв'язує задачі середнього рівня складності, доводить гіпотези з незначною допомогою викладача); творча активність (студент виконує самостійні роботи, що вимагають творчої уяви й відкриття нового способу вирішення проблеми, самостійно формулює висновки й узагальнення) [115, с. 78-79].

У сучасних наукових працях висвітлено досить широкі дидактичні можливості проблемного навчання. Так, за словами А. Алексюка, воно дозволяє студенту виконувати роль дослідника, який сам з інтересом відшукує знання, котрих йому не вистачає [4, с. 425]. Окрім цього, позитивними наслідками застосування проблемного навчання дослідники [84; 219; 293; 295] визначають

якісне засвоєння навчального матеріалу, розвиток розумових здібностей та пізнавальних інтересів студентів, формування логічного, критичного та творчого мислення, розвиток уміння орієнтуватися у нових умовах, формування діалогічності, одержання досвіду творчого спілкування, розвиток комунікативних якостей студентів.

У межах нашого дослідження слід звернути увагу на потенційну можливість проблемного навчання формувати ціннісні орієнтації тих, хто навчається. Це відбувається завдяки тому, що студенти мають можливість самостійно розкрити суть явищ і процесів, зробити власні висновки, які швидше перетворюються на переконання, ніж знання, що надаються у готовому вигляді. Тож такий спосіб організації освітнього процесу може значним чином сприяти вдосконаленню професійно-комунікативної культури майбутніх фахівців, важливим компонентом якої є саме ціннісні орієнтації особистості.

Практичне засвоєння професії вимагає створення умов для переходу студента від навчальної до професійної діяльності, для практичного застосування знань, умінь та досвіду, набутих на заняттях. Теорія контекстного навчання, що була розроблена А. Вербицьким, має на меті виконання саме цих завдань.

Аналіз праць вченого [46; 47; 48; 49; 50] дозволив визначити сутність та основні положення контекстного навчання, виявити його переваги. Перш за все зазначимо, що центральну категорію теорії – контекст – дослідник трактує як систему внутрішніх і зовнішніх умов життя та діяльності людини, котра впливає на сприйняття, розуміння і перетворення нею конкретної ситуації, надаючи сенсу та значення цій ситуації в цілому та її компонентам.

Контекстним науковець називає такий тип навчання, в якому на мові науки і за допомогою всієї системи форм, методів, засобів та умов навчання і виховання моделюється предметний, соціальний та морально-етичний зміст професійної діяльності за допомогою використання семіотичної, імітаційної та соціальної педагогічних моделей, що по чергово змінюють одна одну і забезпечують досягнення єдності навчання і виховання, теорії і практики, інформації та знань, значення та смислу. Метою контекстного навчання А. Вербицький називає

формування цілісної професійної діяльності кожного студента за напрямом підготовки, розвиток його особистості як фахівця і громадянина своєї держави. При цьому основною одиницею змісту контекстного навчання визначено проблемну ситуацію з її неоднозначністю та протиріччями, проте не виключається використання традиційних задач та завдань.

Особистісно-професійний розвиток майбутнього фахівця в контекстному навчанні здійснюється у процесі послідовного залучення студентів до трьох базових форм діяльності: навчальної академічного типу, квазіпрофесійної, навчально-професійної. Метою і предметом навчальної діяльності академічного типу є засвоєння навчальної інформації, що передається викладачем під час лекцій та семінарів. Квазіпрофесійна діяльність у межах аудиторії моделює умови, зміст, технології і просторово-часову динаміку виробництва засобами імітаційно-рольових форм навчання. У процесі навчально-професійної діяльності студент виконує виробничі чи дослідницькі функції шляхом підготовки рефератів, курсових та кваліфікаційних робіт, виконання науково-дослідної роботи, проходження виробничої практики.

Зазначеним формам діяльності студентів відповідають три педагогічних моделі: семіотична, імітаційна та соціальна. Семіотична модель представляє собою вербальні чи письмові тексти, що містять теоретичну інформацію про конкретну сферу професійної культури, яку необхідно засвоїти кожному студенту. Імітаційна модель передбачає моделювання ситуації майбутньої професійної діяльності, її аналіз і прийняття рішення на основі теоретичної інформації. У соціальній моделі типова проблемна ситуація виступає як цілісний фрагмент професійної діяльності.

Описуючи позитивні риси контекстного навчання, А. Вербицький відзначає, що воно сприяє досягненню низки важливих для становлення фахівця цілей. Зокрема, контекстне навчання забезпечує поступовий перехід студентів від навчальної до професійної діяльності, знайомить їх з майбутніми посадовими функціями та обов'язками. У процесі його застосування відбувається розвиток пізнавальної й професійної мотивації студентів, засвоєння знань під час

вирішення змодельованих професійних ситуацій, вироблення професійних умінь та навичок, формування ділових та моральних якостей особистості.

Зазначені характеристики наводять на думку про доцільність застосування концептуальних положень теорії контекстного навчання з метою формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, оскільки наближення навчальної діяльності до професійної створює оптимальні умови для вдосконалення всіх компонентів цього виду культури.

Отже, визначені та охарактеризовані методологічні підходи, принципи і дидактичні теорії складають теоретико-методологічну основу формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Розглянемо наступний блок спроектованої моделі.

Змістовий блок об'єднує основні компоненти змісту професійної освіти та передбачає конструювання змісту навчальних дисциплін таким чином, щоб сприяти ефективному формуванню професійно-комунікативної культури. Під змістом професійної освіти розуміємо систему знань, умінь, навичок, рис творчої діяльності, світоглядних і поведінкових якостей особистості, що зумовлені вимогами суспільства до фахівця, на досягнення яких спрямовуються зусилля педагогів та студентів [75, с. 49].

Застосовуючи підхід І. Зайченко [91, с. 140] та Н. Мойсеюк [162, с. 242], до компонентів змісту освіти, спрямованої на формування професійно-комунікативної культури у майбутніх сімейних лікарів, ми відносимо чотири взаємопов'язаних елементи:

- 1) досвід пізнавальної діяльності, зафіксований у формі мовних, комунікативних, етичних та етикетних знань;
- 2) досвід виконання відомих способів комунікативної діяльності у формі комунікативних умінь;
- 3) досвід творчої діяльності з розв'язання професійно-комунікативних проблем, зафіксований у формі умінь творчо застосовувати одержані знання у нових нестандартних ситуаціях;

- 4) досвід ціннісного ставлення до навколишнього світу та інших людей у формі ціннісних орієнтацій.

Серед нормативних дисциплін професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів виокремлюємо ті, що закладають основу для формування професійно-комунікативної культури студентів-медиків, а саме – «Українська мова за професійним спрямуванням», «Іноземна мова», «Іноземна мова за професійним спрямуванням», «Медична психологія». Особливого значення ми надаємо ролі дисциплін «Іноземна мова» та «Іноземна мова за професійним спрямуванням», оскільки вони надають широкі можливості для засвоєння всіх чотирьох зазначених вище компонентів змісту освіти.

Організаційно-діяльнісний блок моделі включає педагогічні умови формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, а також форми, методи та технології їхньої реалізації.

Науковий аналіз проблеми дослідження вимагає визначення та теоретичного обґрунтування низки педагогічних умов, які сприятимуть формуванню професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Перш за все зазначимо, що умова – це «необхідна обставина, яка уможливорює здійснення, створення, утворення чого-небудь або сприяє чомусь» [44, ст. 1506]. Умови як філософська категорія являють собою сукупність об'єктів, необхідних для виникнення, існування або зміни певного об'єкта [271, с. 286]. Оскільки ми використовуємо дане поняття у педагогічному контексті, вважаємо за необхідне звернутися до його педагогічного тлумачення. Термін *умова* трактується у словнику з освіти та педагогіки як сукупність змінних соціальних, природних, внутрішніх та зовнішніх впливів, що діють на психічний, моральний, фізичний розвиток людини, її навчання й виховання, поведінку, розвиток особистості [207, с. 36]. Словник-довідник з професійної педагогіки визначає, що педагогічні умови – це «обставини, за яких залежить та відбувається цілісний продуктивний педагогічний процес професійної підготовки фахівців, що опосередковується активністю особистості, групою людей» [240, с. 193].

Під терміном *педагогічні умови* О. Ісаєва розуміє деталізоване за певними обставинами освітнє середовище, в якому відбуваються певні педагогічні процеси [99, с. 297]. На думку Ю. Колісник-Гуменюк, педагогічними умовами є «сукупність різнопланових соціально-педагогічних і дидактичних чинників, процесів, обставин, необхідних і достатніх для виникнення та раціонального стійкого функціонування або зміни певної педагогічної системи» [122, с. 113]. А. Литвин та О. Мацейко визначають педагогічні умови як комплекс спеціально спроектованих генеральних чинників впливу на зовнішні та внутрішні обставини освітнього процесу й особистісні параметри всіх його учасників, що забезпечує цілісність навчання та виховання в освітньому середовищі навчального закладу, сприяє усесторонньому гармонійному розвитку особистості, створює сприятливі можливості для прояву її здібностей, врахування потреб і формування загальнолюдських і професійно важливих якостей, базових кваліфікацій і компетенцій [140, с. 56-57]. Р. Маслюк вважає педагогічні умови результатом спільних дій учасників освітнього процесу, які забезпечують формування й розвиток необхідних якостей та структурних елементів певних феноменів, впливають на досягнення цілей і завдань професійної підготовки, поліпшують її ефективність [149, с. 111]

Беручи до уваги наведені втще думки, у контексті нашого дослідження під терміном *педагогічні умови* розуміємо це комплекс цілеспрямовано організованих обставин і заходів в освітньому процесі, які сприяють формуванню професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Питання педагогічних умов забезпечення розвитку комунікативної культури стали предметом уваги багатьох сучасних науковців. Зокрема, чинники вдосконалення комунікативної культури молодших школярів та підлітків було проаналізовано у працях М. Дядіщевої [80], О. Корніяки [126], М. Кравчука [128], В. Тернопільської [258], Т. Тихонової [262]. Проблемі формування цього виду культури у вчителів присвячено дослідження Л. Аухадєєвої [14], Н. Бітюцької [30], О. Гаврилук [58], Г. Максимової [143], З. Побєжимової [203], В. Садової [224], Ю. Ушачової [269]. Наукові пошуки С. Бірюкової [29], К. Галацин [60],

Г. Медведь [156], О. Халупо [275], Е. Яценко [302] було спрямовано на виявлення педагогічних умов розвитку комунікативної культури у студентів технічних та економічних навчальних закладів. Фактори, що сприяють формуванню цього виду культури у майбутніх юристів, військових та правоохоронців, були висвітлені В. Барковським [18], А. Білоножко [31], Л. Станкевич [244] та С. Тарасенко [253]. Умови розвитку комунікативної культури соціальних працівників та фахівців сфери обслуговування було проаналізовано у роботах Г. М'ясоїд [167], В. Смorchкової [241] та Л. Руденко [221].

Дослідники вказують на важливу роль різноманітних чинників у процесі формування комунікативної культури майбутніх фахівців. Зокрема, В. Барковський підкреслює необхідність набуття необхідних знань щодо професійного спілкування, використання у процесі комунікативної підготовки освітньо-виховних можливостей різних видів інформації, розвитку необхідних комунікативних умінь, упровадження на практиці найважливіших способів організації професійного спілкування [18, с. 3]. Г. Медведь умовами вдосконалення зазначеного процесу вважає розроблення теоретичних засад формування комунікативної культури, оновлення змісту професійної підготовки за допомогою впровадження в освітній процес спецсемінару, використання інноваційних методів розвитку комунікативної культури [156, с. 6].

Г. М'ясоїд доводить, що комунікативна культура фахівців підвищується, якщо розвивати її структурні компоненти в органічній єдності з формуванням рефлексивного ставлення до кожного з них, організовувати освітній процес на основі модульного підходу з використанням групових форм навчання [167, с. 2]. Е. Яценко вважає, що формування комунікативної культури буде ефективним за умов застосування технології проектування, забезпечення інтерактивної взаємодії викладача і студента, поєднання змісту професійної підготовки з опануванням студентами комунікативною культурою, організації освітнього процесу на засадах особистісно-орієнтованого підходу [302, с. 2]. Важливими факторами, які впливають на формування комунікативної культури, науковці вважають

позааудиторну виховну роботу [58], тренінги педагогічного спілкування [269], драматизацію [203], включення у соціально орієнтовану діяльність [159].

Умови формування комунікативної культури майбутніх фахівців-медиків було обґрунтовано у дослідженнях О. Уваркіної [266] та С. Герасименко [63]. О. Уваркіна зазначає, що ефективність розвитку комунікативної культури майбутніх лікарів у процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін забезпечується за умов гуманістичного спрямування стосунків у системі «викладач-студент» і «студент-студент», розробки та впровадження педагогічної технології, в якій зміст, форми і методи навчання здатні забезпечити «суб'єкт-суб'єкту» взаємодію [266, с. 7]. С. Герасименко доводить необхідність забезпечення мотивації формування комунікативної культури майбутніх медичних працівників у процесі вивчення іноземної мови, здійснення педагогічної підтримки їхнього професійно-особистісного розвитку й самовдосконалення. Крім цього, до умов розвитку цього виду культури дослідниця відносить розвиток її емоційного компоненту, створення гуманної атмосфери взаємовідносин викладача й студентів, урахування вікових та індивідуальних особливостей майбутніх фахівців, залучення їх до цінностей і традицій медицини, впровадження демократичних принципів управління студентською групою [63, с. 8].

У нашому дослідженні педагогічні умови формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів було визначено на основі опрацьованих наукових джерел, окреслених вище підходів і принципів, враховуючи концептуальні ідеї визначених дидактичних теорій. Важливою для нас була позиція Л. Руденко, яка зазначає, що педагогічні умови повинні спрямовувати освітній процес на засвоєння комунікативних знань, вироблення відповідних умінь, визначення та засвоєння професійно-комунікативних цінностей, стимулювання мотивів та розвиток необхідних комунікативних якостей майбутніх фахівців [221, с. 184]. При визначенні педагогічних умов ми також враховували те, що вони повинні сприяти розвитку тих компонентів професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, які знаходяться

на низькому рівні сформованості згідно з результатами констатувального експерименту.

З точки зору гуманітарної парадигми, професійна освіта покликана створювати у майбутніх фахівців систему цінностей, що лежать в основі їхньої майбутньої професійної діяльності. До того ж якісна трансформація системи охорони здоров'я потребує значних зусиль щодо формування у медиків сучасних аксіологічних орієнтирів, які забезпечать їхню спрямованість на продуктивну комунікацію і співпрацю, співчуття та повагу до пацієнтів. У зв'язку з цим актуальність аксіологічних аспектів сучасної освіти в цілому та професійної підготовки лікарів зокрема визнана багатьма науковцями [17; 34; 40; 85; 155; 158; 170; 236; 263; 284]. Сучасні дослідження також доводять, що саме система цінностей спрямовує поведінку особистості й створює стрижень культури, оскільки на базі певних цінностей у людини виникають відповідні потреби, потреби породжують мотивацію, мотивація підштовхує людину до дії, а дії та їхні результати являють собою культуру [78, с. 105]. З огляду на це, **першою педагогічною умовою** формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів визначаємо **засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу**.

Визначаючи специфіку процесу формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, варто окреслити його характерні риси, а саме: спеціальну мовну та мовленнєву підготовку, оволодіння основами етики, усвідомлення особливостей та засвоєння психологічних засад професійної комунікації, розвиток необхідних у професійній діяльності комунікативних умінь тощо. Очевидно, що даний процес неможливий без засвоєння студентами досить широкого спектру знань, що передбачає передачу, одержання та обмін інформацією.

На сьогодні мережа Інтернет забезпечує миттєвий доступ до будь-якого інформаційного ресурсу, а мобільні Інтернет-пристрої відкривають широкі можливості одержання навчально-методичної та наукової інформації в будь-який час доби незалежно від місця знаходження. Інтернет-технології впевнено увійшли

у всі сфери життя сучасного суспільства і величезна аудиторія користувачів щоденно використовує їх як засоби комунікації та пошуку інформації, у зв'язку з чим застосування їх в освіті видається цілком виправданим. До того ж, як зазначає В. Биков [28], поєднання традиційних педагогічних та інформаційно-комунікаційних технологій навчання дозволяє досягнути вищих результатів навчальної діяльності, значно ефективніше розвиває та примножує природні здібності людини. Серед найпоширеніших Інтернет-технологій виокремлюємо блог-технологію, що має значний педагогічний потенціал як засіб подання навчального матеріалу, одержання і засвоєння знань за межами навчальних аудиторій. Таким чином, **другою педагогічною умовою** формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів вважаємо **забезпечення її когнітивної складової засобами інформаційно-освітнього блогу.**

Наступним напрямком поліпшення процесу розвитку професійно-комунікативної культури є формування у майбутніх фахівців умінь, необхідних для успішної професійної комунікації. Оскільки такі вміння засвоюються та вдосконалюються під час комунікативної діяльності, навчання необхідно організувати на основі діяльнісного й комунікативного підходів, враховуючи принципи діалогізації та комунікативної спрямованості. Іншими словами, освітній процес слід вибудовувати у формі діалогу, що є можливим у контексті застосування діалогових технологій навчання. Тому **третьою педагогічною умовою** формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів визначаємо **формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання.**

Після визначення педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів окреслимо педагогічні технології, методи та форми їх реалізації.

Перш за все зазначимо, що метод навчання є способом упорядкованої діяльності викладача і студентів у справі, спрямованій на вирішення завдань освіти, виховання і розвитку у процесі навчання [255, с. 129]. Під педагогічною технологією розуміють «сукупність психолого-педагогічних установок, що

складають спеціальний підбір та komponування форм, методів, засобів, прийомів, виховних засобів, за допомогою яких забезпечується можливість досягнення ефективного результату в засвоєнні учнями знань, умінь, навичок, у розвитку їхніх особистих властивостей та моральних якостей» [240, с. 132].

Як було зазначено раніше, ми вважаємо за доцільне у процесі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів застосувати діалогові технології, а також технології проблемного та контекстного навчання. Запропоновані цими технологіями методи, що надають можливість реалізувати визначені педагогічні умови, включають в себе методи case-study, індивідуальні творчі завдання, рольові ігри, групові дискусії, мозковий штурм, евристичні бесіди, метод діалогу, спільний проект, проблемні завдання тощо. Ефективність зазначеного процесу підвищує використання різноманітних форм навчальної роботи студентів: індивідуальних, парних, групових, колективних.

Завершальним у нашій моделі є *результативний* блок, який включає критерії та рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Важливою складовою цього блоку є результат – позитивна динаміка розвитку професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Отже, розроблена нами модель становить цілісну систему, складовими якої є наступні блоки: цільовий, теоретично-методологічний, змістовий, організаційно-діяльнісний та результативний. Інтегруючи у логічній послідовності зазначені компоненти, дана модель повинна забезпечити підвищення рівня професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Розглянемо кожну з визначених вище педагогічних умов та методику її реалізації в наступних підрозділах.

2.2. Засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу

Професійна діяльність лікаря тісно пов'язана з його морально-етичними принципами та системою цінностей. У центрі цієї професії життя і здоров'я людини. Засвоєння професійних цінностей є необхідною умовою духовного та фахового становлення майбутніх медиків, що вимагає найвищого виявлення людяності, чуйності, терпимості, відповідальності та турботи про іншу людину. Пацієнти, зазвичай, сподіваються одержати від лікаря співчуття та піклування, а відверта та чуйна розмова здійснює на них лікувальний вплив, переконуючи в тому, що до їхніх проблем ставляться з увагою [279, с. 96]. У зв'язку з цим ці цінності повинні проявлятися, перш за все, у професійній комунікації сімейних лікарів.

Оскільки цінності розглядають як один із найважливіших компонентів людської культури, її стрижень [280, с. 316], система професійних цінностей є основою професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, яка визначає їхнє ставлення до професійної діяльності та професійної комунікації, до свого партнера по комунікації, до самого себе та своїх професійних обов'язків.

Засвоєння майбутніми фахівцями професійних цінностей можливе за умов реалізації аксіологічного підходу до їхньої професійної підготовки. Такий підхід передбачає перенесення акцентів освітнього процесу з викладання студентам конкретної системи знань на розвиток у них ціннісних орієнтирів, що забезпечують соціально значущу спрямованість їхньої професійної діяльності, адекватний вибір дій у різних життєвих та професійних ситуаціях [263, с. 2].

Аналіз сучасних наукових досліджень свідчить, що проблемі організації педагогічного процесу на засадах аксіологічного підходу приділяється значна увага. Аксіологічні основи освіти окреслено у працях В. Андрущенка [273], Н. Бойченко [34], А. Євдотюк [85], А. Здравомислова [93], В. Огнев'юка [172], Н. Ткачової [263] та ін. Питання реалізації аксіологічного підходу в педагогічному процесі розкрито у роботах Л. Ібрагімової [217], Т. Калюжної [105], А. Кир'якової [112], В. Сластьоніна [238], Н. Худякової [278] та ін.

Дослідження проблеми формування цінностей майбутніх фахівців представлено у працях О. Александрової [3], В. Кузнецової [131], В. Марчука [147], Д. Мацька [153], О. Теплої [256], І. Тимошук [260], Н. Шемигон [289] та ін.

Науковці обґрунтовують доцільність застосування аксіологічного підходу в сучасній системі вищої освіти, визначають особливості його реалізації. Зокрема, В. Андрущенко вважає систему освіти одним із найбільш значних механізмів відтворення й трансляції цінностей в суспільстві. Це відбувається не лише завдяки змісту навчальних дисциплін та залученню особистості до певної системи цінностей у процесі виховання, а й завдяки способам організації освітнього процесу, характеру педагогічної комунікації, способам оцінювання знань тощо [273, с. 169-170].

Підтримуючи цю точку зору, Т. Калюжна розглядає освіту як одне із джерел створення уявлень про справжні цінності людини в різних життєвих сферах. У зв'язку з цим дослідниця визнає розробку аксіологічного каркасу освіти та системи пріоритетних цінностей необхідним кроком на шляху до вдосконалення національної освітньої системи [105, с. 44]. У свою чергу І. Мельничук стверджує, що аксіологічний підхід у підготовці майбутніх фахівців створює умови для формування переконань, засвоєння професійно-етичних цінностей, завдяки чому впливає на розвиток культури тих, хто опановує професію [157].

На значення аксіологічного підходу щодо становлення майбутнього фахівця у системі університетської підготовки вказувала О. Акімова. Аксіологічний підхід визначав у проведеній автором дослідницькій роботі змістову основу процесу розвитку творчого мислення як вчення про цінності і ціннісну структуру світу, що зумовлює об'єктивний зв'язок людини з культурою як системою цінностей. Розвиток творчого мислення майбутнього фахівця відбувався в освітньому процесі на основі засвоєння студентами фахових наук, як частини культури, при цьому обов'язковою умовою було створення власного освітнього продукту, тобто студент ставав творцем нових елементів культури. Таким чином, засвоєння культури як системи цінностей являло собою не тільки розвиток самого студента, але й становлення його як творчої особистості [2, с. 181-182].

Ціннісний зміст медичної діяльності та розвиток аксіосфери майбутніх медиків розглянуто у дослідженнях Н. Баракат [17], К. Бобер [32], С. Заболотної [89], О. Каніщевої [106], Н. Кудрявої [56], К. Куренкової [133], Н. Маяковської [154], Л. Нікогосяна [170] та ін.

Учені підкреслюють визначну роль аксіологічного підходу у процесі професійної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі. Наприклад, О. Каніщева висловлює переконання щодо необхідності орієнтації базової освіти медиків на вищі цінності професії [106, с. 6]; водночас С. Заболотна називає аксіологізацію вищої медичної освіти чинником, що безперечно сприяє підвищенню якості підготовки фахівців [89]. У свою чергу Г. Кардашевська розглядає розвиток ціннісної системи майбутніх лікарів як один із пріоритетних напрямків навчально-виховної роботи закладу вищої медичної освіти, що повинен починатися з моменту вступу [109, с. 74]. Погоджуючись з цією думкою, Н. Кудрявая вважає найголовнішим у вихованні студентів-медиків привити їм ціннісні орієнтири, завдяки яким у професійному житті вони керуватимуться принципами совісті та співчуття [56, с. 201]. Висвітлюючи аксіологічний аспект медицини, Н. Баракат визнає цінності та норми медичної діяльності важливою ланкою структури особистості фахівця-медика та фактором, що детермінує соціальну взаємодію лікаря з пацієнтом [17, с. 166].

Аксіологічний підхід у професійній підготовці сімейних лікарів було розкрито як системоутворюючий компонент професійного виховання у дослідженні Н. Маяковської. Загальною метою освітнього процесу, що ґрунтується на аксіологічному підході, дослідниця вважає формування ціннісного ставлення до професійної діяльності лікаря, а результатом цього процесу – сформованість ціннісних орієнтацій студентів на людину, збереження її життя, забезпечення здоров'я [154, с. 8-14]. У праці О. Мироник та О. Давиденко підкреслено необхідність усвідомлення студентами-медиками цінностей професії, які безпосередньо впливають на формування професійної компетенції майбутніх лікарів. Акцентується увага на тому, що зміст професійної підготовки лікаря

повинен включати в себе аксіологічні знання про загальнолюдські цінності, національну й духовну культуру [158, с. 117-118].

Важливу роль ціннісної сфери особистості у формуванні професійної компетенції фахівців медичної галузі відзначено також Л. Нікогосяном та Ю. Асєєвою. Дослідники стверджують, що аксіологічний підхід до формування змісту вищої медичної освіти повинен здійснюватися з урахуванням культурних та гуманістичних цінностей нового століття – діалогічності, інтегрованості, суб'єктності, саморозвитку, безперервності й фундаментальності. Впровадження та системне використання цього підходу у процесі професійної підготовки студентів-медиків, на думку науковців, сприяє професійному зростанню особистості шляхом розвитку її інтелектуально-наукового, морального, естетичного й творчого потенціалу [170, с. 35-36].

Ми погоджуємося з вищенаведеними поглядами дослідників, у зв'язку з чим вважаємо, що професійні цінності є центральним чинником, який здійснює регулювання професійної комунікації майбутніх сімейних лікарів, забезпечує підґрунтя для розвитку їхньої професійно-комунікативної культури. Зауважимо також, що реалізація аксіологічного підходу набуває ще більшого значення в сучасний період реформування системи охорони здоров'я, коли відбуваються зміни її правових, організаційних та економічних підвалин, а також утворюються нові стереотипи професійної поведінки медичних працівників. У центрі сучасних вимог до професійної комунікації сімейного лікаря є ставлення до людини як до найвищої цінності, а формування такого ставлення повинно стати метою виховання майбутнього фахівця під час навчання у закладі вищої освіти. Це є не менш важливим завданням, ніж озброєння студента необхідними професійними знаннями та практичними навичками.

Реалізацію аксіологічного підходу в освітньому процесі вчені пов'язують зі створенням умов для набуття студентами загальнолюдських та професійних цінностей, для перетворення їх на власні цінності, що стають основою переконань [19, с. 8]. Оскільки засвоєні людиною цінності є її ціннісними орієнтаціями, аксіологічний підхід до професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів з

метою формування їхньої професійно-комунікативної культури передбачає спрямування освітнього процесу на вироблення у студентів ціннісних орієнтацій, необхідних для розвитку цього виду культури. У зв'язку з цим виникає необхідність вивчити механізми формування ціннісних орієнтацій особистості.

Вказуючи на складність та протяжність зазначеного процесу, Т. Калюжна стверджує, що засвоєння цінностей не передбачає нав'язування, а вимагає особливої делікатності та уваги до кожної його ланки. До повного циклу формування ціннісних орієнтацій дослідниця включає наступні етапи: пред'явлення цінностей вихованцеві; усвідомлення ціннісних орієнтацій особистістю; ухвалення ціннісної орієнтації; реалізацію ціннісних орієнтацій в діяльності і поведінці; закріплення ціннісної орієнтації в спрямованості особистості і перехід її в статус особистісної якості; актуалізацію потенційної ціннісної орієнтації. Детальний аналіз кожного з етапів дозволив констатувати, що пред'явлення цінностей вихованцеві може відбуватися у повсякденному спілкуванні чи у спеціально створених умовах, які повинні будуватися на основі свободи вибору, відсутності тиску й авторитарності. Усвідомлення цінностей починається відразу ж після їх пред'явлення і включає в себе усвідомлення їх змісту, дій на їх підставі, способів здійснення дій і їх можливих результатів. Етап ухвалення усвідомленої цінності здійснюється у процесі її співвідношення з ієрархією суб'єктивно значущих особистісних цінностей. На етапі реалізації ціннісної орієнтації проявляється така її ознака як дієвість. На етапі закріплення вона стає властивістю особистості, виявляється в якостях фахівця завдяки багатократному зверненню до неї в різних життєвих і професійних ситуаціях. Етап актуалізації потенційної ціннісної орієнтації є показником її сформованості, оскільки її прояв на рівні особистісних якостей виникає як усвідомлено, так і несвідомо в умовах певної зовнішньої і внутрішньої необхідності [105, с. 68-70].

Інші стадії засвоєння цінностей виділяє Я. Гудечек, а саме: одержання інформації про існування цінності; перетворення одержаної інформації, її власне трактування; діяльність особистості, що полягає в інтеріоризації цінності чи в її

відторгненні; включення цінності до власної системи, або не прийняття цінності; зміни особистості та, як наслідок, привласнення даної цінності [73, с. 105].

Альтернативний погляд на формування ціннісних орієнтацій фахівця має Д. Мацько. На думку дослідника, цей процес починається з мотиваційного компоненту, тобто стійкої потреби особистості у цінностях. На наступному етапі відбувається пізнання особистістю сутності цінностей, а потім – переживання та привласнення цінностей. Останній етап становлення ціннісних орієнтацій дослідник пов’язує з їх проявом у поведінці майбутнього фахівця [153, с. 9].

Розглядаючи процес становлення професійних ціннісних орієнтацій, Л. Ібрагімова виокремлює у ньому три стадії: 1) орієнтаційну – ознайомлення з ціннісним компонентом професійної діяльності; 2) реконструктивну, що передбачає сприйняття та усвідомлення цінності; 3) конструктивну, коли відбувається засвоєння цінності, її трансляція у професійно-особистісному просторі [217, с. 47].

Важливою для розуміння механізмів формування ціннісних орієнтацій є також позиція І. Тимошук, яка зазначає, що психологічним інструментом засвоєння цінностей є переживання, почуття особистості [260, с. 11]. Слід взяти до уваги також точку зору О. Ісаєвої, яка стверджує, що «формування ціннісних орієнтацій студентів медиків відбувається тільки в діяльності, так як вона пов’язана з усією системою відносин, в яку включений суб’єкт» [99, с. 217].

Отже, погляди вчених на процес засвоєння цінностей різноманітні, але аналіз різних підходів до даної проблеми дає підстави виділити такі його основні етапи: 1) ознайомлення особистості з цінністю; 2) сприйняття та усвідомлення цінності; 3) засвоєння цінності та прояв її у поведінці особистості. Варто підкреслити, що важливого значення вчені надають переживанням, емоційному ставленню до цінностей, активній діяльності особистості, які створюють умови для формування системи ціннісних орієнтацій майбутнього фахівця.

Вивчення педагогічних наукових джерел дозволило виявити деякі особливості реалізації аксіологічного підходу в освітньому процесі. Дослідники зазначають, що застосування даного підходу передбачає повагу до студентів,

роботу в групах, надання рівних можливостей усім студентам та забезпечення їхньої активності, постановку проблемних ситуацій, стимулювання самоаналізу та самооцінки, врахування потреб та інтересів студентів, максимальне наближення занять до реального життя [325, с. 53]. Висловлюється також ідея про те, що реалізація підходу здійснюється у випадку використання конкретних прикладів, які розкривають роль і потребу людини у створенні не лише матеріальних, а й духовних цінностей [19, с. 9].

Сучасні науково-педагогічні дослідження [77; 147; 191; 218; 261; 277] доводять, що важливим засобом реалізації аксіологічного підходу у процесі професійної підготовки майбутніх фахівців є гуманітарні дисципліни, зокрема дисципліна «Іноземна мова». Наприклад, Ж. Давидова вважає гуманітарні дисципліни найсприятливішим підґрунтям для формування ціннісних орієнтацій молоді, ефективним засобом введення людини у світ культури, оскільки вони спрямовані не лише на засвоєння студентами знань, а й виконують загальноосвітню та виховну функції. Дослідниця також вказує на широку змістовно-методичну базу дисципліни «Іноземна мова», теми якої мають загальнолюдське значення та великий потенціал для формування ціннісних орієнтацій майбутніх фахівців [77, с. 527].

Дослідники акцентують увагу на виховній здатності іноземної мови, повноцінне застосування якої створює міцну основу для виховання творчої інтелігентної людини, розвитку її ціннісної сфери та світогляду. Ця здатність залежить від культурологічного матеріалу, який використовується, і від включення у нього загальнолюдських цінностей [277, с. 280]. Наголошується, що при вивченні іноземної мови мовленнєві явища є не тільки засобом комунікації, а й способом ознайомлення з новою реальністю. Тому поряд з оволодінням іноземною мовою, відбувається засвоєння професійних знань і розвиток умінь розуміти співрозмовника, що в свою чергу позитивно впливає на формування ціннісних орієнтацій студентів [147, с. 9].

Розвиваючи положення про позитивний вплив вивчення іноземної мови на формування особистості та становлення її системи ціннісних орієнтацій,

Л. Ритікова вбачає аксіологічний потенціал цієї дисципліни в навчальних, загальноосвітніх, виховних і розвивальних можливостях. Як зазначає дослідниця, навчальний аспект включає в себе оволодіння знаннями, вміннями та навичками для того, щоб іноземна мова стала засобом міжособистісної комунікації і засобом одержання професійної інформації. Пізнавальний аспект полягає в тому, що навчання іншомовної комунікації виступає як спосіб збагачення духовного світу особистості, розширення її загальноосвітнього кругозору. Виховний аспект реалізується тоді, коли у процесі вивчення іноземної мови відбувається моральне виховання, усвідомлення та засвоєння загальнолюдських, національних, професійних цінностей. Розвивальний аспект передбачає розвиток мовних здібностей та психічних функцій, пов'язаних з мовною професійною діяльністю, розвиток уміння спілкуватися на соціально-побутовому та професійному рівнях, розвиток комунікативно значущих рис характеру тощо. Дослідниця вважає, що аксіологічний потенціал дисципліни «Іноземна мова» проявляється перш за все у змісті навчальних матеріалів, які містять інформацію культурологічного та етичного характеру, а також ситуації і вправи, що висвітлюють проблеми етики, моралі, гуманності [218, с. 318-321].

У педагогічних джерелах зазначається, що вплив вивчення іноземної мови на особистість майбутнього лікаря полягає в розширенні його ціннісних орієнтацій, поглибленні професійних знань, підвищенні освіченості та культури, оволодінні вміннями спілкування [291, с. 116].

Ми поділяємо погляди цих вчених, оскільки вважаємо дисципліну «Іноземна мова» дієвим засобом розвитку особистості майбутнього сімейного лікаря зі значним аксіологічним потенціалом. Ми переконані в тому, що на заняттях з іноземної мови викладач має широкі можливості сприяти засвоєнню професійних цінностей шляхом забезпечення ціннісного наповнення дидактичних матеріалів та застосування методів навчання, які б розкривали етичні, моральні та гуманні аспекти професії лікаря. Наприклад, акцентуючи увагу на принципах та правилах професійної комунікативної взаємодії між лікарем та пацієнтом, викладач формує погляди студента на характер стосунків у професійній сфері,

сприяє становленню шанобливого ставлення до людей, що потребують професійної допомоги лікаря. Розглядаючи на заняттях життя, здоров'я, повагу до особистості та її прав, співчуття та милосердя лікаря як цінності, викладач здатний сформувати гуманістичну спрямованість майбутніх лікарів, стимулювати формування у студентів відповідних ціннісних орієнтацій.

Успішна реалізація аксіологічного підходу до професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів у процесі вивчення даної дисципліни вимагає ретельного відбору дидактичних матеріалів і методів навчання, які здатні забезпечити здійснення кожного етапу формування ціннісних орієнтацій, а також стимулюють активну діяльність особистості, викликають у студентів переживання різних почуттів, пов'язаних з майбутньою професійною діяльністю.

Аналіз наукових праць [131; 218; 245; 265; 256], що висвітлюють педагогічні умови формування ціннісних орієнтацій, виявив широкий спектр таких методів. До них науковці відносять метод імітаційного моделювання, ситуаційний, драматизацію, метод проєктів, вирішення моральних дилем, етичні бесіди, створення уявних ситуацій морального вибору, ігрові технології, тренінги, диспути, бесіди, проблемні ситуації, години духовності, лекції-зустрічі з представниками обраної професії, круглі столи, конкурси, дослідницькі та творчі завдання, створення колізій, аналіз суперечливих висловлювань тощо.

Детальне вивчення досліджень, присвячених проблемі аксіологізації медичної освіти, дозволило окреслити основні методи, що забезпечують реалізацію аксіологічного підходу у процесі професійної підготовки фахівців медичної сфери. Зокрема, К. Бобер акцентує увагу на необхідності включення в зміст навчання гуманітарних дисциплін ціннісно-орієнтованих текстів, за допомогою яких можна ознайомити студентів зі змістом професійної діяльності, її моральним, етичним та соціальним аспектами, образом ідеального фахівця, вимогами суспільства до нього. Дослідниця також підкреслює особливо важливу роль практичних завдань, що не тільки пов'язані з професійною діяльністю, а й відображають життєву проблему, яка співвідноситься з певною ціннісною орієнтацією [32, с. 82-103].

Основним способом реалізації аксіологічного підходу в системі професійної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі Л. Нікогосян та Ю. Асєєва вважають використання педагогічних технологій проблемного, рефлексивного, диференційованого та діалогового навчання [170, с. 35].

Невід'ємною умовою формування ціннісних орієнтацій майбутніх медиків К. Куренкова називає забезпечення професійно-ціннісної спрямованості змісту навчального матеріалу дисциплін. Для засвоєння професійних цінностей майбутніх фахівців дослідниця широко застосовувала активні методи навчання: рольові ігри, дискусії, тренінги, творчі самостійні завдання, роботу у мікрогрупах, метод проблемних ситуацій, «мозкові атаки» [133, с. 11-13]. У свою чергу Н. Маяковская ефективними методами роботи, що дозволяють здійснювати професійну підготовку лікарів на основі аксіологічного підходу, вважає наукові конференції, написання творів на професійну тематику, майстер-класи відомих лікарів, бесіди за участю відомих фахівців-медиків [154, с. 19].

Враховуючи особливості професійної підготовки майбутніх медиків, І. Тимошук визначає такі форми і методи навчання і виховання, що сприяють формуванню їхніх ціннісних орієнтацій: дискусії, спрямовані на корекцію ціннісних орієнтацій; рольову імітацію професійних ситуацій; аналіз конкретних ситуацій професійного спілкування; читання та обговорення літератури з проблем професійного спілкування; тренінгові заняття тощо [260, с. 9-15; 261, с. 159].

Огляд сучасних зарубіжних наукових та навчально-методичних джерел [305; 306; 307; 309; 314; 319; 321; 322; 327] з метою пошуку методів реалізації аксіологічного підходу виявив поширеність застосування методу case-study у процесі підготовки лікарів. Цей метод найширше впроваджений у викладання медичної етики в зарубіжних навчальних закладах, оскільки дозволяє зосередити увагу саме на моральних та етичних проблемах майбутньої професійної діяльності медиків. У зв'язку з цим, відзначається його значний потенціал щодо розвитку аксіосфери студентів. Зокрема, науковець Р. Грундстеін-Амадо стверджує, що зазначений метод є найкориснішим для формування ціннісного ядра майбутнього лікаря, оскільки передбачає презентацію та аналіз конкретної

ситуації професійної діяльності. Аналіз абстрактної професійної ситуації, на думку вченого, створює контекст, що надає особі можливість розвивати свою точку зору щодо проблеми, з якою вона може зустрітись у реальній професійній діяльності. Case-study змушує студентів звернутися до свого «внутрішнього кодексу» і досвіду. Цей метод дозволяє формувати нові думки про ситуацію і дає можливість приймати етичні рішення [314, с. 176].

Розглянемо цей метод детальніше.

У сучасній педагогіці метод case-study вважають одним із найперспективніших методів навчання, ефективним інструментом, що дозволяє застосувати теоретичні знання для вирішення практичних завдань. У зв'язку з цим досить актуальною на даний час є проблема його впровадження у практику вищої освіти. Значну кількість досліджень та публікацій, присвячених вивченню методу case-study, створено зарубіжними науковцями, серед яких Дж. Істон [310], В. Еллет [311], Дж. Грінвуд [312], А. Стензел [324], Р. Йен [328] та ін. Автори наукових праць, де розкрито теоретичні основи застосування цього методу у вищій школі, є провідними фахівцями України, Польщі, США, Узбекистану. Це С. Бекер, Дж. Бьорер, Г. Каніщенко, Ю. В. М. Майкелоніс, Д. Робін, О. Сидоренко, П. Шеремета, В. Чуба, [234], С. Ковальова [117], З. Скринник [235], Ю. Сурмін, В. Лобода, А. Фурда [233], З. Юлдашев, Ш. Бобохужаєв [294] та ін.

На основі аналізу праць цих науковців визначимо сутність, загальні принципи та навчальні можливості даного методу, обґрунтуємо доцільність його використання у процесі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, окреслимо специфіку організації освітнього процесу з його застосуванням.

В українській мові немає загальновизнаного перекладу англійського поняття *case-study method*, тому у вітчизняній науково-педагогічній літературі застосовуються різні варіанти перекладу: кейс-стаді, кейс-метод, метод кейсів, метод ситуаційного навчання, метод аналізу конкретних ситуацій, ситуаційна методика, аналіз ситуації. У нашому дослідженні ми вживатимемо найпоширенішу назву – кейс-метод.

У процесі аналізу наукових джерел, виявлено, що кейс-метод визначають як неігровий імітаційний проблемно-пошуковий метод навчання, який базується на конкретних прикладах чи ситуаціях (кейсах), шляхом вирішення яких здійснюється навчання [235, с. 3]. Ю. Сурмін зазначає, що цей метод навчання ґрунтується на обговоренні деякого тексту, в якому відображається реальна неоднозначна ситуація в будь-якій сфері людської діяльності [249, с. 20]. О. Сидоренко і В. Чуба зазначають, що застосування цього методу передбачає осмислення студентами правдивої життєвої ситуації, що відображає певну практичну проблему та актуалізує визначений комплекс знань, необхідних для її вирішення. Характерним є також те, що сама проблема не має однозначного рішення, а являє собою розгалужену і багатогранну задачу [234, с. 9].

С. Ковальова під кейс-методом розуміє «детальний і глибокий опис реальної ситуації, який характеризується тим, що передбачає пошук відповіді на проблемні питання і спрямований не на отримання готових знань, а на створення нових знань, формування практичних навичок та розвиток системи цінностей учнів/студентів, життєвих настанов, своєрідного професійного світовідчуження й світоперетворення, що передбачає співтворчість учня/студента і вчителя/викладача» [118, с. 97].

З. Скринник зауважує, що кейс-метод призначений для здобуття знань з дисциплін, істина яких плюралістична. Акцент навчання переноситься з оволодіння готовими знаннями на їх вироблення, що передбачає спільну творчість викладача і студента, їхню рівноправність у процесі обговорення проблем. Результатом застосування методу визначено не тільки здобуття знання, але й формування практичних навичок професійної діяльності, розвиток системи цінностей студентів, професійних позицій, життєвих установок [235, с. 6].

Ключовим завданням кейс-методу науковці вважають не просто передачу знань, а скоріше розвиток навичок аналізу та прийняття рішень, формування здатності справлятися зі стандартними та нетиповими ситуаціями, якими сповнене справжнє професійне життя [234, с. 36]. При цьому безпосередньою метою методу визначено аналіз групою студентів запропонованої професійної

ситуації (описаної у тексті, представленої шляхом драматизації чи демонстрації на відео), визначення сутності проблеми, вироблення можливих рішень, обговорення та оцінку запропонованих варіантів, вибір найкращого з них [235, с. 3]. Таким чином, навчальний матеріал подається студентам у вигляді ситуацій (кейсів), а знання здобуваються у результаті активної творчої роботи, що охоплює самостійне виявлення проблеми, її аналіз з різних точок зору, збір необхідної інформації, висунення гіпотези, виведення висновків, самоконтроль процесу навчання і його результатів. Отже, кейс слід вважати ключовим елементом, ядром досліджуваного методу.

На основі проведеного аналізу сутності поняття *кейс*, з'ясовано, що він являє собою ситуацію; реальний приклад взятий з професійної практики, який містить не тільки правдивий опис подій, а й комплекс інформації, необхідної для розуміння ситуації [235, с. 7]. Типовим кейсом науковці називають розповідь про дійсну проблему чи ситуацію, яка вимагає прийняття певного рішення. У стислій письмовій формі подають основні деталі ситуації, ілюструючи її складність і багатовимірність. Опис ситуації, як правило, здійснюється з точки зору людини, якій необхідно прийняти рішення, що змушує студентів поставити себе на її місце [234, с. 35-36]. Кейси служать для студентів конкретними прикладами для ідей та узагальнень, створюють підґрунтя для високого рівня абстрагування та мислення, демонструють людські емоції та почуття, надають можливість застосувати знання, поєднати навчання з досвідом реального життя [209, с. 50].

Визначаючи ситуацію, закладену в кейсі, як стан соціальної реальності, куди потрапляють дійові особи, Ю. Сурмін окреслює такі її характерні риси: наявність протиріччя, що необхідно вирішити; неоднозначність та варіативність її подальшого розгортання; актуальність та нагальність вирішення; можливість вторгнення в неї людини, що намагається змінити її на краще [233, с. 52].

В сучасній практиці використовуються різноманітні види кейсів, але єдиного підходу до їх класифікації ще не вироблено. Наприклад, класифікація, що характерна для закладів освіти Великої Британії, охоплює такі види кейсів:

- 1) структуровані кейси (мінімум додаткової інформації), що мають оптимальні рішення і вимагають використання формул чи моделі для їх вирішення;
- 2) «маленькі начерки» (1-10 сторінок тексту, 1-2 сторінки додатків), що знайомлять тільки з ключовими поняттями, а студенти повинні використати у їх розборі ще й власні знання;
- 3) великі неструктуровані кейси (до 50 сторінок), які подають докладну, іноді не потрібну інформацію, а найважливіші відомості можуть бути пропущені;
- 4) нестандартні кейси, розбираючи які студенти повинні скористатися засвоєними знаннями та навичками, а також виступити у ролі дослідників, відкриваючи щось нове [117, с. 11].

Залежно від навчальної мети З. Юлдашев і Ш. Бобохужаєв виділяють демонстраційні, тренінгові та інноваційні кейси. Демонстраційні кейси мають на меті продемонструвати відпрацьовані методи вирішення проблемних ситуацій різного рівня складності, узагальнити досвід на основі структурованих фактів. Тренінговий кейс передбачає набуття досвіду аналізу та вирішення простих та складних структурованих проблемних ситуацій. Інноваційний кейс спрямований на розвиток аналітичних здібностей при аналізі складних ситуацій, вирішення яких ще не було знайдено на момент підготовки кейсу [294, с. 24-26].

За характером подачі матеріалу М. Савельєва [223, с. 10-11] розрізняє кейси-ілюстрації, кейси-оцінки і кейси-вправи. Кейс-ілюстрація є позитивним чи негативним прикладом з практики, який включає в себе спосіб вирішення проблеми. Кейс-оцінка описує ситуацію та можливе рішення в готовому вигляді, вимагаючи від студентів оцінки його ефективності та правомірності. Кейс-вправа поданий таким чином, що вирішення конкретного епізоду професійної діяльності вимагає певних стандартних дій, наприклад, заповнення таблиць, розрахунків.

Ю. Сурмін [233, с. 170-172] класифікує кейси за суб'єктом, об'ємом, наявністю сюжету і додатків, часовою послідовністю матеріалу, способом презентації матеріалу та типом методичної частини. За наявністю сюжету кейси розділено на сюжетні та безсюжетні. Перші включають в себе розповідь про події, діяльність осіб та організацій, тоді як останні не містять безпосереднього

викладення сюжету, а являють собою сукупність статистичних матеріалів, розрахунків, що допомагають проаналізувати ситуацію і відтворити сюжетну лінію. Залежно від часової послідовності викладення подій визначено кейси в режимі від минулого до теперішнього, кейси-спогади та прогностичні кейси. Відповідно до того, хто виступає суб'єктом кейсу, їх розподілено на особистісні (де діють конкретні особи), організаційно-інституційні (в яких діють організації, підприємства, їхні підрозділи), багатосуб'єктні (включають в себе декілька діючих суб'єктів). За об'ємом виділено міні-кейси (об'ємом від однієї до кількох сторінок, розраховані на те, що робота над ним займатиме частину двогодинного заняття), кейси середніх розмірів (потребують всього заняття для його вирішення) та об'ємні кейси (об'ємом у кілька десятків сторінок, можуть використовуватися протягом кількох практичних занять). За способом презентації матеріалу визначено такі види кейсів: розповідь, есе, аналітична записка, журналістське розслідування, звіт, начерк, сукупність фактів, сукупність статистичних матеріалів, сукупність документів та виробничих зразків. За типом методичної частини виокремлено питальні кейси та кейси-завдання. Залежно від наявності додатків кейси бувають з додатками і без них.

Як стверджують провідні дослідники методу, кейс перетворюється на ефективний навчально-методичний інструмент тоді, коли він ретельно розроблений, відповідно до певних правил. У результаті аналізу наукових джерел вдалося узагальнити вимоги до кейсів та встановити, що вони повинні відповідати чітко поставленій меті, правдиво відображати реальну типову ситуацію професійної діяльності, послідовно викладати події та інформацію, а також характеризуватися певною завершеністю. Кейси повинні бути написаними цікаво, простою й зрозумілою мовою, містити інтригу, драму, боротьбу суперечностей. Ситуація, висвітлена в кейсі, повинна бути актуальною і відповідати потребам та інтересам обраного контингенту студентів. Важливою є також наявність центрального героя, якому необхідно прийняти рішення, оскільки студенти краще усвідомлюють суть проблеми, якщо мають можливість ототожнити себе з цією

людиною. Необхідно також підбирати оптимальний обсяг кейсу та рівень його складності [234, с. 41-131; 235, с. 7].

Ю. Сурміним визначає основні дидактичні принципи, на які спирається кейс-метод: індивідуальний підхід до кожного студента; надання максимальної свободи у навчанні; забезпечення студентів достатньою кількістю наочного матеріалу; відсутність великого об'єму теоретичного матеріалу, подача лише основних положень; активна співпраця викладача та студента; формування у студентів уміння працювати з інформацією; зосередженість на розвитку сильних сторін студента [233, с. 64].

До основних етапів процесу навчання шляхом застосування кейс-методу дослідник відносить знайомство студентів з текстом кейсу, організацію обговорення кейсу, управління дискусією, оцінювання учасників дискусії та підведення її підсумків. Перший етап знайомства може здійснюватися як заздалегідь, так і на занятті, однак принципово важливим тут є те, щоб студенти опрацювали теоретичний курс, на якому базується кейс. Організація обговорення кейсу передбачає формулювання питань до студентів, акцентування їхньої уваги на обговоренні кейсу, включення їх у дискусію, при цьому питання дискусії готуються завчасно разом із самим кейсом. Управління дискусією полягає у стримуванні занадто активних учасників та активізації тих, хто не приймає участь в обговоренні, у керуванні емоціями учасників та запобіганні конфліктів, виділенні певних питань та зосередженні на них уваги студентів. Оцінювання учасників здійснюється шляхом підрахунку та фіксування активних виступів студентів або шляхом оцінки змісту виступу кожного. Підведення підсумків дискусії передбачає аналіз її перебігу та оголошення оцінок учасників [233, с. 64].

Описуючи роботу студентів у процесі застосування кейс-методу, науковці відзначають поетапність та розподіляють її на дві фази. Перша фаза позааудиторної роботи має на меті підготовку до другої фази – аудиторного аналізу кейсу. Процес аудиторної роботи починається з ретельного ознайомлення з текстом кейсу і всіма додатковими матеріалами. Далі проводиться аналіз ситуації з точки зору її основного змісту і несуттєвих аспектів, діагностика

проблемної ситуації та характеристика проблеми. Наступний крок діяльності студентів передбачає виявлення усіх можливих варіантів вирішення проблеми, формування поля альтернатив. На подальшому етапі у процесі дискусії студенти обирають кілька прийнятних альтернатив, обґрунтовують оптимальні варіанти вирішення проблемної ситуації. Після уточнення і корекції програми вирішення кейсу проводиться уявний експеримент, під час якого перевіряється ефективність вирішення ситуації за умови реалізації розробленої програми. На останньому етапі, якщо ситуація дозволяє, здійснюється вироблення сукупності рішень, перетворення даної програми в технологію [234, с. 186-189].

Для наочності представимо етапи роботи студентів на рисунку (рис. 2.2).

Етап 1	Етап 2	Етап 3	Етап 4	Етап 5	Етап 6	Етап 7	Етап 8
Виділення основних характеристик ситуації	Діагностика проблемної ситуації	Характерис- тика проблеми	Вироблення альтернатив вирішення ситуації	Обґрунту- вання прийнятних альтернатив	Розробка програми вирішення ситуації	Уявний експеримент	Вироблення сукупності рішень

Рис. 2.2. Етапи роботи студентів у процесі застосування кейс-методу

Розглянемо також технологію роботи викладача у процесі викладання за кейс-методом, яку зазвичай поділяють на дві стадії. Перша стадія передбачає складну творчу роботу по створенню кейсу та питань для його аналізу, яка здійснюється за межами аудиторії і охоплює науково-пошукову, методичну та конструювальну діяльність викладача. Основними етапами побудови кейсу є визначення розділу курсу, якому присвячена ситуація, формулювання цілей і завдань, визначення проблемної ситуації, побудова моделі ситуації, перевірка її відповідності реальності. Друга стадія охоплює роботу викладача на занятті, де він виступає зі вступним словом, ставить основні питання, розподіляє студентів по групах, надає допомогу у їхній груповій роботі, організовує презентацію рішень груп, координує загальну дискусію, підводить підсумки та оцінює роботу студентів [233, с. 155-179].

Дослідники [117; 125; 234; 235; 249; 294] відзначають значні переваги, широкі навчально-виховні можливості та високий розвивальний потенціал кейс-

методу. Зокрема, цей метод усуває недолік, пов'язаний з сухістю, браком відчуттів та емоцій, що характерний для традиційного навчання. Крім цього, він розв'язує основну проблему освіти щодо співвідношення теорії і практики, органічно інтегруючи останню в освітній процес. Цінні можливості методу полягають ще й в тому, що його використання дозволяє студентам засвоїти значний обсяг знань та застосувати їх на практиці, вдосконалювати навички вирішення типових проблем, розвивати критичне мислення та професійні якості, знаходити раціональні рішення різноманітних професійних проблемних ситуацій. Кейс-метод створює умови для духовної й творчої свободи студента, рівноправної й вільної комунікації, у процесі якої знання здобуваються студентом самостійно. Особливо підкреслюється здатність методу формувати практичні вміння, а саме: вміння логічно мислити, аналізувати ситуацію, виділяти суттєву інформацію, оцінювати альтернативи, самостійно приймати рішення, вести дискусію, ставити питання, вислуховувати і враховувати альтернативну точку зору, аргументовано висловлювати і відстоювати свої погляди, переконувати опонентів, здійснювати самоконтроль та самоаналіз.

На сьогодні завдяки цим перевагам кейс-метод набирає все більшої поширеності при викладанні іноземних мов у закладах вищої освіти. Дослідники прийшли до висновку, що у процесі вивчення іноземних мов цей метод надає можливість усвідомити мову як засіб соціальної взаємодії й підвищити загальний рівень володіння іноземною мовою, створюючи контекст для її застосування. Кейс-метод дозволяє задіяти всі форми аудиторної роботи (індивідуальну, парну, групову) і вдосконалювати усі види мовних навичок (читання, письмо, говоріння, аудіювання, переклад). Студенти вдосконалюють різноманітні комунікативні вміння, зокрема навчаються формулювати різні типи питань, вести дискусію, аргументувати відповідь, публічно представляти свою роботу іноземною мовою [55, с. 41; 94, с. 135; 116, с. 155; 150, с. 130; 206, с. 156; 248, с. 59].

Наголосимо, що науковці акцентують увагу на комунікативному аспекті та аксіологічному потенціалі кейс-методу, між якими спостерігається міцний взаємозв'язок. Так, Ю. Сурмін [233, с. 59-63] зазначає, що даний метод є

специфічною комунікативною системою, в якій розгортається п'ять видів комунікації: викладач – студент, студент – викладач, студент – студент, внутрішня комунікація студента, внутрішня комунікація викладача. Водночас комунікація не зводиться лише до обміну інформацією, вона містить в собі вагомий емоційний та моральний компоненти, які перетворюють роботу над кейсом на морально-емоційну діяльність.

Зауважимо, що сама ситуація та колективна праця щодо її вирішення створюють труднощі перед емоційною, мотиваційною та етичною підсистемами особистості, стимулюючи їх розвиток. Крім цього, наявність у структурі кейс-методу дискусій, обговорення, суперечок, навчає учасників дотримуватися норм і правил спілкування, вирішувати конфлікти, поважати особисті права один одного. Таким чином, саме комунікативна діяльність у процесі застосування кейс-методу забезпечує реалізацію його аксіологічного потенціалу.

Отже, застосування кейс-методу у процесі викладання іноземних мов майбутнім сімейним лікарям не тільки забезпечить розвиток різноманітних комунікативних умінь, а й дозволяє зосередити увагу на загальнолюдських і професійних цінностях, сприяє усвідомленню ролі лікаря у суспільстві, підвищує обізнаність щодо особливостей професійної діяльності медиків, розглядаючи реальні випадки з досвіду їхньої роботи. Аналізуючи кейс, студенти виробляють для себе готове рішення, яке завдяки впливу викладача ґрунтується на морально-етичних та професійних нормах. Існує значна ймовірність, що це рішення студент застосує в аналогічних обставинах професійної діяльності, керуючись при цьому засвоєними цінностями.

Аналіз викладених вище теоретичних положень дав можливість розробити методику реалізації аксіологічного підходу до професійної підготовки майбутніх сімейних лікарів з метою забезпечення засвоєння професійних цінностей у процесі вивчення іноземної мови. Розроблена методика ґрунтується на базових положеннях концепції проблемного навчання, а також на принципах активної діяльності, впливу на сферу почуттів особистості, максимального наближення навчального процесу до реальних професійних ситуацій.

Відповідно до основних стадій формування ціннісних орієнтацій, зазначена методика включає в себе наступні етапи:

- 1) ознайомлення особистості з цінністю професійної діяльності;
- 2) сприйняття та усвідомлення професійної цінності;
- 3) засвоєння цінності та вияв її у поведінці майбутнього фахівця.

В основу методики було покладено застосування кейс-методу, оскільки він дає можливість здійснити всі етапи процесу формування ціннісних орієнтацій. Презентація проблемної ситуації, що ілюструє аксіологічний аспект професійної діяльності лікаря, знайомить з певною цінністю. Обговорення проблеми та пошук шляхів її вирішення створює умови для усвідомлення та сприйняття цінності. Вироблення певного рішення забезпечує засвоєння цінності та вияв її у поведінці студентів. Опишемо зміст кожного з етапів методики.

Реалізацію першого етапу методики було здійснено завдяки включенню до навчального матеріалу дисципліни «Іноземна мова» ціннісно-орієнтованих текстів. Наприклад, тексти «Етичний принципи роботи лікаря», «Права пацієнта», «Довіра пацієнта до лікаря», «Принцип зосередженості на пацієнті», «Роль лікаря в суспільстві» надавали студентам інформацію, щодо моральних та етичних сторін майбутньої професійної діяльності, сприяли усвідомленню вимог професії та суспільства до особистості лікаря.

На другому етапі для сприйняття та усвідомлення професійної цінності було залучено почуття та переживання студентів шляхом презентації, аналізу та обговорення кейсу, що ілюструє ситуацію професійної діяльності. Цю ситуацію було підібрано таким чином, щоб вона не тільки відображала ті проблеми та цінності, що були висвітлені в тексті, але також була цікавою для студентів, актуальною, хвилюючою та емоційно насиченою. Аналіз та обговорення кейсу давав студентам можливість поставити себе на місце як лікаря, так і пацієнта, зрозуміти почуття і потреби пацієнта, виявити помилки в діях лікаря та їхні наслідки для здоров'я пацієнта, обдумати конкретну проблему та сформулювати свою точку зору щодо конкретної ситуації. При цьому найефективнішим було використання сюжетних міні-кейсів, які подано у вигляді розповіді. Саме такі

кейси, з одного боку, викликали найбільший інтерес у студентів, а з іншого – не потребували великої кількості часу для ознайомлення.

На третьому етапі формування ціннісних орієнтацій було створено умови для активної діяльності студентів, яка сприяла засвоєнню цінності, прояву її у поведінці майбутнього фахівця та була наближеною до реальних професійних ситуацій. Досягнення цієї мети здійснювалося під час групових та парних дискусій, спрямованих на пошук можливих варіантів вирішення кейсу, презентації власних рішень описаної в кейсі проблеми, обговорення запропонованих рішень, вироблення оптимального рішення. Такі види роботи давали студентам можливість здійснити комунікативну взаємодію, прийняти власне рішення та висловити свою точку зору, що ґрунтується на засвоєних цінностях.

Після вирішення кейсу застосовувалися завдання, які дозволяли підвести підсумок роботи на занятті, зробити певні висновки щодо ціннісної сфери роботи лікаря. Зокрема, студенти висловлювали свою думку щодо моральних чи професійно-етичних питань, писали есе на морально-етичні теми, розробляли власні правила етичного кодексу лікаря, створювали буклети для пацієнтів про їхні права у сфері охорони здоров'я тощо.

У Додатку III наведено навчально-методичні матеріали, що забезпечують реалізацію аксіологічного підходу у процесі фахової підготовки майбутніх сімейних лікарів і спрямовані на засвоєння ними професійних цінностей.

2. 3. Забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу

Останніми роками відбуваються значні зміни в стосунках лікаря і пацієнта. Нині лікарський патерналізм, що передбачає розпорядження хворому виконувати те чи інше лікування, поступається місцем сучасній моделі взаємовідносин, яка ґрунтується на рівності сторін, партнерській взаємодії лікаря і пацієнта в лікувальному процесі. Пацієнти активніше прагнуть до відкритого діалогу зі

своїм сімейним лікарем, що ставить перед ним нові виклики. Лікар повинен надати пацієнтові всю необхідну інформацію, докладно пояснити діагнози, прогнози та режими лікування, враховувати вікові та психологічні особливості, організувати комунікацію таким чином, щоб пацієнт прийняв усвідомлене рішення щодо лікування. Відповідно цей процес вимагає від сімейного лікаря теоретичної готовності до професійної комунікації, тобто знань психології комунікації, її механізмів та закономірностей, потенційних проблем та способів їх вирішення тощо. У зв'язку з цим у межах нашого дослідження ми надаємо особливого значення формуванню когнітивної складової професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, що передбачає засвоєння студентами значного об'єму знань.

Як зазначає В. Бойчук, у сучасному суспільстві Інтернет-ресурси є потужним засобом одержання навчальної інформації та розв'язання різноманітних навчальних завдань, а доступ до мережі Інтернет означає доступ до величезного сховища інформації [35, с. 43]. Сучасні дослідження також доводять, що комунікативна активність особистості у віртуальному середовищі Інтернету невинно підвищується, а сама мережа поступово стає необхідним робочим інструментом у професійній діяльності [134].

Про актуальність ідеї використання Інтернет-технологій в освітньому процесі свідчать численні наукові праці українських та іноземних науковців: В. Бикова [27; 28], Я. Биховського [268], Р. Гуревича [76], В. Заболотного [90], М. Кадемії [101; 102], М. Ковтонюк [119], О. Матяш [151], Є. Патаракіна [194], Н. Сороко [242], Г. Ткачук [264], Г. Гроссек [313], Юн-Джо Ен і К. Вільямса [303] та ін. Слід зауважити, що дослідники [76; 303; 313] відзначають численні переваги застосування цих технологій, серед яких легкість у використанні та гнучкість; швидкий та простий доступ до інформації; надання студентам можливості самостійно створювати знання; можливість поділитися накопиченими ресурсами, контролювати доступ до них тощо.

Одна з найпоширеніших Інтернет-технологій – це блог-технологія, яка забезпечує функціонування в мережі Інтернет невеликого веб-сайту (блогу)

певного автора [27, с. 12]. У зв'язку з постійним ростом популярності блогів серед молоді останнім часом педагоги все більше уваги приділяють проблемі використання цієї технології з метою оптимізації та інтенсифікації освітнього процесу. Зокрема, розробку і впровадження блогу вчителя було описано у працях Г. Алексєєвої [5; 6], застосування блогів у вищій школі стало предметом вивчення С. Белова [21; 22]. Характерні риси та дидактичні можливості блогу висвітлено у працях Я. Биховського [268], Р. Гуревича [76], М. Кадемії [101], Є. Патаракіна [194], Л. Раїцкої [216], Н. Тверезовської [254] та ін. Методику та умови ефективного використання блогів у процесі підготовки майбутніх фахівців окреслено в роботах Г. Ткачук [264] та Н. Хміль [276]. Значний потенціал цієї технології при викладанні іноземних мов було розкрито в дослідженнях А. Приходько [210], П. Сисоєва [251] та Г. Філатової [270].

Вивчаючи зазначені вище наукові джерела, ми звернули увагу на те, що блог можна застосовувати як засіб подання навчального матеріалу [6, с. 131; 264, с. 67]. Це дозволило зробити припущення про доречність створення інформаційно-освітнього блогу, що висвітлює проблему професійно-комунікативної культури лікаря та надає необхідну інформацію з метою забезпечення її когнітивної складової. Зупинимось детальніше на цій Інтернет-технології, окреслимо її характерні риси та дидактичний потенціал.

У ході теоретичного аналізу останніх досліджень [76; 101; 102; 216; 264] з'ясовано, що блогом називають веб-простір чи сайт, основний зміст якого постійно поповнюється новими записами, які відображаються у хронологічному порядку. Записи можуть містити інформаційні ресурси різних форматів – текстові, графічні, звукові та відео ресурси, а кожне повідомлення може бути прокоментоване іншими користувачами. Блог зазвичай має тему, зміст, підрозділи, записи в хронологічному порядку, коментарі читачів, посилання на статті та інші сайти з теми блогу, список блогів, які читає автор чи в яких він приймає участь. Стійкими характеристиками блогу вважають його особистісний характер (кожен блог має автора чи групу авторів), соціальну характеристику (він

є спільнотою авторів та читачів), часову характеристику (він існує у часі) та створення полілогічного комунікативного середовища.

У сучасному Інтернет-середовищі виділяють такі функції блогів: комунікативна, освітня, самопрезентації, розважальна, психотерапевтична, саморозвитку і саморефлексії, функція мемуарів, функція згуртування та підтримання соціальних зв'язків [21, с. 150].

Вивчення науково-педагогічних джерел дало можливість встановити, що блоги класифікують за рядом ознак. Зокрема, їх розрізняють за автором, типом інформаційних даних, змістом, технічною основою, рівнем доступу, жанром, правовим статусом.

Розглянемо види блогів, які Л. Раїцкая та Г. Ткачук виокремлюють за цими класифікаціями [216, с. 60-61; 264, с. 68-71].

Залежно від того, хто є автором блогу, він може бути: особистим, якщо його веде одна особа; «прозорим», коли він ведеться від імені невідомої особи; колективним, коли його веде група осіб за правилами, визначеними автором; корпоративним, якщо його ведуть працівники однієї організації.

За типом інформаційних даних блоги розділяють на текстові, графічні (основними інформаційними даними є малюнки, фотографії, схеми, діаграми тощо), звукові (основні дані – звукові ресурси), відеоблоги (містять в основному відео ресурси), гіперблоги (розміщують гіперпосилання на інші блоги чи сайти); комбіновані (містять різні види інформаційних даних).

За змістом блоги класифікують на авторські (містять ресурси створені автором), моніторингові (містять створені іншими особами дані, які автор публікує за їхньою згодою) та блоги цитування (містять цитати з інших блогів, які автор коментує).

Залежно від технічної основи розрізняють блоги, створені з використанням власної веб-платформи; блоги, створені з використанням веб-сервісу; мобільні блоги, які можна переглядати за допомогою портативних пристроїв.

За рівнем доступу до блогу виділяють вільнодоступні блоги, що можуть переглядатися та коментуватися всіма користувачами, та блоги з обмеженим

доступом, які можуть переглядати та коментувати лише ті користувачі, яким автор надав дозвіл.

Відповідно до правового статусу блоги розділяють на особисті (створені фізичними особами), групові (створені юридичними особами з комерційною метою) та урядові (створені державними установами з метою взаємодії з громадянами).

За жанром виокремлюють політичні блоги, що використовують політики для просування своїх поглядів та пошуку однодумців; блоги для туристів, які містять корисну в подорожах інформацію; академічні блоги, що мають навчальний чи науковий зміст; комерційні блоги, які створюють компанії в рекламних цілях та для спілкування з потенційними клієнтами; блоги ЗМІ, де розміщуються власні погляди журналістів.

Серед академічних (освітніх) блогів закладу вищої освіти визначають наступні типи: блог одного заняття чи теми, де міститься основний та додатковий текстовий, аудіо- чи відеоматеріал, підібраний викладачем; блог викладача-предметника, який охоплює навчальний матеріал певної дисципліни; блог студентської групи чи блог куратора, що є своєрідною інформаційною дошкою для студентів та їхніх батьків; блог – навчальний проект, який надає допомогу у дослідницькій та проектній роботі студентів; блог студента, де він може розміщувати власні роботи; блог дистанційної освіти [22, с. 14-15].

Л. Раїцкая визначила декілька напрямків використання блог-технології у процесі підготовки майбутніх фахівців. Дослідниця вказує, що в організаційній сфері блоги можуть надавати інформацію про організацію освітнього процесу, розклад, навчальні програми та плани занять, вимоги до складання заліків та іспитів, тощо. У сфері підвищення кваліфікації та науково-дослідної роботи блоги можна застосовувати з метою висвітлення наукової роботи викладачів та студентів, а також як методичні семінари для викладачів чи як інформаційну підтримку семінарів і конференцій. У сфері викладання дисциплін вони надають можливість проводити консультації, подавати основний чи додатковий матеріал з певної дисципліни, публікувати результати творчих чи наукових завдань тощо.

Широкий спектр можливостей блоги мають у сфері вивчення іноземних мов, а саме: розміщення аудіо- та відеоматеріалів з метою формування навичок аудіювання та вимови; надання країнознавчої та культурологічної інформації; навчання різним видам читання; формування та розвиток навичок письмового мовлення; публікація самостійних завдань творчого характеру тощо. У сфері самостійної роботи блоги здатні надавати студентам інформацію щодо методології навчальної та науково-дослідної роботи, подавати Інтернет-ресурси для глибшого вивчення навчальних дисциплін, описувати методику та надавати матеріали для самостійного навчання тощо [216, с. 70-73].

Аналіз досліджень С. Бєлова, Д. Лазаревої [22] та Г. Філатової [270] виявив дидактичні особливості блогу, які, на наш погляд, корисні в контексті досліджуваної проблеми. Перш за все, блог надає можливість швидко надавати інформацію, оперативно її оновлювати та здійснювати її пошук. Він також підвищує привабливість навчальної інформації завдяки мультимедійній візуалізації. Блог дозволяє створити сприятливе середовище для самостійного навчання, урахування індивідуальних стилів навчання і розвитку навчальної автономії. Він також сприяє поліпшенню навичок письмового мовлення і вдосконаленню таких рецептивних видів мовленнєвої діяльності як аудіювання та читання.

Варто також звернути увагу на визначені П. Сисєвим потенційні можливості блогів у процесі навчання іноземних мов. Як зазначає дослідник, важливою у цій сфері є здатність блогу сприяти ефективному обговоренню проблеми, що вивчається, і мотивувати студентів використовувати іноземну мову для спілкування у вільний від занять час. Блог також має можливості розвивати вміння студентів висловлювати та аргументувати свою точку зору, використовувати іноземну мову та мережу Інтернет для задоволення пізнавальних інтересів, послуговуватися іноземною мовою з метою освіти та самоосвіти [251, с. 124].

Науковці визнають, що інтеграція блогів в освітній процес вищої школи має широкий спектр переваг. Зокрема, вони є простими у використанні,

доступними, надійними і безпечними, а також не мають просторових і часових обмежень. Вони дозволяють урізноманітнити аудиторну й самостійну роботу, посилити інтерес до навчання, створити атмосферу професійного зростання. Завдяки створенню середовища спільної рівноправної діяльності та формуванню особистого інформаційного й комунікативного простору блоги позитивно впливають на взаємодію викладача і студентів [21, с. 150-151; 101, с. 54-55; 254, с. 224-225].

Отже, в сучасному суспільстві, де Інтернет-технології створюють нову освітню реальність, навчання з використанням блогів повинно стати однією з важливих частин освітнього процесу закладу вищої медичної освіти. Блог, висвітлюючи певну тему чи проблему, може стати зручним джерелом інформації для студентів. Однак аналіз наявних англomовних Інтернет-джерел виявив значну кількість окремих статей, присвячених теоретичним питанням професійної комунікації лікаря та пацієнта, і досить мало ресурсів, зосереджених на практичному вирішенні цієї проблеми. Наприклад, сайт www.communicatingwithpatients.com належить організації, яка працює над усуненням помилок у професійній комунікації медиків, але безкоштовно користувачі не мають доступу до інформації у повному об'ємі. Вивчення україномовних ресурсів виявило незначну кількість дописів у блогах фахівців-медиків (<https://zdorovi.agency/blog>, <http://medblog.in.ua>, <https://suprun.doctor>), але не було знайдено блогів чи інших джерел, основною метою яких є надання інформації, необхідної для вдосконалення професійної комунікації лікаря

Таким чином, у відповідь на вимоги сьогодення та на потребу вдосконалення професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів нами було спроектовано та розроблено інформаційно-освітній блог викладача «Doctor-Patient Communication» (<http://doctor-communication.vn.ua>). На наш погляд, використання блог-технології у цьому випадку має численні переваги: легкість у використанні; можливість зосередитися на конкретній темі; можливість швидко надати великий обсяг актуальної інформації, розподілити її на логічно впорядковані частини й подати різними способами (як текст, зображення, аудіо-

чи відеозапис); доступ до інформації в будь-якому місці в зручний для користувача час; одночасне використання навчальної інформації необмеженою кількістю студентів; можливість користувачів самостійно визначати зручний для них темп засвоєння інформації; посилення мотивації до навчання завдяки застосуванню новітніх технологій та мультимедійної візуалізації матеріалу.

Роботу щодо розробки блогу було організовано за етапами, відповідно до запропонованого Н. Хміль алгоритму: 1) визначення мети блогу, його дидактичних функцій; 2) проектування структури блогу; 3) обрання платформи та створення блогу; 4) підбір, розробка та розміщення матеріалів у кожен розділ; 5) визначення правил ведення блогу; 6) залучення студентів до роботи з блогом [276, с. 139].

На першому етапі було сформульовано цілі блогу, а саме: привернути увагу студентів до проблеми професійної комунікації лікарів; надати інформацію, необхідну для формування професійно-комунікативної культури майбутніх фахівців; виокремити інформацію, що забезпечує підґрунтя для розвитку професійно-комунікативних умінь майбутніх медиків; посилити інтерес і мотивацію студентів до вивчення англійської мови; розвивати вміння розуміти англомовні тексти й сприймати англомовну інформацію на слух; збільшити лексичний запас термінів з англійської мови за професійним спрямуванням; розширити матеріал для самостійної роботи з метою поліпшення знань з іноземної мови; вдосконалити викладання дисципліни шляхом урізноманітнення аудиторної та самостійної роботи, використання сучасних інформаційних технологій; мотивувати студентів використовувати англійську мову для самоосвіти й саморозвитку.

Відповідно до цілей блогу було визначено його функції: інформаційну, освітню, мотиваційну, функцію саморозвитку.

Зазначимо, що ми звертаємо значну увагу на розвиток англомовної компетенції майбутніх медиків у зв'язку з підвищенням вимог до їхньої професійної іншомовної підготовки. У 2017 році Міністерство охорони здоров'я України, враховуючи принципи Стандартів і рекомендацій щодо забезпечення

якості в Європейському просторі вищої освіти [243], визначило необхідним контроль рівня професійної компетентності з іноземної мови у студентів, громадян України, що навчаються за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я» [212]. У 2018 році Кабінет міністрів України прийняв рішення про впровадження атестації здобувачів ступеня вищої освіти «магістр» за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту. Одним із компонентів цього іспиту є іспит з англійської мови професійного спрямування. У разі нескладання будь-якого з компонентів кваліфікаційного іспиту здобувач має право повторно його скласти не більше одного разу протягом одного року з дня проведення першого іспиту. У разі повторного нескладання будь-якого з компонентів кваліфікаційного іспиту особа вважається такою, що не виконала індивідуальний навчальний план та відраховується з навчального закладу [213].

Зважаючи на це, з 2017-2018 навчального року Міністерство охорони здоров'я України запроваджує для студентів, що є громадянами України, включення до ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1» субтесту із завдань англійською мовою. Слід зауважити, що у 2017-2018 навчальному році результат складання ліцензійних інтегрованих іспитів «Крок 1» визначався за основним тестом (без урахування субтесту іноземною мовою), а починаючи з 2018-2019 навчального року – з урахуванням його результатів іноземною мовою [212].

Отже, як бачимо, необхідність володіння англійською мовою набуває особливої актуальності для майбутніх лікарів. Однак, аналіз результатів складання субтесту з іноземної мови професійного спрямування студентами 3-го курсу спеціальності «Медицина» у 2017-2018 навчальному році виявив невтішні результати. Загалом середній результат складання субтесту становив 46,12%, що свідчить про недостатній рівень компетентності студентів з іноземної мови професійного спрямування [81]. У зв'язку з цим постає нагальна потреба вдосконалювати англомовну компетенцію майбутніх лікарів, прикладати більше зусиль для розвитку саме цього компоненту професійно-комунікативної культури.

Структуру блогу було спроектовано таким чином, щоб вона відповідала складовим когнітивного компоненту професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, до яких відносимо мовну компетенцію, комунікативні знання, етичні та етикетні знання. Зазначимо, що ми мали на меті розробити якомога простішу структуру з невеликою кількістю розділів та підрозділів, щоб не ускладнювати роботу з блогом та пошук необхідної інформації. У результаті він має головну сторінку, блок новин, 4 розділи: «Англійська мова для комунікації лікарів», що націлений на вдосконалення англійської компетенції; «Психологія комунікації», який висвітлює теоретичні засади та психологічні основи процесу комунікації; «Комунікативні вміння лікарів», що надає комунікативні знання, необхідні для професійної комунікації медиків; «Етика та етикет», який пропонує інформацію стосовно медичної етики та комунікативного етикету. Кожен з розділів структуровано на декілька підрозділів.

Обираючи платформу для створення блогу, ми послуговувалися результатами наукових пошуків Г. Алексєєвої [5; 6], яка переконана, що розробку блогу викладача найдоцільніше здійснювати за допомогою системи керування контентом WordPress. За словами дослідниці, ця технологія є простою у встановленні та використанні системою з відкритим кодом, яка дозволяє конструювати різноманітні освітні веб-проекти. Її постійний розвиток та оновлення, поліпшення функцій, додавання нових можливостей дозволяють реалізувати необхідний для сучасного блогу функціонал. Ця система надає зручний та зрозумілий інструментарій для додавання, редагування й видалення інформації. Основною її перевагою визначено те, що користувач володіє кодом сервісу, і це дає йому можливість докорінно змінювати структуру свого блогу, модифікувати та підлаштовувати систему керування контентом під власні потреби. До того ж WordPress має зручну систему налаштування зовнішнього вигляду блогу від використання вже готової теми до розробки власного дизайну, а різноманітні програмні доповнення значно розширюють функції та полегшують роботу користувача.

Отже, зазначені властивості WordPress зумовили вибір цієї системи керування контентом. Після вибору платформи, для створення інформаційно-освітнього блогу було розроблено простий, але сучасний дизайн зовнішнього вигляду, створено структуру меню та відповідні розділи й підрозділи.

Наступний етап роботи над блогом включав у себе підготовку матеріалів та заповнення кожного підрозділу. Відбір матеріалу здійснювався з урахуванням результатів досліджень Л. Білоусової [23] та Н. Житеньової [88], які звертають увагу на необхідність представлення навчальної інформації у зручному для зорового сприйняття вигляді, тобто на доцільність візуалізації матеріалу. Ми також урахували рекомендацію Т. Семеновських [228] змінити змістову складову начального матеріалу та формат його викладення з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей сучасної молоді. Ці зміни передбачають структурування інформації у вигляді кліпів; застосування яскравих, чітких наочних презентацій зі зрозумілими та образними формулюваннями; використання у процесі навчання образів, що можуть мати вигляд слайдів чи анімаційних відео; створення та демонстрація тематичних відеороликів з наочними прикладами, експериментами.

Такі вимоги до відбору матеріалу блогу зумовлені психологічними властивостями сьогоденних студентів, що сформувалися в умовах новітнього інформаційного середовища, створеного завдяки масовому поширенню мобільних телефонів та Інтернету. Характеризуючи сучасне покоління, науковці [23; 65; 86; 228; 267; 274] зазначають, що у молоді все більше проявляється нова культура сприйняття інформації та новий тип мислення, який є реакцією на стрімкий ріст інформаційних потоків, переважно візуалізованих, на високу фрагментарність і різноманітність інформації. Цей новий тип мислення названо поняттям *кліпове мислення*. Його особливостями є візуальність, емоційність, асоціативність, конкретність, алогічність, висока швидкість сприйняття образів та переробки інформації, здатність переключатися між розрізненими смисловими фрагментами, відсутність цілісної картини сприйняття навколишнього світу, орієнтація на менш

узагальнені поняття, непристосованість до тривалого сприйняття однорідної інформації [228; 267, с. 410; 274, с. 28-29].

Кліпове мислення вважається характерним перш за все для дітей та підлітків, оскільки в них воно проявляється найяскравіше. Однак, як справедливо зауважує К. Фрумкін, воно вже досить давно почало поступове проникнення у всі покоління нашого суспільства як наслідок розвитку цивілізації [274, с. 28].

Розглядаючи різні сторони цього явища, дослідники відносять до позитивних сторін захисний характер кліпового мислення в умовах інформаційного перенавантаження та його сприяння адаптації особи до мінливої соціальної реальності. Цей тип мислення характеризується інтенсивним вдосконаленням навички швидко переключатися, що підвищує динамізм пізнавальної навчальної діяльності. Серед найвагоміших негативних ознак кліпового мислення відзначають втрату глибини засвоєння матеріалу, слабке формуванням навичок тривалої концентрації, зниження здібностей до аналізу та побудови довгих логічних ланцюжків, звичку одержувати інформацію у спрощеній формі, хибну впевненість у швидкому й простому вирішенні складних завдань [65, с. 39; 86, с. 173-174; 267, с. 413-414; 274, с. 28-29].

Хоча кліпове мислення вважається скоріше негативним явищем, учені зазначають, що ідеологія боротьби з ним є хибною та приреченою на невдачу. Ми погоджуємося з точкою зору К. Фрумкіна на те, що освіта повинна готувати особу до реальної дійсності, а боротьба з кліповим мисленням змушує студента пристосовуватися не до реальності, а до системи освіти, збільшуючи розрив між ними [274, с. 29]. Тож ідею сприйняти це явище як об'єктивний факт, змусити його працювати на розвиток особистості, використати його характерні риси для вдосконалення освітнього процесу вважаємо продуктивнішою.

Критерії до відбору текстових матеріалів було визначено на основі аналізу праць науковців-методистів [1; 127; 257; 286], які досліджували цю проблему, та з урахуванням особливостей викладання іноземної мови студентам-медикам. У підсумку було визначено наступні вимоги до текстів, що розміщувалися у блозі: автентичність, актуальність, новизна, професійна спрямованість, практична

корисність, доступність викладу на понятійному та мовному рівні, тематична відповідність, оптимальний обсяг.

Зазначимо, що відеоматеріали для блогу відбиралися за критеріями, запропонованими Т. Сидоренко: професійна цінність; професійна інформативність; наявність професійної проблеми; актуальність тематики; відповідність ступеня складності для сприйняття та рівня знань іноземної мови студентів; відповідність змісту навчальним цілям та інтересам студентів; мовна насиченість, різноманіття та точність використання лексичних одиниць; відповідність звукового та зорового ряду; якість звукового та художнього оформлення; розкриття теми та логічна завершеність матеріалу; урахування морально-етичного потенціалу, що передбачало виключення матеріалів, які містять елементи аморальності, жорстокості чи нетерпимості [231, с. 208-209]. Оскільки ресурсом для відеоматеріалів слугувала мережа Інтернет, значна увага приділялася пошуку достовірних та компетентних джерел.

Стисло окреслимо цілі та зміст кожного розділу блогу.

Головну сторінку блогу було використано для привернення уваги студентів до проблеми професійної комунікації лікарів, посилення їхнього інтересу і мотивації до вивчення англійської мови, стимулювання використовувати англійську мову для самоосвіти та саморозвитку. Для цього ця сторінка постійно поповнюється новими записами, що можна розділити на декілька типів відповідно до їхньої мети. Перший тип – записи мотиваційного характеру, що висвітлюють значну роль комунікації у професійній діяльності лікарів, підкреслюють необхідність розвитку їхньої професійно-комунікативної культури, акцентують необхідність вивчення англійської мови для студентів-медиків. Другий тип – статті, які мають на меті викликати інтерес студентів цікавими фактами про людину, медицину, спілкування та мови. Третій тип – дописи професійної тематики, які подають текстовий та відеоматеріал з тем, що вивчаються дисциплінами «Іноземна мова» та «Іноземна мова за професійним спрямуванням». Ці дописи, крім зацікавлення та мотивації студентів, також здатні удосконалити викладання даних дисциплін, оскільки представлені у них

відеоролики забезпечують візуалізацію навчальної інформації та можуть бути використані у процесі аудиторної роботи. Четвертий тип – поради для студентів, що надають інформацію стосовно організації самостійної роботи з вивчення дисциплін, спонукаючи їх до самоосвіти та саморозвитку. Наприклад, такі статті рекомендують студентам тлумачні он-лайн словники, підручники для самостійного вивчення граматики англійської мови чи Інтернет-ресурси, що містять англomовні медичні наукові статті.

Розділи «Психологія комунікації», «Етика та етикет», «Комунікативні вміння лікарів» було наповнено інформацією, необхідною для формування професійно-комунікативної культури майбутніх лікарів та для розвитку їхніх професійно-комунікативних умінь. Зокрема, розділ «Психологія комунікації» містить статті та відеоролики, що описують сутність комунікації, вербальну та невербальну комунікацію, процес слухання, комунікативні бар'єри та способи їх подолання, способи вирішення конфліктів тощо. Розділ «Етика та етикет» висвітлює принципи медичної етики та правила комунікативного етикету лікарів. Розділ «Комунікативні вміння лікарів» містить рекомендації майбутнім лікарям щодо того, як розвивати необхідні для професійної діяльності вміння, серед яких – вміння створити позитивне перше враження про себе, вислухати та провести опитування пацієнта, пояснити та дати рекомендації, проявити емпатію, правильно поводитися невербально тощо.

Одним із завдань розділу «Англійська мова для комунікації лікарів» було визначено надання матеріалу для самостійної роботи студентів з дисциплін «Іноземна мова» та «Іноземна мова за професійним спрямуванням». Для цього в ньому було розміщено авторські методичні розробки «Методичні рекомендації та завдання до проведення практичних занять з англійської мови та формування професійно-комунікативних умінь майбутніх лікарів» та додаткові навчальні матеріали, що поглиблюють знання студентів з певних тем. Для збільшення лексичного запасу англійської медичної термінології у цьому розділі також подано інтерактивні он-лайн вправи, розроблені автором за допомогою сервісу LearningApps.org.

Стисло охарактеризуємо даний сервіс та його можливості.

Самі розробники цього ресурсу називають його сервісом для підтримки процесів навчання та викладання за допомогою невеликих інтерактивних модулів, які можуть використовуватись як навчальні ресурси або для самостійної роботи. Блоки чи вправи не розглядаються як цілісні уроки чи завдання, а рекомендуються до використання у будь-якому доречному методичному сценарії [225]. У свою чергу науковці, які досліджують використання цієї Інтернет-технології в освітньому процесі, називають LearningApps.org – «конструктором для розробки різноманітних завдань з різних предметних галузей на основі шаблонів, для подальшого їх використання на уроках та заняттях як для малечі, так і для старшокласників» [227, с. 98-99].

Головною метою LearningApps.org є створення та зберігання інтерактивних вправ, за допомогою яких можна подати, закріпити, перевірити та узагальнити набуті студентами знання. Аналіз наукових праць українських дослідників [190; 222; 227] дав можливість визначити функції та переваги цього сервісу. З одного боку, завдяки інтерактивній формі завдань, процес засвоєння нових знань чи контроль здійснюється в ігровій формі, що підвищує інтерес та мотивацію студентів до навчання. З іншого боку, візуалізація навчального матеріалу забезпечує ефективніший спосіб подання нової інформації, сприяє кращому її засвоєнню та закріпленню. Серед інших позитивних якостей LearningApps.org науковці називають відсутність плати за використання сервісу, простий та зрозумілий інтерфейс, можливість використовувати картинки, звукові та відео-матеріали для розробки завдань, миттєва перевірка правильності виконання завдання. Корисною функцією цього сервісу є можливість отримання коду для розміщення вправи на сайті, що було надзвичайно доречним у нашому випадку, оскільки всі розроблені вправи розміщено у блозі автора.

Загалом переваги інтерактивних завдань, як зазначають М. Семаньків та Б. Білусяк, полягають в їх різноманітності, наочності, доступності, креативності, у застосуванні електронних пристроїв замість книг, у використанні аудіо, відео та

графічних зображень, що значним чином активізує та оптимізує навчальний процес [227, с. 100].

Інтерактивні он-лайн вправи у нашому блозі подаються у зручному візуальному режимі сітки зображень. Кладнувши на зображенні значка вправи, відбувається перехід у режим її виконання. На передньому плані з'являється завдання, сформульоване викладачем, яке закривається після натискання кнопки ОК, що дозволяє перейти до безпосередньої роботи з вправою. Після виконання вправи необхідно натиснути значок «Перевірити рішення»: відповіді буде перевірено і вказано на помилки, після чого можна внести виправлення і знову здійснити перевірку. Дані вправи студенти можуть виконувати під час аудиторної роботи на заняттях з іноземної мови, а також у вільний час з метою самоосвіти.

Після розробки та розміщення матеріалів у кожному розділі блогу, наступним етапом нашої роботи стала організація навчально-пізнавальної діяльності студентів з використанням блогу, залучення їх до самостійної роботи з блогом. Для цього на початку вивчення дисциплін «Іноземна мова» та «Іноземна мова за професійним спрямуванням», студентам експериментальної групи було повідомлено, що роботу на заняттях та їхню самостійну роботу буде організовано за допомогою блогу. Їм було запропоновано відкрити сторінку блогу, ознайомитися з його структурою, окреслено можливі способи його використання для самостійного вдосконалення знань з дисциплін. Ми також звернули увагу студентів на рекомендації стосовно вивчення англійської мови, що розміщені на домашній сторінці блогу.

Організація навчальної діяльності студентів експериментальної групи на заняттях з використанням блогу відбувалася за принципами сучасного освітнього тренду BYOD (Bring You Own Device – принеси свій власний пристрій), що передбачає застосування персональних мобільних пристроїв для доступу до інформаційних ресурсів [88, с. 172]. Застосування блогу безпосередньо на занятті здійснювалося під час виконання таких завдань: прочитати одну з останніх медичних новин і стисло переказати її зміст, подивитися відео та дати відповіді на запитання, прочитати статтю та підготувати її резюме українською мовою,

виконати он-лайн вправу для закріплення чи перевірки знань із вивченої теми, підготувати доповідь на тему, що стосується професійно-комунікативної культури лікаря тощо. Значна увага приділялася заохоченню студентів використовувати блог з метою самоосвіти й професійного саморозвитку у вільний від занять час.

Таким чином, робота з блогом створювала умови для формування англомовної компетенції, а вдосконалення володіння українською мовою відбувалося за рахунок вивчення та накопичення української медичної термінології. Варто зазначити, що власний досвід використання блогу у процесі навчання майбутніх лікарів дає можливість стверджувати, що ця технологія вносить у навчання ефект новизни та значно його активізує, дає можливість кожному учаснику освітнього процесу брати в ньому активну участь.

Для прикладу застосування блогу у процесі викладання дисципліни «Іноземна мова за професійним спрямуванням» у додатку ІЩ подано методичну розробку практичного заняття для студентів 2 курсу медичного факультету зі спеціальності «Медицина».

2.4. Формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання

Урахування прогресивних ідей та практичних здобутків країн Європи у сфері охорони здоров'я висуває нові вимоги до сучасних сімейних лікарів. Вони повинні не тільки мати широкі знання з різноманітних галузей медицини, а й бути готовими до діалогу, порозуміння і встановлення особистісного контакту з особою будь-якого віку, статі, професії, характеру. Як справедливо зазначає І. Паламаренко, пацієнти очікують від сімейного лікаря доброзичливості та поміркованості, вміння уважно вислухати та зрозуміти їхні потреби в конкретній ситуації. Науковець також висловлює думку, що український сімейний лікар повинен стати другом родини, радником і консультантом сім'ї, який надає допомогу кільком поколінням пацієнтів і має унікальну можливість здійснювати профілактичні заходи на ранньому етапі розвитку [192, с. 160]. Все це вимагає від

фахівця не тільки психолого-педагогічних, комунікативних та етичних знань, а й відповідної практичної підготовки – досконалого володіння комунікативними вміннями, що постає як невід’ємна вимога до особистості сімейного лікаря.

Питання формування комунікативних умінь було досить детально вивчено. Зокрема, їх зміст та структуру було розкрито у працях Є. Ільїна [97], Л. Кайдалової [104], В. Кан-Калика [107], Є. Клімова [114], О. Леонтьєва [136], А. Мудрика [165], М. Філоненко [272] та ін. Розвиток комунікативних умінь майбутніх фахівців був у центрі уваги Л. Василевської-Скупої [41], О. Галкіної [61], І. Герасимової [64], В. Каплінського [108], В. Кручек [129], В. Підгурської [200], Т. Шепеленко [290], І. Щоголевої [292], О. Яковлівої [299] та ін. Деякі аспекти проблеми вдосконалення комунікативних умінь майбутніх лікарів було висвітлено українськими вченими: Т. Веприк [45], І. Гуменною [74], І. Лембрик [135], С. Мітіною [161], М. Тимофієвою [259], О. Уваркіною [266], О. Яциною [301] та ін. Дана проблема доволі широко досліджена зарубіжними науковцями, серед яких К. Асперген [304], Е. Догерті [308], С. Хекв [315], Р. Халсмен [316], А. Одхаяні [318], Дж. Перера [320], Дж. Тан [326] та ін.

У сучасних психологічних і педагогічних працях докладно висвітлено механізми формування умінь. Так, вчені-психологи Б. Мещеряков та В. Зінченко характеризують вміння як проміжний етап оволодіння новим способом дії, який ще не досягнув рівня навички і ґрунтується на правилах чи знаннях, їх правильному використанні у процесі вирішення певних завдань. Описуючи процес формування умінь, науковці зазначають, що на початковому етапі вони виражаються у формі засвоєних знань, які зрозумілі особі і можуть бути доволіно відтворені. У процесі практичного використання ці знання набувають операційних характеристик і виступають у формі правильно виконаної дії, що регулюється відомими особі правилами. При подальшому тренуванні, коли дія виконується автоматично, вміння трансформується в навичку [36, с. 508].

На думку В. Максименко, вміння формуються у декілька етапів, а саме: здобуття чи повторення теоретичних знань, необхідних для виконання нового вміння; первинне застосування знань з метою формування нового вміння;

застосування знань та умінь у стандартних умовах з метою формування навички; творче перенесення знань, умінь і навичок у нові умови [141].

Важливим для нашого дослідження є погляди О. Толстенєвої та О. Галкіної на проблему формування комунікативних умінь майбутніх фахівців. Науковці вважають, що даний процес включає в себе наступні етапи: мотиваційно-цільовий (розвиток мотивації до формування комунікативних умінь), когнітивно-діяльнісний (вивчення та застосування в освітньому процесі технік комунікації), професійно-діяльнісний (формування комунікативних умінь в умовах професійної діяльності), оцінно-рефлексивний (оцінка і самооцінка сформованості умінь) [61, с. 158-159].

Отже, можна зробити висновок, що процес формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів включає в себе наступні етапи:

- 1) мотиваційний, що забезпечує мотивацію формування певного комунікативного вміння;
- 2) когнітивний, протягом якого відбувається одержання теоретичних знань, необхідних для оволодіння новим умінням;
- 3) професійно-діяльнісний, котрий охоплює три стадії: первинне застосування знань з метою формування нового вміння; застосування комунікативного вміння у стандартних умовах професійної діяльності, змодельованих на занятті; творче використання комунікативного вміння у нестандартних умовах професійної діяльності;
- 4) оцінний, на якому здійснюється оцінка та самооцінка комунікативної діяльності та сформованості певного комунікативного вміння.

Здійснений огляд наукових джерел [41; 64; 129; 209; 292; 299] виявив низку педагогічних умов, необхідних для формування комунікативних умінь майбутніх фахівців. Дослідники зазначають, що цей процес вимагає педагогічного управління з урахуванням його змісту, структури, етапів та логіки, цілеспрямованого розвитку комунікативної мотивації та позитивної професійної мотивації, формування ціннісного ставлення до комунікативного аспекту майбутньої професійної діяльності. При цьому навчальну діяльність необхідно

організовувати на засадах гуманізму, комунікативності, діалогічної взаємодії викладача й студентів. Позитивний вплив на формування комунікативних умінь студентів мають діалогові, активні та інтерактивні методи навчання, комунікативні тренінги, різноманітні комунікативні завдання. Важливу роль відіграє також високий рівень комунікативної компетентності науково-педагогічних працівників.

Ми підтримуємо точку зору І. Герасимової [64, с. 9], яка переконана, що комунікативні вміння студентів удосконалюються, коли викладачі створюють позитивну психологічну атмосферу на заняттях, спонукають і схвалюють ініціативність та самостійність, сприяють підвищенню впевненості студентів у власних силах, заохочують їх висловлювати та відстоювати свою точку зору, здійснюють разом з ними евристичні відкриття та дослідницьку діяльність.

Вивчення праць, які висвітлюють проблему розвитку комунікативних умінь майбутнього лікаря, виявило психологічні умови здійснення цього процесу. До них відносять наявність у студентів-медиків установок на відкрите партнерське спілкування та визнання пацієнта активним суб'єктом лікувального процесу. Значний вплив на формування комунікативних умінь має соціально-психологічна готовність майбутнього лікаря до професійної діяльності та його готовність до компетентного спілкування [259, с. 4].

Науковці переконані, що у вирішенні зазначеної проблеми важливу роль повинна відігравати модернізована система освіти, у якій активно застосовуються сучасні педагогічні технології та методики, нові форми й методи роботи. Зокрема, І. Лембрик вказує на здатність цифрових технологій, впроваджених в освітній процес, стимулювати студента-медика вдосконалювати набуті комунікативні вміння, формувати звичку правильно розмовляти, вести дискусію, підтримувати бесіду тощо [135, с. 226]. С. Мітіна та О. Яцина важливим аспектом процесу формування комунікативних умінь вважають уявне програвання поведінки лікаря в різних професійних ситуаціях, створення ситуацій, в яких студент міг би відчувати себе в різних рольових позиціях. На думку дослідників, це можливо

здійснити за допомогою новітніх форм і методів роботи: тренінгів, групових дискусій, рольових ігор, моделювання ситуацій тощо [161, с. 59; 301, с. 249].

Досвід зарубіжних фахівців [308; 315; 316; 318; 320] свідчить про ефективність таких методів навчання як спостереження за викладачем-медиком, аналіз аудіо- чи відеозаписів з позитивними та негативними прикладами бесід лікаря з пацієнтом, опитування пацієнтів, перегляд та аналіз записаної на відео власної бесіди з пацієнтом, парні та групові рольові ігри, групові дискусії, круглі столи, індивідуальні та групові проблемні завдання, семінари.

Отже, проблема формування комунікативних умінь студентів-медиків у процесі підготовки в закладах вищої медичної освіти вимагає пошуків нових, інтенсивніших та ефективніших методів навчання, впровадження сучасних педагогічних технологій, застосування новітніх підходів до освітнього процесу. Один з таких підходів передбачає відмову від традиційного монологічного викладу знань й організацію суб'єкт-суб'єктної взаємодії між викладачами та студентами. Це створює простір для здійснення їхньої співпраці як рівноправних партнерів, які залучені до спільної справи, виявляють високу активність та націлені на досягнення спільної мети. Підґрунтям такої взаємодії є діалог, що створює комунікативне середовище для обміну набутими досвідом, сумісного пошуку знань, розв'язання професійних проблем.

У сучасній педагогіці і психології все глибше усвідомлюється та досліджується роль діалогу в процесах навчання і мислення, творчості, розвитку і професійного становлення особистості. З огляду на це діалог вважають пріоритетним принципом нової освітньої парадигми. Розкриємо зміст цього поняття.

Слід констатувати, що в наукових дослідженнях висловлюються різноманітні погляди на сутність терміна *діалог*. Так, С. Братченко та Д. Леонтьєв розрізняють два аспекти у його визначенні – формальний та змістовий. Формальне розуміння діалогу, що було поширеним з античних часів, полягає у його трактуванні як обміну репліками у процесі комунікації між двома і більше співрозмовниками. Змістовий аспект відображає новий погляд на діалог як на

специфічну для людини форму міжособистісної взаємодії, якість взаємовідносин, в яких учасники виступають рівноправними вільними суб'єктами, що мають власні інтереси, цінності, цілі, внутрішній світ [39, с. 23].

Подібна думка була висловлена філософом М. Каганом, який стверджує, що термін *діалог* використовується в двох сенсах – загально-побутовому та науково-філософському. У першому випадку діалог є співбесідою двох осіб, у той час як у другому – інформаційною взаємодією людей як суб'єктів, незалежно від мовних чи інших семіотичних засобів, що має на меті досягнення чи підвищення рівня їхньої духовної єдності [100, с. 51].

На сьогодні поняття діалогу тлумачать у філософському, соціологічному, культурологічному, лінгвістичному, комунікативному, психологічному та педагогічному контекстах. Педагогічне трактування, незважаючи на деякі відмінності у визначеннях, розкриває діалог як «форму педагогічної взаємодії учителя-учня (учня-учня) в умовах навчальної ситуації, в ході якої відбувається інформаційний обмін, взаємний вплив і регулюються відносини» [69, с. 96]. Водночас діалог вважають також особливою формою спілкування, коли людина сприймається як партнер, що має право на власну думку, на свій спосіб сприйняття світу [196, с. 167].

Аналіз сучасних науково-педагогічних праць засвідчує наявність різноманітних поглядів на сутність діалогу в освітньому середовищі.

Зокрема, В. Вихрущ та Л. Романишина розуміють діалог у сучасній освіті як характер міжособистісних стосунків, спосіб зміни уявлень про себе й іншу людину; знання про свій внутрішній світ, що припускає можливість існування різних поглядів на його сутність [51, с. 26]. Як зазначає Ю. Підборський, діалог в освітньому процесі – це особливе середовище, комунікативна атмосфера, яка допомагає студентам розкривати й розвивати інтелектуальні та емоційні властивості особистості [199, с. 137]. У свою чергу Т. Равчина зауважує, що діалог «передбачає цілеспрямовану організацію спілкування як взаємообміну викладачів і студентів набутими знаннями й досвідом, доходження спільних

висновків, а також встановлення психологічних контактів, налагодження позитивних стосунків» [214, с. 28].

І. Глазкова називає діалог у педагогічному процесі цілеспрямованою, організованою взаємодією суб'єктів освітнього процесу, що здійснюється на засадах співпраці і співтворчості. Ця взаємодія спрямована на вирішення проблеми з кількома можливими рішеннями, пошук серед них найбільш оптимального у процесі взаємного обміну думками [67, с. 8].

В. Масич в основі діалогу у сфері освіти вбачає «поступально-прогресивний розвиток пізнавального процесу, коли рух до шуканого результату виконується шляхом взаємодії різних, але не конкуруючих точок зору, підходів або напрямків» [148, с. 56]. Водночас І. Муратова підкреслює, що діалогом слід вважати не простий обмін репліками між його учасниками, а соціальну взаємодію різних смислових позицій, що мають культурно-історичне підґрунтя [166, с. 25].

Вивчення наукових джерел [11; 148; 196; 214; 252] надало можливість окреслити головні ознаки діалогу як специфічної форми педагогічної взаємодії. Перш за все, діалог передбачає наявність, як мінімум, двох партнерів, спільного предмета спілкування та базової інформації у партнерів по комунікації. Діалогічна взаємодія вимагає побудови діяльності педагога і студентів на гуманістичних, особистісно орієнтованих засадах та визнання їхньої рівноправності, що обумовлює взаємну активність і відповідальність. Викладачеві необхідно створити комфортне середовище, яке спонукає студентів до висловлювання власної точки зору, поводитися тактовно й демократично, заохочувати студентів до прийняття й розуміння позиції іншого. Важливими завданнями викладача є також забезпечення свідомого характеру навчання, розвиток і підтримка позитивної навчальної мотивації, віра в здібності студентів, формування їхньої здатності долати труднощі і бар'єри. Викладання здійснюється у вигляді спільної творчої діяльності, обміну особистісними сенсами та власними переживаннями, а навчальний матеріал подається з урахуванням особистого досвіду студентів. При цьому забезпечується оптимальне співвідношення між свободою студента і педагогічним керівництвом його діяльності. Значна увага

приділяється стимулювання вільного міркування студентів, розвитку їхнього творчого й критичного мислення.

Слід зазначити, що на сьогодні науковці одностайно підтримують ідею діалогізації навчання, яка відповідає вимогам демократичного інформаційного суспільства та обумовлена головними положеннями сучасної філософії освіти на засадах співробітництва й гуманізму. Як українські, так і зарубіжні вчені-педагоги визнають, що сучасне суспільство вимагає від освітньої галузі відмовитися від пасивного монологічного навчання і створити діалогічне освітнє середовище. Наприклад, нідерландський учений Ф. Мейджерс переконаний, що використання діалогу необхідне на всіх рівнях освіти, а саме: на мікро-рівні (студентів заохочують до перетворення інформації на знання конструктивним, осмисленим способом); на мезо-рівні (колективне навчання дозволяє створити професійну ідентичність і навчальне середовище, в якому можлива співпраця та співтворчість); на макро-рівні (публічний дискурс щодо ролі освіти в суспільстві, засобів її реалізації) [217, с. 4]. У свою чергу британський учений Е. Стейблс визначає різні типи діалогу, які необхідні в освітньому процесі: діалог «викладач-студент» чи «викладач-клас», діалог «студент-студент», внутрішній діалог «студент-текст», внутрішній діалог-розмірковування [323, с. 8-10].

Отже, організація діалогу в освітньому процесі є досить актуальним завданням для вищої школи в Україні. Систему діяльності педагога та студентів, яка пов'язана зі створенням діалогічного середовища на різних рівнях у ході постановки й вирішення навально-пізнавальних завдань, називають діалоговими технологіями навчання [232, с. 175]. Їх вважають джерелом позитивних зрушень у сфері вищої освіти, одним із головних способів удосконалення освітнього процесу, що забезпечує його гуманізацію то особистісну зорієнтованість.

Аналіз попередніх досліджень засвідчує, що діалогова технологія навчання активно досліджувалася такими українськими вченими як С. Амеліна [8], Н. Гойдош [68], В. Гончаров [70], В. Масич [148], І. Небеленчук [168], Ю. Підборський [199], О. Пісоцька [202], Г. Радчук [215], С. Сисоєва [232], О. Тамаркіна [252] та ін. Перш ніж встановити роль цієї технології як ефективного

чинника формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів, проаналізуємо їх сутність та основні характеристики.

У педагогіці під терміном *технологія* у широкому значенні розуміють «мистецтво оволодіння процесом, певну послідовність операцій з використанням необхідних засобів» [66, с. 101], «знання, науку про майстерність» [145, с. 308] чи «сукупність знань про засоби здійснення процесів, за яких відбувається зміна об'єкта [176, с. 123]. Відповідно до тлумачення ЮНЕСКО, це «системний метод створення, застосування й визначення всього процесу навчання і засвоєння знань, з урахуванням технічних і людських ресурсів та їх взаємодії, який ставить своїм завданням оптимізацію освіти» [69, с. 331].

Аналіз психологічної та педагогічної літератури засвідчує, що серед дослідників немає одностайності щодо визначення терміна *технологія навчання*. Наприклад, І. Малафіїк розглядає технологію навчання як послідовність дій учнів і учителя, при виконанні якої (враховуючи індивідуальні та вікові особливості перших та професійно-методичний рівень останнього) обов'язково повинен настати запланований результат [145, с. 309-310]. Подібну точку зору висловлює О. Пометун, вважаючи технологію навчання такою організацією освітнього процесу, що передбачає певну систему дій усіх його активних елементів. Науковець підкреслює два значних аспекти: технологія навчання детально розглядає систему дій не тільки викладача, а й студента; вона забезпечує досягнення певного результату при коректному застосуванні [208, с. 31].

В. Стрельніков тлумачить досліджуване поняття як певний спосіб взаємодії суб'єктів освітньої діяльності [247, с. 7]. О. Пехота стверджує, що технологія навчання відображає шлях засвоєння конкретного навчального матеріалу в межах визначеного предмета, теми, питання й у межах цієї технології [177, с. 29]. У свою чергу В. Ортинський зазначає, що «технологія навчання – системна категорія, орієнтована на дидактичне застосування наукового знання, наукові підходи до аналізу й організації освітнього процесу з урахуванням емпіричних інновацій науково-педагогічного працівника і на досягнення високих результатів у професійній компетенції та розвитку особистості студентів» [176, с. 128].

І. Зайченко трактує цей термін як педагогічну діяльність, що реалізує науково обґрунтований проект дидактичного процесу і характеризується вищим ступенем ефективності, ніж традиційні способи навчання [92, с. 519.].

У контексті даного дослідження в якості базового скористаємося визначенням В. Кукушина, яке тлумачить технологію навчання з одного боку як сукупність методів і засобів обробки, подання, зміни та представлення навчальної інформації, а з іншого боку – як способи впливу викладача на студентів у процесі навчання з використанням необхідних технічних чи інформаційних засобів. Структурними компонентами цієї категорії виступають цілі та зміст навчання, засоби педагогічної взаємодії, організація освітнього процесу, учень, учитель, результат діяльності [195, с. 5].

Огляд наукових джерел дає підстави стверджувати, що поряд з терміном *діалогові технології навчання*, застосовуються як тотожні поняття *технологія діалогічного навчання*, *технологія навчального діалогу*, *технологія діалогу*, *діалогове навчання* та *діалогічне навчання*. Було також виявлено різноманітні авторські трактування цих понять. Зокрема, Н. Гойдош діалоговими технологіями називає «сукупність форм і методів навчання, заснованих на діалоговому мисленні у взаємодіючих дидактичних системах суб'єкт-суб'єктного рівня» [68, с. 72]. О. Тамаркіна вбачає сутність даної технології в організації навчання таким чином, що всі студенти залучаються до процесу пізнання та мають можливість обмінюватися думками та ідеями в умовах емоційного комфорту і творчої атмосфери [252, с. 97]. В. Морозов розуміє цю технологію як спільну діяльність викладача та студента у формі навчального діалогу, який сприяє появі гіпотез, питань та моделей, що відображають індивідуальні точки зору його учасників [163, с. 10]. Нам імponує визначення І. Небеленчук, яка тлумачить діалогову технологію навчання як «науково обґрунтовану дидактичну систему методів, прийомів, видів і форм педагогічної діяльності, що спрямована на досягнення навчальної мети через комунікацію всіх учасників освітнього процесу та їхню взаємодію, спільний пошук рішень, пізнання сутності предмета чи явища завдяки різнорівневим діалогам» [168, с. 9].

Характерними ознаками діалогової технології навчання науковці визначають спрямованість на взаєморозуміння й створення комунікативного середовища, становлення співробітництва й партнерства у діалозі та суб'єкт-суб'єктних відносин між викладачем та студентом, врахування не лише власних думок, а й поглядів кожного учасника [199, с. 132; 252, с. 97-98]. До компонентів педагогічної діалогової технології відносять учителя-комунікатора, який задає смислову спрямованість діалогу; мотив і мету освіти (те, що повинно викликати в діалозі бажання учня вербалізувати певну думку); зміст, що створює потенційне поле для формування думок; код комунікації, який може бути представлений усним чи письмовим діалогом; учня-реципієнта з його особливостями [68, с. 74].

Учені зазначають, що використання діалогових технологій навчання є запорукою досягнення успіху у навчанні. Вони перетворюють пізнання на творчу діяльність, що підвищує зацікавленість студентів до оволодіння професійними знаннями та вміннями, а також формує стійкий інтерес до майбутньої професійної діяльності. Створюючи атмосферу невимушеного обговорення проблем, ці технології знімають деякі комунікативні бар'єри, дозволяють імпровізувати та спробувати себе в нових ролях, виробляють власний стиль комунікації майбутніх фахівців. Вони також сприяють розвитку співробітництва та розкриттю творчих можливостей студентів [8, с. 216; 68, с. 74; 199, с. 133-134; 252, с. 98].

У контексті нашого дослідження на особливу увагу заслуговує роль діалогових технологій у процесі формування комунікативних умінь. Зокрема, науковці відзначають їхній позитивний вплив на розвиток умінь встановити контакт, чітко висловлювати свої думки, аргументувати та обґрунтувати свою точку зору, сприймати висловлювання співрозмовника, розуміти почуття та переживання партнера, ставити питання, вести бесіду чи дискусію, робити висновки, проявляти повагу до партнера, орієнтуватися в комунікативній ситуації тощо [8, с. 215-216; 68, с. 74; 199, с. 133; 252, с. 98].

Зазначимо, що практичне застосування діалогових технологій навчання передбачає роботу у парах, мікрогрупах (3-4 студенти), макрогрупах (5-6 студентів), колективі. Це також вимагає використання відповідних методів

навчання, серед яких проблемні лекції, лекції-діалоги, різні типи бесід, семінари-дискусії, семінари-бесіди, проблемно-пошукові діалоги, групові дискусії, диспути, мозковий штурм, прес-конференції, тренінги, рольові ігри, творчі й евристичні завдання, проблемні завдання, кейс-метод [148; 168, с. 10-12; 252, с. 98].

Аналіз наукових джерел, а також власний досвід застосування діалогових технологій навчання, дає підстави визначити ті методи, що найактивніше сприяють формуванню комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів – евристична бесіда, діалог, спільний проект, мозковий штурм, рольові ігри, проблемні завдання, дискусії.

Підібравши до кожного етапу формування комунікативних умінь методи, які найефективніше забезпечують його реалізацію, ми розробили поетапну методику формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання. Зобразимо її в загальному вигляді у таблиці (табл. 2.1).

Табл. 2.1.

Етапи та методи формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання

Етап формування умінь	Зміст етапу	Методи реалізації етапу
1 мотиваційний	забезпечення мотивації засвоєння комунікативного вміння	евристична бесіда
2 когнітивний	одержання теоретичних знань, необхідних для оволодіння вмінням	діалог, спільний проект, мозковий штурм
3 професійно-діяльнісний	а) первинне застосування знань з метою засвоєння нового вміння	парне виконання тренувальних вправ
	б) застосування комунікативного вміння у стандартних умовах професійної діяльності, змодельованих на занятті	рольова гра
	в) творче використання комунікативного вміння у нестандартних умовах професійної діяльності	проблемні завдання, дискусія
4 оцінний	оцінка й самооцінка сформованості комунікативного вміння	аналіз та оцінка діяльності студентів

Розглянемо визначені методи детальніше.

Евристичну бесіду визначають як «запитально-відповідну форму навчання, за якої учитель не повідомляє учням готових знань, а вміло поставленими питаннями, іноді навідними, які не містять прямої відповіді, змушує їх самих на основі своїх знань, уявлень, спостережень, життєвого досвіду приходити до нових понять, висновків і правил» [69, с. 108]. І. Лернер зазначає, що цей метод охоплює низку взаємопов'язаних питань, кожне з яких є кроком на шляху до вирішення проблеми і вимагає від студентів не лише відтворення знань, а й здійснення пошуку [138, с. 106].

Ми використовували евристичну бесіду на початковому (мотиваційному) етапі формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів, оскільки вона надає можливість поступово підвести студентів до усвідомлення необхідності певного вміння у їхній майбутній професійній діяльності. Студенти самостійно приходили до певних висновків, у зв'язку з чим збільшувалася їхня цінність у порівнянні з тією інформацією, що надається викладачем у готовому вигляді. Результат такої бесіди – позитивна мотивація студентів до оволодіння конкретним комунікативним умінням. Роль викладача полягала у підготовці теми для обговорення та питань, керівництві бесідою, спрямуванні її на реалізацію мети, корекції виступів, активізації її учасників, оцінці виступів, підведенні підсумків. Дії студентів включали в себе осмислення поставлених питань, оцінку обговорюваної проблеми, висловлення своєї точки зору, співставлення свого емпіричного досвіду з теоретичними знаннями.

Застосовуючи даний метод, значну увагу ми приділяли добору та формулюванню питань. Перш за все, було враховано вимоги, яким вони повинні відповідати – чіткість, однозначність, лаконічність, точність термінів, відповідний рівень складності, продумана послідовність, яка розкриває сутність обговорюваної проблеми [204, с. 294-295; 300, с. 171]. До того ж питання були побудовані так, щоб вони належали до різних типів, описаних М. Ярмаченком [300, с. 170-171]. Для досягнення більшої ефективності евристичної бесіди, згідно з рекомендаціями С. Сисоєвої [232, с. 273], використовувалися питання різного змісту – на порівняння і зіставлення, на узагальнення і виявлення істотних ознак,

на з'ясування причин, на припущення щодо наслідків, на застосування знань на практиці, на встановлення міжпредметних зв'язків тощо.

Відповідно до вказівок фахівців щодо техніки проведення евристичної бесіди значна увага приділялася тому, щоб усі студенти приймали в ній активну участь, розуміли питання, обдумували свої та аналізували відповіді інших, прагнули висловити свою точку зору. З метою активізації та мобілізації уваги студентів питання адресувалися усім присутнім, заслуховувалися відповіді кількох студентів на одне й теж питання, студентам пропонувалося доповнити один одного, ставити питання усім учасникам бесіди. Для досягнення діалогу викладач був активно задіяний у бесіді, виступав зі вступним та заключним словом, уважно вислуховував та реагував на відповіді студентів, ставив додаткові та навідні питання, при необхідності перефразовував питання чи ділив на їх частини, спонукав студентів до вільного висловлювання думок, тактовно вказував на помилки у судженнях [204, с. 294-295; 300, с. 170-171].

Під час підготовки до евристичної необхідно ретельно продумати питання й можливі відповіді студентів. Слід зауважити, що непередбачені відповіді та неочікувані точки зору часто вимагають від викладача швидко орієнтуватися в ситуації, імпровізувати та творчо мислити. Крім того, ми переконані, що результат бесіди безпосередньо залежить від діалогічної майстерності та комунікативної культури викладача, що повинні бути взірцем для студентів.

Робота студентів на другому (когнітивному) етапі формування комунікативних умінь передбачає здобуття теоретичних знань, без яких не можливе оволодіння новим умінням. Зазвичай, одержання знань відбувається у процесі усного викладу матеріалу викладачем або завдяки самостійній роботі студентів із джерелом інформації (підручник, книга чи текст). Проте ці методи не передбачають діалогічної комунікації. Водночас використані нами методи діалогу та спільного проекту дозволили діалогізувати процес здобуття знань.

Суть методу діалог О. Пометун визначає у спільному пошуку групами студентів узгодженого рішення, що знаходить кінцеве вираження у тексті, схемі, таблиці, переліку ознак тощо. Порядок роботи за цим методом включав у себе

декілька етапів, що проводилися відповідно до вказівок дослідниці. На першому етапі відбувався поділ студентів на робочі групи та групу експертів. На другому – викладач ставив перед робочими групами спільне для всіх завдання, яке вони виконували протягом 5-10 хвилин. Група експертів працювала над своїм варіантом виконання завдання, а також стежила за роботою груп і контролювала час. На третьому етапі представники кожної робочої групи по черзі представляли результати своєї роботи. На наступному етапі експерти пропонували узагальнену відповідь на завдання, групи обговорювали та доповнювали її. На останньому етапі роботи кінцевий варіант фіксувався у вигляді тексту, таблиці, схеми [208, с. 80-81].

Метод спільний проект мав таку ж мету і також передбачав об'єднання у групи. Від діалогу він відрізнявся тим, що групи одержували завдання різного змісту, які висвітлювали проблему з різних сторін. По завершенню роботи у групі, кожна з них звітувала і записувала на дошці певні положення, з яких складався спільний проект [208, с. 81].

На цьому етапі формування комунікативних умінь було також застосовано метод мозкового штурму, який передбачав обмірковування проблемної чи життєвої ситуації, пошук і вироблення якомога більшої кількості альтернативних способів виходу з неї, оцінку та аналіз кожної з поданих ідей [146, с. 70].

Цілями цього методу було визначено створення умов для самостійного знаходження студентами знань на основі власного досвіду; організацію колективної діяльності для пошуку шляхів вирішення проблем; одержання від групи за короткий час великої кількості варіантів відповідей; вироблення спільними зусиллями кількох рішень певної проблеми; спонукання до висловлення власної точки зору, виявлення творчості та уяви.

Проведення мозкового штурму було організовано відповідно до процедури, запропонованої В. Кукушиним [195, с. 117-119]. Перший етап включав у себе презентацію проблеми, формулювання проблемного питання та ознайомлення студентів з правилами мозкового штурму. Після цього відбувався розподіл студентів на декілька робочих груп по 3-4 учасники, кожна з яких обирала

експерта, в обов'язки якого входила фіксація та оцінка ідей, вибір найвдаліших. На другому етапі з усіма учасниками проводилася розминка, що дозволяла створити творчу невимушену атмосферу та допомагала студентам звільнитися від стереотипів і психологічних бар'єрів, активізувати роботу мозку. Третій етап – основна сесія – передбачав інтенсивну роботу студентів, обговорення поставленої проблеми та генерування ідей, кожна з яких обов'язково записувалася. Викладач у цей період не втручався в роботу груп, але слідкував за тим, щоб не порушувалися правила мозкового штурму. На наступному етапі експерти оцінювали висунуті ідеї за попередньо виділеними критеріями та відбирали найкращі з них. На заключному етапі представники групи експертів знайомили усіх з найкращими ідеями, автори яких їх обґрунтовували та захищали. Після цього проводилося обговорення відібраних ідей, за результатами якого приймалося колективне рішення. Цей етап був найважливішим для досягнення поставленої мети, оскільки у процесі обговорення та захисту ідей відбувався активний обмін інформацією, її осмислення та засвоєння.

Формування комунікативних умінь на наступному (професійно-діяльнісному) етапі розпочинається зі стадії первинного застосування знань на практиці, яка передбачає виконання тренувальних вправ комунікативної спрямованості. За визначенням В. Онищука, такі вправи – це завдання з готовим матеріалом і розробленими конкретними ситуаціями, що забезпечують засвоєння вміння в стандартних умовах. Вони спрямовані на закріплення мовних умінь, відпрацювання мовних та граматичних структур, засвоєння мовного явища, його значення та особливостей вживання [175, с. 141].

У межах нашого дослідження освітній процес під час виконання тренувальних вправ було діалогізовано завдяки організації парної роботи, що надала можливість усім студентам приймати участь у комунікативній діяльності. Студенти відпрацьовували певне комунікативне вміння, виконуючи наступні вправи: прочитати діалог в ролях, дати відповіді на питання, скласти питання, опитати партнера, скласти питання до готових відповідей, скласти діалог за поданим шаблоном, перефразувати речення тощо.

На стадії застосування комунікативного вміння в стандартних професійних ситуаціях на занятті необхідно якомога точніше відтворити зміст професійної діяльності та змодельовати відносини, характерні для роботи лікаря. Одним із засобів досягнення цього є використання ігор в освітньому процесі.

Гра, за визначенням Г. Селевко, є одним із основних видів діяльності людини, протягом якого формується та вдосконалюється самоуправління поведінкою в умовах ситуацій, спрямованих на відтворення і засвоєння суспільного досвіду. Розглядаючи гру як метод навчання, науковець називає її педагогічною грою, суттєвою ознакою якої визначає чітко поставлену ціль навчання і відповідний їй педагогічний результат [226, с. 52-54].

В. Петрук зазначає, що в освітньому процесі закладу вищої освіти гра має кілька функцій: навчальну (розвиває навчальні вміння та навички), розважальну (створює сприятливу атмосферу на заняттях), комунікативну (об'єднує студентів у колектив та забезпечує комунікативну взаємодію), релаксаційну (знімає емоційне напруження), психологічну (перебудовує психіку для засвоєння більшого обсягу інформації, формує навички підготовки свого фізіологічного стану до ефективнішої діяльності), розвивальну (забезпечує гармонійний розвиток особистості); виховну (здійснює психотренінг та психокорекцію, сприяє прояву особистості в ігрових моделях життєвих ситуацій) [198, с. 403-406].

У контексті професійної підготовки фахівців серед широкого спектру педагогічних ігор найчастіше застосовується ділова гра. Цей вид гри визначають як метод навчання, що забезпечує активну діяльність студентів шляхом імітації професійного середовища, сприяючи застосуванню теоретичних знань на практиці й формуванню професійних умінь та навичок [53, с. 9]. Її основними функціями визначено формування у студентів цілісного уявлення про професійну діяльність, набуття предметно-професійного та соціального досвіду, розвиток професійного теоретичного та практичного мислення, формування пізнавальної та професійної мотивації [46, с. 142].

Проаналізувавши виділені Г. Селевко [226, с. 59] модифікації ділових ігор, ми прийшли до висновку, що для формування комунікативних умінь студентів-

медиків варто застосовувати рольові ігри. Наша точка зору співпала з поглядами вчених, що вважають цей вид гри особливо важливим для майбутніх лікарів у зв'язку з його здатністю забезпечити тренування професійної комунікативної діяльності в умовах максимально наближених до реальних [13, с. 98; 142, с. 116; 232, с. 188].

Рольова гра – це вид драматичного дійства, учасники якого діють у рамках обраних ролей, керуючись їхнім характером і внутрішньою логікою середовища, разом створюють чи дотримуються вже створеного сюжету. Така гра вибудовує максимально реальну модель професійної взаємодії лікаря з пацієнтом та надає можливість студентам діяти відповідно до ролей, характерних для медичної сфери [13, с. 97; 208, с. 96; 232, с. 188]. Основними ознаками рольової гри визначають наявність моделі соціально-економічної ситуації та індивідуальних ролей, відмінність цілей учасників гри з різними ролями, спільну мету всього ігрового колективу, альтернативність рішень, наявність системи оцінювання діяльності учасників, створення контрольованої емоційної напруги [13, с. 97].

Розробка рольових ігор у межах нашого дослідження здійснювалася з урахуванням психолого-педагогічних принципів, визначених А. Вербицьким [46, с. 129-136]. Отже, для кожної гри було створено імітаційну модель фрагменту професійної діяльності та ігрову модель професійної діяльності її учасників. У матеріалі гри закладалися навчальні завдання у формі опису конкретних ситуацій, що містили проблеми чи протиріччя, які необхідно було вирішити протягом гри. Гра передбачала організацію взаємодії кількох учасників з метою обговорення та прийняття спільних рішень щодо її завдань. Кожен її учасник не тільки мав право, але й був зобов'язаний висловлювати свою точку зору щодо питань, які виникали в ігровому процесі. Створення сприятливої атмосфери, усунення психологічних бар'єрів і страху помилитися були важливими умовами під час проведення кожної гри.

Проведення рольових ігор з метою формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів на заняттях з іноземної мови здійснювалося відповідно до технології, розробленої Л. Волковою, в основу якої покладено

організацію ряду етапів: підготовчого, організаційного, ігрового і завершального [53, с. 10-11].

На підготовчому етапі, перш за все, було визначено цілі та завдання гри, розроблено ігрову ситуацію та комплект ролей, вироблено правила й критерії оцінювання діяльності учасників. Цей етап також передбачав підготовку студентів до участі у грі, тобто здобуття ними необхідних для комунікативного вміння знань, що здійснювалося завдяки використанню описаних вище методів. Організаційний етап включав у себе ознайомлення студентів зі змістом і правилами гри, вихідними даними, ігровою ситуацією, функціями учасників, а також розподіл ролей. Під час ігрового етапу відбувалося розігрування плану-сценарію з метою реалізації встановлених цілей та завдань. Вирішуючи ігрові ситуації, студенти використовували іноземну мову як засіб спілкування у сфері майбутньої професійної діяльності та застосовували на практиці здобуті знання, що забезпечувало розвиток відповідних комунікативних умінь. На завершальному етапі відбувалося обговорення результатів ігрової діяльності та підведення підсумків. Детальний аналіз ігрових дій усіх учасників дозволив виявити типові та індивідуальні помилки, визначити прогалини в теоретичних знаннях, дати рекомендації щодо корекції помилок.

Зважаючи на власний досвід проведення рольових ігор на заняттях іноземної мови зі студентами-медиками, зазначимо, що цей метод навчання, окрім розвитку комунікативних умінь, знімає бар'єри спілкування, активізує освітній процес, стимулює творчу діяльність студентів, сприяє формуванню детальнішого уявлення про специфіку професії лікаря.

Творче використання комунікативного вміння в нестандартних умовах професійної діяльності досить успішно здійснюється за рахунок постановки проблемних завдань, що витікають із проблемної ситуації. Врахувавши визначені М. Махмутовим [152, с. 94-101] типи проблемних ситуацій та способи їх утворення, ми створювали проблемні ситуації, що стимулюють студентів використати раніше засвоєні знання та вміння у нових умовах шляхом

відтворення типових чи нестандартних комунікативних ситуацій практичної діяльності лікаря.

Зазначимо, що процес вирішення проблемних завдань включав у себе етапи, окреслені у працях М. Махмутова та С. Сисоєвої: постановка проблеми викладачем, усвідомлення її студентами, пошук способів вирішення проблеми шляхом висунення припущень, побудова гіпотези, її обґрунтування та доведення, вирішення проблеми, перевірка правильності вирішення [152, с. 112-120; 232, с. 196].

На цьому ж етапі ми також застосовували метод дискусії, що дав можливість організувати діалогічне спілкування учасників, протягом якого відбувалося порівняння точок зору, формувався практичний досвід спільної участі в обговоренні та вирішення проблем.

Дискусію традиційно трактують як групове обговорення проблеми з метою з'ясування істини шляхом зіставлення різних думок [66, с. 388]. Згідно з визначенням М. Кларіна сутність навчальної дискусії полягає в цілеспрямованому та впорядкованому обміні ідеями, судженнями та думками в групі заради пошуку істини, при чому всі учасники приймають беруть у цьому обміні [113, с. 120].

Проведення дискусій було організовано відповідно до трьох стадій, визначених В. Кукушиним [195, с. 109-112]: орієнтація, оцінка, консолідація.

На початковій стадії вироблялася установка на вирішення поставленої проблеми. Водночас перед викладачем поставали наступні завдання: сформулювати проблему та мету дискусії; створити необхідну мотивацію, вказавши на значення проблеми, її невирішеність та протиріччя; встановити регламент виступів; донести до студентів правила проведення дискусії; створити доброзичливу атмосферу та позитивний емоційний фон.

Друга стадія дискусії передбачала зіставлення, конфронтацію чи навіть конфлікт ідей. Вона ставила перед викладачем низку нових задач: розпочати обмін думками, надаючи слово учасникам; вислухати максимальну кількість точок зору; активізувати всіх студентів та підтримувати рівень їхньої активності; зупиняти занадто тривалі монологи та підключати до діалогу менш активних

учасників; оперативно проводити аналіз висловлених ідей та думок, підводячи проміжні підсумки.

На третій стадії вироблялася єдине чи компромісне рішення. Це вимагало від викладача виконання таких функцій: проаналізувати та оцінити дискусію, підвести підсумки, допомогти учасникам досягнути спільної думки, сформулювати групове рішення разом з учасниками, в заключному слові підвести студентів до конструктивних висновків.

Зауважимо, що застосування методу дискусії в освітньому процесі сприяло досягненню цілої низки цілей, а саме: поглибити знання з обговорюваного питання, визначити власну точку зору, переглянути свої переконання, розвивати критичне мислення, вдосконалити вміння чітко висловлювати свої думки й аргументовано відстоювати власну точку зору, розуміти протилежні погляди. Ці спостереження співпали з поглядами вчених, що досліджували проблему використання цього методу в освіті [142, с. 119; 208, с. 116; 232, с. 175].

Отже, описані вище методи діалогової технології навчання забезпечили найвищий ступінь вербалізації освітнього процесу, активізували максимальну кількість студентів на занятті, об'єднали їх з метою пошуку вирішення поставленої проблеми, відтворювали типові ситуації професійної комунікації, стимулювали творчу співпрацю студентів, заохочували до пошуку компромісу

Навчально-методичні матеріали, розроблені за даною методикою, подано у Додатку Ю.

Висновки до другого розділу

На основі аналізу науково-педагогічних джерел та узагальнення результатів констатувального етапу експерименту розроблено модель формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, у складі якої цільовий, теоретико-методологічний, змістовий, організаційно-діяльнісний та результативний блоки.

Цільовий блок визначає мету та завдання змодельованого процесу. Теоретико-методологічний блок окреслює методологічні підходи,

загальнодидактичні та специфічні принципи, дидактичні теорії, що лежать в основі цього процесу. Змістовий блок визначає основні компоненти змісту професійної освіти, які забезпечують формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Організаційно-діяльнісний блок містить запропонований нами комплекс педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів та методи їх реалізації. Результативний блок поєднує критерії та рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, а також остаточний результат змодельованого процесу.

Аналіз наукових джерел дозволив виокремити педагогічні умови формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів: засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу; забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу; формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання.

З метою реалізації першої педагогічної умови було розроблено методику, етапи якої відповідають стадіям формування ціннісних орієнтацій особистості: 1) ознайомлення особистості з цінністю; 2) сприйняття та усвідомлення цінності; 3) засвоєння цінності та вияв її в поведінці. Практичне втілення кожного етапу методики здійснювалося завдяки включенню до навчального матеріалу дисципліни «Іноземна мова» ціннісно-орієнтованих текстів, презентації, аналізу та обговорення ситуацій професійної комунікативної діяльності, організації дискусій, виконання індивідуальних творчих завдань.

Для реалізації другої педагогічної умови було розроблено та впроваджено в освітній процес інформаційно-освітній блог викладача, присвячений проблемі професійно-комунікативної культури лікарів. Його метою було привернути увагу студентів до проблеми професійної комунікації лікарів; надати інформацію, необхідну для формування професійно-комунікативної культури майбутніх фахівців; виокремити інформацію, що забезпечує підґрунтя для розвитку

професійно-комунікативних умінь майбутніх медиків; посилити інтерес і мотивацію студентів до вивчення англійської мови; розвивати вміння розуміти англомовні тексти й сприймати англомовну інформацію на слух; збільшити лексичний запас термінів з англійської мови за професійним спрямуванням; розширити матеріал для самостійної роботи для поліпшення знань іноземної мови; вдосконалити викладання дисципліни шляхом урізноманітнення аудиторної та самостійної роботи використанням сучасних інформаційних технологій; мотивувати студентів використовувати англійську мову для самоосвіти й саморозвитку.

Реалізацію третьої педагогічної умови забезпечила розроблена нами поетапна методика формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання, в основу якої покладено такі методи: евристична бесіда, діалог, спільний проект, мозковий штурм, рольова гра, дискусія, проблемні завдання.

Основний зміст другого розділу дисертації висвітлено в наукових публікаціях автора [124; 178; 179; 180; 181; 182; 183; 184; 185; 186; 187; 188; 189].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ У РОЗДІЛІ 2

1. Алексеева Л. Е. Методика обучения профессионально ориентированному иностранному языку. Курс лекций : метод. пособие. Санкт-Петербург : Филологический факультет СПбГУ, 2007. 136 с.
2. Акімова О. В. Формування творчого мислення майбутнього вчителя : монографія. Вінниця : ТОВ фірма «Планер», 2013. 340 с.
3. Александрова О. Ф. Формування гуманістичних цінностей у фаховій підготовці майбутнього вчителя: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Миколаїв, 2010. 20 с.
4. Алексюк А. М. Педагогіка вищої освіти України. Історія, теорія : підручник для студентів, аспірантів та молодих викладачів вищих навчальних закладів. Київ : Либідь, 1998. 560 с.
5. Алексеева Г. М. Розробка блогу вчителя-предметника засобами мережевих технологій. *Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. Серія: Педагогіка*. 2016. №17. С. 86-92.
6. Алексеева Г. М. Розробка та впровадження блогу вчителя засобами мережевих технологій. *Штучний інтелект*. 2015. № 3-4. С. 125-133.
7. Амеліна С. М. Теоретико-методичні основи формування культури професійного спілкування студентів вищих аграрних навчальних закладів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : 13.00.04. Харків, 2008. 40 с.
8. Амеліна С.М. Навчальний діалог у аграрному ВНЗ: переваги і проблеми. *Педагогічні науки*. 2006. Вип.43. С.213-216.
9. Амонашвили Ш. А. Личностно-гуманная основа педагогического процесса. Минск : Университетское, 1990. 560 с.
10. Андреев В. И. Педагогика : учебный курс для творческого саморазвития. Изд. 4-е. Казань : Центр инновационных технологий, 2012. 608 с.

11. Андрущенко В. П., Андрущенко Т. В., Савельєв В. Л. Конституціоналізація освітнього простору Європи: аксіологічний вимір. Київ : «МП Леся», 2014. 460 с.
12. Аніщенко В. О., Падалка О. С. Культурологічний підхід у професійній підготовці вчителя. *Освіта дорослих : теорія, досвід, перспективи*. 2013. Вип. 6. С. 103-107.
13. Артюхина А. И., Чумаков В. И. Интерактивные методы обучения в медицинском вузе : учебное пособие. Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2012. 212 с.
14. Аухадеева Л. А. Формирование коммуникативной культуры современного учителя в процессе вузовской подготовки : автореф. дисс. на соискание уч. степени д-ра пед. наук : 13.00.01. Казань, 2008. 48 с.
15. Балакина Л. Л. Педагогические принципы реализации коммуникативного подхода в образовании : монография. Горно-Алтайск : РИО ГАГУ, 2012. 240 с.
16. Балл Г. О. Орієнтири сучасного гуманізму (в суспільній, освітній, психологічній сферах). Київ; Рівне : Видавець Олег Зень, 2007. 172 с.
17. Баракат Н. В. Аксиологический аспект медицинской деятельности. *Вестник ВолГУ. Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии*. 2011. №3. С.165-168.
18. Барковський В. П. Формування комунікативної культури у майбутніх працівників кримінальної міліції : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Хмельницький, 2003. 18 с.
19. Бевз В. Г. Реалізація аксіологічного підходу у навчанні майбутніх учителів математики. *Дидактика математики: проблеми і дослідження*. 2013. № 39. С. 7-10.
20. Безбородих С. М. Аксіологічні основи професійної підготовки майбутніх фахівців початкової школи. *Науковий вісник Ужгородського університету : Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2011. Вип. 21. С. 21-23.

21. Белов С. А. Использование блогов в образовательном процессе высшей школы. *Ползуновский альманах*. 2001. №1. С. 150-153.
22. Белов С. А., Лазарева Д. Г. Обучение студентов вуза с использованием блогов как средства управления их учебно-познавательной деятельностью. *Известия Алтайского государственного университета*. 2011. №2-2. С. 13-16.
23. Белоусова Л. И., Житенева Н. В. Дидактические аспекты использования технологий визуализации в учебном процессе общеобразовательной школы. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2014. Т. 40, № 2. URL: <https://journal.iitta.gov.ua/index.php/itlt/article/view/1017/764> (дата звернення: 20.06.2019).
24. Бех І. Д. Виховання особистості : у 2 кн. Київ : Либідь, 2003. Кн. 2 : Особистісно орієнтований підхід: теоретико-технологічні засади. 344 с.
25. Бех І. Д. Гуманізм у вихованні підростаючої особистості. *Рідна школа*. 1995. № 9. С. 23-25.
26. Бех І. Д. Особистісно-орієнтована модель виховання як науковий конструкт. *Психолого-педагогічні проблеми сільської школи*. 2002. Вип. 3. С. 143-156.
27. Биков В. Ю. Проблеми та перспективи інформатизації системи освіти в Україні. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 2 : Комп'ютерно-орієнтовані системи навчання*. 2012. № 13. С. 3-18.
28. Биков В. Ю. Сучасні завдання інформатизації освіти. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2010. № 1 (15). URL: <https://journal.iitta.gov.ua/index.php/itlt/article/view/25/13> (дата звернення: 20.06.2019).
29. Бирюкова С. Н. Формирование коммуникативной культуры студентов технического вуза (на основе изучения курса «Русский язык и культура речи») : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Воронежский гос. технич. ун-т. Воронеж, 2004. 196 с.
30. Битюцкая Н. Н. Педагогические технологии развития коммуникативной культуры будущего учителя иностранного языка (в условиях педагогического

- коледжа) : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Елец, 2006. 26 с.
31. Білоножко А. В. Соціально-психологічні чинники становлення комунікативної культури майбутнього юриста в процесі професійної підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2008. 21 с.
 32. Бобер Е. А. Становление профессиональных ценностных ориентаций студентов медицинского колледжа в образовательном процессе : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.08 / Омский гос. пед. ун-т. Омск, 2014. 227 с.
 33. Бодалев А. А. Психологическое общение : избранные психологические труды Москва : Изд-во «Ин-т практ. психологии» ; Воронеж : НПО «Модек», 1996. 256 с.
 34. Бойченко Н. М. Аксиологічні та когнітивні виміри вищої освіти. *Науковий вісник. Серія «Філософія»*. Харків : ХНПУ, 2016. Вип. 47 (част. І). С. 175-188.
 35. Бойчук В., Уманець В. Застосування електронних освітніх ресурсів як інноваційний чинник удосконалення підготовки майбутніх педагогів. *Молодь і ринок*. 2019. №5 (172). С. 39-45.
 36. Большой психологический словарь / сост. и общ. ред. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. Санкт-Петербург; Москва : Прайм-Еврознак : Олма-Пресс, 2004. 666 с.
 37. Бондаревская Е. В. Гуманистическая парадигма личностно-ориентированного образования. *Педагогика*. 1997. №4. С.11-17.
 38. Борисенко В. В., Гагіна Н. В. Діалог у контексті сучасної освітньої парадигми. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки*. 2015. Вип. 124. С. 8-10.
 39. Братченко С. Л., Леонтьев Д. А. Диалог. *Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия*. 2007. № 2 (11). С. 23-28.
 40. Булынин А. М. Аксиологический поход в современном высшем образовании. *Научный альманах*. 2015. №2(4). С. 48-53.

41. Василевська-Скупа Л. П. Формування комунікативних умінь майбутніх учителів музики в процесі фахової вокально-хорової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2007. 20 с.
42. Васянович Г. П. Гуманітарна освіта як важливий складник підготовки кваліфікованих робітничих кадрів. *Теорія і практика управління соціальними системами: філософія, психологія, педагогіка, соціологія*. 2013. № 2. С. 73-80.
43. Васянович Г., Онищенко В. Дидактичні засади професійної освіти у контексті фундаментальних педагогічних теорій. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2013. № 6. С. 9-34.
44. Великий тлумачний словник сучасної української мови (з дод. і допов.) / уклад. і гол. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.
45. Веприк Т. В. Комунікативна компетентність – інтегрально значуща якість майбутнього лікаря. *Витоки педагогічної майстерності*. 2017. Вип. 19. С. 67-72.
46. Вербицкий А. А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход : метод. пособие. Москва : Высшая школа, 1991. 207 с.
47. Вербицкий А. А. Компетентностный подход и теория контекстного обучения : материалы к четвертому заседанию методологического семинара 16 ноября 2004 г. Москва : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. 84 с.
48. Вербицкий А. А. Контекстное обучение в компетентностном формате (Компетентностный подход как новая образовательная парадигма). *Проблемы социально-экономического развития Сибири*. 2011. №4(6). С. 67-73.
49. Вербицкий А. А. О категориальном аппарате теории контекстного образования. *Высшее образование в России*. 2017. № 6. С. 57-67.
50. Вербицкий А. Контекстное обучение в компетентностном подходе. *Высшее образование в России*. 2006. №11. С.39-46.
51. Вихруц В., Романишина Л. Навчальний діалог як базовий концепт розвивальної парадигми сучасної освіти. *Педагогічний дискурс*. 2016. Вип. 20. С. 21-27.

52. Вітвицька С. С. Аксіологічний підхід до виховання особистості майбутнього вчителя. *Креативна педагогіка*. 2015. Вип. 10. С. 63–67.
53. Волкова Л. В. Педагогічна технологія застосування ділової гри у процесі формування іншомовної комунікативної компетентності майбутніх спеціалістів фінансово-економічного профілю : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2006. 25 с.
54. Волобуєва І. В. Індивідуалізація навчання як психолого-педагогічна проблема сучасної вищої школи. *Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології*. 2013. Вип. 2. С. 227-231.
55. Воротняк Л. Метод case-study та його вплив на формування навичок міжкультурної комунікації магістрів у процесі вивчення іноземних мов. *Педагогічний дискурс*. 2014. Вип. 17. С. 38-42.
56. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации : учеб. пособ. Изд. 2-е, испр. и доп. / Кудрявая Н. В. и др. ; под ред. акад. РАМН, проф. Н. Д. Ющука. Москва : ГОУ ВУНМЦ, 2005. 336 с.
57. Выготский Л. С. Педагогическая психология / под. ред. В. В. Давидова. Москва : АСТ : Астрель : Хранитель, 2008. 671 с.
58. Гаврилюк О. О. Формування комунікативної культури майбутніх учителів засобами позааудиторної роботи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Кіровоград, 2007. 20 с.
59. Газман О. С. Педагогика свободы: путь в гуманистическую цивилизацию XXI века. *Новые ценности образования*. 1996. Вып. 6. С. 10-37.
60. Галацин К. О. Формування комунікативної культури студентів вищих технічних навчальних закладів у процесі позааудиторної роботи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Умань, 2014. 22 с.
61. Галкина Е. Н., Толстенева А. А. Формирование коммуникативных умений у будущих специалистов сферы обслуживания : монография. Нижний Новгород : НГПУ, 2012. 117с.

62. Гальперин П. Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. *Исследование мышления в психологи.* М. : Наука, 1966. С. 236-278.
63. Герасименко С. Л. Формирование коммуникативной культуры будущего медицинского работника в процессе изучения иностранного языка : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08. Курский гос. ун-т. Курск, 2007. 282 с.
64. Герасимова І. В. Формування комунікативних умінь майбутніх менеджерів готельно-туристичної індустрії у професійній підготовці : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Черкаси, 2010. 20 с.
65. Гич Г. М. «Кліпове» мислення молоді: друг чи ворог навчання? *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія». Серія : Педагогіка.* 2016. Т. 269. Вип. 257. С. 38-42.
66. Гладуш В. А., Лисенко Г. І. Педагогіка вищої школи: теорія, практика, історія : навчальний посібник. Дніпропетровськ : ТОВ «Роял Принт», 2014. 416 с.
67. Глазкова І. Я. Підготовка майбутнього вчителя до організації навчального діалогу в професійній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2004. 20 с.
68. Гойдош Н. Діалогові технології навчання у системі професійної підготовки майбутніх учителів іноземних мов. *Гуманітарний вісник. держ. вищ. навч. закл. «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди» : Педагогіка. Психологія. Філософія.* 2012. Вип. 26. С. 70-75.
69. Гончаренко С. Український педагогічний словник. Київ : Либідь, 1997. 374 с.
70. Гончаров В. Технологія діалогу як складова інноваційних підходів в стратегії підготовки майбутнього вчителя. *Вісник Інституту розвитку дитини. Серія: Філософія, педагогіка, психологія.* 2012. Випуск 20. С. 20-26.
71. Гришкова Р. О. Педагогічні умови реалізації особистісно орієнтованого навчання іноземної мови студентів нефілологічних спеціальностей вищих

- закладів освіти : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2000. 20 с.
72. Груша Л. О. Особистісно орієнтоване навчання та виховання у вищих медичних навчальних закладах. *Наукові записки Ніжинського державного університету ім. Миколи Гоголя. Психолого-педагогічні науки*. 2014. № 1. С. 111-114.
 73. Гудечек Я. Ценностная ориентация личности. *Психология личности в социалистическом обществе: Активность и развитие личности* / ред.-сост. К. А. Абульханова. Москва : Наука, 1989. С. 102-110.
 74. Гуменна І. Р. Підготовка майбутніх лікарів до професійної комунікації на засадах міждисциплінарної інтеграції : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Тернопільський нац. пед. ун-т. Тернопіль, 2016. 270 с.
 75. Гуревич Р. С. Теорія і практика навчання в професійно-технічних закладах : монографія. Вінниця : ДОВ «Вінниця», 2008. 410с.
 76. Гуревич Р. С., Кадемія М. Ю., Козяр М. М. Інформаційно-комунікаційні технології в професійній освіті майбутніх фахівців / за ред. член-кор. НАПН України Р. С. Гуревича. Львів : Вид-во «СПЛОМ», 2012. 502 с.
 77. Давидова Ж. В. Формування ціннісних орієнтацій студентів у процесі навчання іноземних мов. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2013. Вип. 32. С. 526-533.
 78. Денисенко А. В. Аксиологическое пространство культуры. *Культура народов Причерноморья*. 2011. № 198. С. 103-107.
 79. Дидактична модель професійної діяльності майбутнього фахівця в умовах інноваційного освітнього простору (концептуальний підхід) (І частина) : монографія / Березюк О. С. та ін. ; за ред. О. С. Березюк. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2013. 200 с.
 80. Дядищева М. С. Коллективная творческая деятельность как средство воспитания коммуникативной культуры подростков : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.01. Елец, 2006. 23 с.

81. Експрес-аналіз результатів складання 26.06.2018 субтесту з іноземної мови професійного спрямування студентами 3-го курсу спеціальності «Медицина». URL: <http://testcentr.org.ua/docs/TB/Ekspress-analiz-ZLP-inoz-subtest-120918.pdf> (дата звернення: 20.06.2019).
82. Ерасов Б. С. Социальная культурология : учебник для студ. высших учебных заведений. Изд. 3-е, доп. и перераб. Москва : Аспект Пресс, 2000. 591 с.
83. Етичний кодекс лікаря України. Здоров'я України. 2009. № 19 (224). С. 30-31.
84. Євсюков О. Можливості проблемного навчання у формуванні професійно-педагогічної компетентності майбутніх викладачів аграрних вишів. *Витоки педагогічної майстерності. Серія : Педагогічні науки*. 2014. Вип. 13. С. 116-120.
85. Євтодюк А. В. Аксиологічні засади сучасної системи освіти України. *Педагогічний пошук*. 2014. № 2. С. 12-15.
86. Єхалов В. В., Седінкін В. А., Баранник С. І. «Кліпове мислення» та сучасна вища медична освіта. *Актуальні питання освіти і науки : збірник наукових статей, матеріали V Міжнар. наук.-практ. конф., 10-11 листопада 2017 р.* Харків: ХОГОКЗ, 2017. С. 172-178.
87. Женевська декларація Всесвітньої медичної асоціації : декларація від 01.09.1948. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_001 (дата звернення: 20.06.2019).
88. Житеньова Н. В. Технології візуалізації в сучасних освітніх трендах. *Відкрите освітнє е-середовище сучасного університету*. 2016. №2. С. 144-157.
89. Заболотная С. Г. Аксиологические ориентиры высшего медицинского образования. *Электронный научный журнал APRIORI. Серия : Гуманитарные науки*. 2015. №1. URL: <http://apriori-journal.ru/serial1/1-2015/Zabolotnaya.pdf> (дата звернення: 20.06.2019).
90. Заболотний В. Ф., Слободянюк І. Ю., Мисліцька Н. А. Дидактичні можливості використання веб-орієнтованих технологій під час навчання фізики в класах гуманітарного профілю. *Інформаційні технології і засоби*

- навчання. 2018. Т. 65, № 3. С. 53-65. URL: <https://journal.iitta.gov.ua/index.php/itlt/article/view/2074/1350> (дата звернення: 20.06.2019).
91. Зайченко І. В. Педагогіка : навчальний посібник для студентів вищих педагогічних навчальних закладів. Вид. 2-е. Київ : «Освіта України», «КНТ», 2008. 528 с.
 92. Зайченко І. В. Теорія і методика професійного навчання : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів спеціальності 8.18010021 «Педагогіка вищої школи». Київ : ЦП «Компринт», 2014. 548 с.
 93. Здравомыслов А. Г. Потребности. Интересы. Ценности Москва : Политиздат, 1986. 223 с.
 94. Знанецький В. Ю. Використання кейс-методу в процесі професійно-орієнтованого навчання іноземній мові у немовних вищих навчальних закладах. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія «Філологія»*. 2018. Вип. 37, т. 3. С. 133-135.
 95. Зязюн І. А. Культура в контексті політики й освіти. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 1997. № 3-4. Ч. 1. С. 5-16.
 96. Иванова Т. В. Культурологическая подготовка будущего учителя : монография. Киев : ЦВП, 2005. 282 с.
 97. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 576 с.
 98. Исаев И. Ф. Профессионально-педагогическая культура преподавателя : учеб. пособ. для студ. высш. учеб. заведений. Москва : Издательский центр «Академия», 2002. 208 с.
 99. Ісаєва О. С. Теоретичні та методичні засади формування особистісно-професійної культури майбутніх лікарів у процесі гуманітарної підготовки : дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04. Харківський нац. пед. ун-т. Харків, 2016. 625 с.

100. Каган М. С. О педагогическом аспекте теории диалога. *Диалог в образовании* : сборник материалов конференции. Серия «Symposium», выпуск 22. Санкт-Петербург : Санкт-Петербургское философское общество, 2002. С.44-61.
101. Кадемія М. Ю., Шестопалюк О. В., Кобися В. М. Використання сервісів соціальних медіа в навчальному процесі ВНЗ: Блоги, Веб-квести, Блог-квести : навчально-методичний посібник. Вид. 2-е, доповнене. Вінниця : ТОВ «Ландо ЛТД», 2014. 236 с.
102. Кадемія М. Ю., Шахіна І. Ю. Інформаційно-комунікаційні технології в навчальному процесі : навчальний посібник. Вінниця, ТОВ «Планер», 2011. 220 с.
103. Кайдалова Л. Г. Професійна підготовка майбутніх фахівців фармацевтичного профілю у вищих навчальних закладах : монографія. Харків : НФаУ, 2010. 411с.
104. Кайдалова Л. Г., Пляка Л. В. Психологія спілкування : навчальний посібник. Харків : НФаУ, 2011. 132 с.
105. Калюжна Т. Г. Педагогічна аксіологія в умовах модернізації професійно-педагогічної освіти : монографія / за наук. ред. О. В. Уваркіної. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 128 с.
106. Канищева О. В. Ценности и оценки в социологии медицины : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. социол. наук. : 14.00.52. Волгоград, 2004. 28 с.
107. Кан-Калик В. А. Учителю о педагогическом общении : книга для учителя. Москва : Просвещение, 1987. 190 с.
108. Каплінський В. В. Формування комунікативної складової діяльності педагога в контексті реформування системи вищої освіти в Україні. *Міжнародний науковий вісник*. 2014. Вип. 2 (9). С.182-189.
109. Кардашевська Г. Е. Професійні ціннісні орієнтації майбутніх лікарів. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2013. № 15. С. 70-75.
110. Кир'ян Т. І. Принципи перебудови вищої освіти і вища медична школа України. *ScienceRise. Pedagogical Education*. 2016. № 6. С. 26-30.

111. Кир'ян Т. І. Реалізація особистісно-орієнтованого підходу до навчання і формування особистості майбутніх медсестер у ВНЗ України І–ІІ рівнів акредитації (кінець XX – початок XXI ст.). *ScienceRise. Pedagogical Education*. 2017. № 1. С. 24-27.
112. Кирьякова А. В. Теория ориентация личности в мире ценностей : монография Оренбург : Юж. Урал. ун-т., 1996. 188 с.
113. Кларин М. В. Инновации в мировой педагогике: обучение на основе исследования, игры, дискуссии (Анализ зарубежного опыта). Рига : НПЦ «Эксперимент», 1995. 176 с.
114. Климов Е. А. Психология профессионального самоопределения : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Москва : Издательский центр «Академия», 2004. 304 с.
115. Коберник О. М. Формування навчально-пізнавальної активності студентів у процесі застосування технології проблемного навчання. *Професійна освіта: методологія, теорія та технології*. 2015. Вип. 1. С. 72-82.
116. Коваленко Ю. В. Ефективність застосування кейс-методу під час викладання іноземних мов у вищих навчальних закладах. *Педагогічна освіта: теорія і практика*. 2014. Вип. 16. С. 151-155.
117. Ковальова С. М. Кейс-метод у системі професійної підготовки майбутніх учителів у Великій Британії : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2012. 21 с.
118. Ковальова С. Сутність технології кейс-методу у професійній підготовці вчителя. *Педагогічний дискурс*. 2015. Вип. 19. С. 96-101.
119. Ковтонюк М. М., Антонюк Л. В. Сучасний навчально-методичний комплекс: можливості, проблеми, перспективи. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2010. Вип. 26. С. 308-314.
120. Коджаспирова Г. М., Коджаспиров А. Ю. Педагогический словарь. Москва : ИКЦ «Март»; Ростов-на-Дону : Издательский центр «Март», 2005. 448 с.

121. Колесников О. В. Основи наукових досліджень : навчальний посібник. Вид. 2-ге, випр. та доп. Київ : Центр учбової літератури, 2011. 144 с.
122. Колісник-Гуменюк Ю. І. Формування професійно-етичної культури майбутніх фахівців у процесі гуманітарної підготовки в медичних коледжах : монографія. Львів : «Край», 2013. 296 с.
123. Коломієць А. М., Лазаренко Н. І. Сучасні методологічні підходи в організації вищої педагогічної освіти. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К. Д. Ушинського. Педагогічні науки*. 2016. № 3. С. 47-52.
124. Кондратюк А. Л., Остраус Ю. М. Методичні рекомендації та завдання до проведення практичних занять з англійської мови та формування професійно-комунікативних умінь майбутніх лікарів. Вінниця, 2016. 52 с.
125. Корнеева М. А. Теоретические основы метода Case study в обучении английскому языку для специальных целей. *Молодой ученый*. 2017. №9. С. 340-343.
126. Корніяка О. М. Психологія комунікативної культури особистості школяра : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра психол. наук : 19.00.07. Київ, 2007. 41 ст.
127. Кочеткова Н. С. О содержании и принципах отбора учебных материалов по курсу Language for specific purposes на технических факультетах. *Альманах современной науки и образования*. 2009. – № 12 (31). Ч. II. С. 93-95.
128. Кравчук Н. В. Социально-педагогические ресурсы развития коммуникативной культуры подростков в системе дополнительного образования : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.01. Челябинск, 2011. 24 с.
129. Кручек В. А. Формування комунікативних умінь студентів вищих аграрних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 2004. 19 с.

130. Крылова Н. Б. Культурология образования. Москва : Народное образование, 2000. 272 с.
131. Кузнецова В. Г. Формування гуманістичних цінностей у майбутніх вчителів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Луганськ, 2001. 20 с.
132. Куницына В. Н., Казаринова Н. В., Поголына В. М. Межличностное общение : учебник для вузов. Санкт-Петербург : Питер, 2002. 544 с.
133. Куренкова К. М. Формування професійних цінностей майбутніх медсестер у процесі фахової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2009. 21 с.
134. Лазаренко Н. І., Коломієць А. М., Паламарчук О. М. Комунікація в Інтернет-просторі: психологічний аспект. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2018. Том 65, №3. С. 249-261. URL: <https://journal.iitta.gov.ua/index.php/itlt/article/view/2036/1346> (дата звернення: 20.06.2019).
135. Лембрик І. С. Формування професійної комунікативної компетентності у студентів-медиків 4-6-х курсів факультету підготовки іноземних громадян при вивченні дисципліни «Педіатрія». *Буковинський медичний вісник*. 2016. Т. 20, № 1. С. 254-257.
136. Леонтьев А. А. Психология общения. Изд. 2-е, испр. и доп. Москва : Смысл, 1997. 365 с.
137. Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения : в 2-х т. / под ред. В. В. Давыдова, В. П. Зинченко, А. А. Леонтьева, А. В. Петровского. Москва : Педагогика, 1983. Том 1. 392 с.
138. Лернер И. Я. Дидактические основы методов обучения. Москва : Педагогика, 1981. 186 с.
139. Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении. Санкт-Петербург : Питер, 2009. 320 с.
140. Литвин А., Мацейко О. Методологічні засади поняття «педагогічні умови». *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2013. № 4. С. 43-63.

141. Максименко В. П. Сучасний урок: теорія і практика (дидактичний аспект). *Математика в сучасній школі*. 2013. №11. С. 11-16. URL: <http://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/5360/> (дата звернення: 20.06.2019).
142. Максименко С. Д., Філоненко М. М. Педагогіка вищої медичної освіти : підручник. Київ : «Центр учбової літератури», 2014. 288 с.
143. Максимова Г. П. Коммуникативная культура преподавателя и ее развитие в профессиональной деятельности : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Ростов-на-Дону, 2000. 22 с.
144. Максимюк С. П. Педагогіка : навчальний посібник. Київ : Кондор, 2005. 667 с.
145. Малафіїк І. В. Дидактика : навчальний посібник. Київ : Кондор, 2005. 397 с.
146. Мартиненко С. М., Хоружа Л. Л. Загальна педагогіка : навчальний посібник. Київ : МАУП, 2002. 176 с.
147. Марчук В. В. Формування ціннісних орієнтацій студентів аграріїв у процесі вивчення іноземних мов : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Луганськ, 2011. 20 с.
148. Масич В. В. Досвід використання діалогічного навчання в практиці сучасної вищої школи. *Педагогіка та психологія*. 2013. Вип. 43. С. 54-63. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znprkhnpu_ped_2013_43_11 (дата звернення: 20.06.2019).
149. Маслюк Р. В. Професійна підготовка майбутніх учителів фізичної культури в системі «педагогічний коледж - педагогічний університет» : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Уманський держ. пед. ун-т. Умань, 2015. 286 с.
150. Матюшенко В. В. Метод Case study в обучении иностранному языку студентов нелингвистических вузов. *Вестник Московского государственного областного университета. Серия : Педагогика*. 2010. № 4. С. 128-132.
151. Матяш О. І., Березюк Т. П. Роль і місце інформаційних технологій у процесі фахової підготовки майбутніх бакалаврів. *Вісник національного університету імені Тараса Шевченка*. 2012. № 21 (232). С. 120-130.

152. Махмутов М. И. Организация проблемного обучения в школе : книга для учителей. Москва : Просвещение, 1977. 240 с.
153. Мацько Д. С. Формування гуманістичних цінностей майбутніх учителів зарубіжної літератури в процесі фахової підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Луганськ, 2008. 20 с.
154. Маяковская Н. В. Профессиональное воспитание будущего врача в медицинском вузе на основе аксиологического подхода : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Шуя, 2012. 25 с.
155. Маяковская Н. В. Сущность аксиологического подхода и его применение в системе профессиональной подготовки будущего врача. *Вестник Нижегородского государственного лингвистического университета им. Н. А. Добролюбова*. 2010. Вып. 12. С. 164–173.
156. Медведь Г. М. Формування професійної комунікативної культури майбутніх інженерів зв'язку : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих АПН України. Київ, 2010. 251 с.
157. Мельничук І. М. Філософсько-методологічний аналіз аксіологічного підходу в системі вищої освіти. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2012. № 3. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_3_18 (дата звернення: 20.06.2019).
158. Мироник О. В., Давиденко О. М. Роль аксіологічних компонентів у формуванні професійної компетенції студента-медика. *Наука и инновации в современном мире: образование, воспитание, физическое воспитание и спорт : монография. В 2 книгах.* / Гилев Г.А. и др. Одесса : Купrienko СВ, 2017. К 2. Ст. 114-119.
159. Митрова Н. О. Формирование коммуникативной культуры у студентов вуза в процессе их включения с социально-ориентированную деятельность : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Майкоп, 2006. 27 с.
160. Міжнародний кодекс медичної етики : редакція від 01.10.1983. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002 (дата звернення: 20.06.2019).

161. Мітіна С. В. Соціально-психологічний тренінг як засіб формування комунікативної компетентності лікарів-інтернів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2016. Вип. 3 (2). С. 55-60.
162. Мойсеюк Н. Є. Педагогіка : навч. посіб. Вид. 4-е, доп. Київ : Білоцерківська книжкова фабрика, 2003. 615 с.
163. Морозов В. В. Формування готовності студентів вищих педагогічних закладів до діалогічного навчання : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Кривий Ріг, 2000. 20 с.
164. Москаленко В., Цехмістер Я. Модернізація медичної освіти в Україні в контексті Болонського процесу. *Освітні реформи: місія, дійсність, рефлексія : монографія* / за ред. В. Кременя, Т. Левовицького, В. Огнев'юка, С. Сисоєвої. Київ : ТОВ Видавниче підприємство «Едельвейс», 2013. С. 326 - 342.
165. Мудрик А. В. Общение в процессе воспитания : учебное пособие. Москва : Педагогическое общество России, 2011. 320 с.
166. Муратова І. А. Діалог як форма розвитку мислення. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка*. 2014. № 3 (42). С. 20-26.
167. М'ясоїд Г. І. Педагогічні умови розвитку комунікативної культури соціальних інспекторів у процесі підвищення кваліфікації : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Тернопіль, 2005. 20 с.
168. Небеленчук І. О. Діалогові технології навчання зарубіжної літератури учнів 5-7 класів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.02. Київ, 2011 . 20 с.
169. Ничкало Н. Г. Дидактичні принципи формування комунікативної компетентності майбутніх філологів у позанавчальній діяльності з використанням мультимедійних технологій. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2013. Вип. 4. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2013_4_15 (дата звернення: 20.06.2019).

170. Нікогосян Л. В., Асєєва Ю. О. Аксіологічний підхід у системі професійно-педагогічної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі. *Наука і освіта*. 2017. №4. 33-38.
171. Новиков А. М. Педагогика : словарь системы основных понятий. Москва : Издательский центр ИЭТ, 2013. 268 с.
172. Огнев'юк В. О. Освіта с системі цінностей сталого людського. Київ : Знання України, 2003. 450 с.
173. Олійник О. В. Культурологічний підхід як наукова основа розвитку теорії та практики педагогічної освіти. *Наукові праці ЧДУ імені Петра Могили : Серія «Педагогічні науки»*. 2006. Т. 50, вип. 37. С. 39-42.
174. Оліяр М. Закономірності та принципи процесу формування комунікативно-стратегічної компетентності майбутніх учителів початкових класів. *Гірська школа Українських Карпат*. 2015. № 12-13. С. 215-219.
175. Онищук В. А. Урок в современной школе : пособие для учителей. Москва : Просвещение, 1981. 191 с.
176. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 472 с.
177. Освітні технології : навчально-методичний посібник / О. М. Пехота та ін. ; за заг. ред. О. М. Пехоти. Київ : А.С.К., 2001. 256 с.
178. Остраус Ю. М. Successful doctor-patient communication as the key objective of teaching English for Medical Purposes. *Pedagogika. Nowoczesne badania podstawowe i stosowane : zbior artykulow naukowych konferencji Miedzynarodowej naukowo-praktycznej*, 29.04-30.04.2017, Sopot. Warszawa: Wydawca: Sp. z o. o. "Daimond traiding tour", 2017. P. 47-48.
179. Остраус Ю. М. Діалог як принцип модернізації вищої медичної освіти. *Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень*. 2018. Вип. 9 (12) С. 224-227.
180. Остраус Ю. М. Ділова гра як метод розвитку професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів *Стан та основні проблеми розвитку науки та освіти: теорія і практика* : матеріали II Міжнар. наук.-практ.

- конф., 28-29 квітня 2017 р. Київ : ГО «Інститут інноваційної освіти», 2017. С. 21-24.
181. Остраус Ю. М. Застосування блог-технології для підвищення англомовної компетенції майбутніх лікарів. *Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень*. 2018. Вип. 10 (13). С. 200-203.
 182. Остраус Ю. М. Застосування діалогових технологій у професійній підготовці майбутніх сімейних лікарів. *Педагогіка: традиції та інновації* : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., 17-18 лютого 2017 р. м. Запоріжжя. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2017. Ч. 2. С. 31-34.
 183. Остраус Ю. М. Механізм формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів. *Актуальні питання, проблеми та перспективи розвитку гуманітарного знання у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти* : зб. наук. пр. за матеріалами XIV Міжнар. наук.-практ. конф., 30-31 травня 2017 р. Монреаль : СРМ «ASF», 2017. С. 72-74.
 184. Остраус Ю. М. Педагогические условия формирования профессионально-коммуникативной культуры будущих семейных врачей. *Problems of interpersonal relations in conditions of modern requirements to quality of education and the level of professional skills of experts* : peer-reviewed materials digest (collective monograph) published following the results of the CLII International Research and Practice Conference, 21st–26th September, 2017. London : IASHE, 2017. P. 27-29.
 185. Остраус Ю. М. Принципи формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Virtus*. 2017. July #15. P. 133-137.
 186. Остраус Ю. М. Професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів: підходи до формування. *Forming of modern educational environment: benefits, risks, implementation mechanisms* : proceedings of International scientific-practical conference, 29th September, 2017. Tbilisi : Baltija Publishing, 2017. P. 84-87.

187. Остраус Ю. М. Реалізація аксіологічного підходу до формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Педагогічні науки*. 2017. Вип. LXXV. Т. 2. С. 164-170.
188. Остраус Ю. М. Формування гуманістичних ціннісних орієнтацій майбутніх сімейних лікарів шляхом застосування методу case-study. *Новітні чинники впливу на формування особистості студента – майбутнього лікаря : матеріали XVI Міжнар. наук.-практ. конф., 23 березня 2016 р. – Київ : КМУ УАНМ, 2016. С. 113-116.*
189. Остраус Ю. М. Формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2018. Вип. 51. С. 334-338.
190. Павленко І. М. Використання існуючих сервісів для створення інтерактивних вправ. *Електронні інформаційні ресурси: створення, використання, доступ : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конференції, 24-25 жовт. 2016 р. Вінниця : ВНТУ, 2016. С. 374-381.*
191. Павловская М. Е. Некоторые аспекты формирования ценностных ориентаций студентов в процессе обучения иностранному языку. *Воспитание и обучение: теория, методика и практика : материалы VII Междунар. науч.-практ. конф., 19 авг. 2016 г. Чебоксары, 2016. С. 66-70.*
192. Паламаренко І. О. Модель сучасного медичного працівника. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки*. 2014. Вип. 120. С. 158-161.
193. Пассов Е. И. Комунікативний метод обучения иноязычному говорению. Изд 2-е. Москва : Просвещение, 1991. 223 с.
194. Патаракин Е. Д. Социальные сервисы Веб 2.0 в помощь учителю. Изд. 2-е, испр. Москва : Интуит.ру, 2007. 64 с.
195. Педагогические технологии : учеб. пособ. для студентов педагог. спец. / Буланова-Топоркова М. В. и др. ; под ред. В. С. Кукушина. Москва : ИКЦ «МарТ»; Ростов-на-Дону : Издательский центр «МарТ», 2004. 336 с.

196. Педагогічна майстерність : підручник. Вид. 2-ге, допов. і переробл. / Зязюн І. А та ін. ; за ред. І. А. Зязюна. Київ : Вища школа, 2004. 422 с.
197. Пентилюк М. І. Наукові засади комунікативної спрямованості у навчанні рідної мови. *Українська мова і література в школі*. 1999. № 3. С. 8-10.
198. Петрук В. А. Ігрові заняття як засіб психологічної підготовки студентів ВНЗ до майбутньої роботи за фахом. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2005. Вип. 8. С. 402-406.
199. Підборський Ю. Г. Застосування діалогових технологій у навчально-виховному процесі. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2012. № 22(1). С. 132-139.
200. Підгурська В. Ю. Формування мовнокомунікативних умінь у майбутніх учителів початкових класів у процесі педагогічної практики : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.02. Київ, 2011. 20 с.
201. Пісоцька М. Е. Індивідуалізація навчання: понятійно-категоріальний аналіз. *Педагогіка та психологія*. 2015. Вип. 50. С. 19-29.
202. Пісоцька О. О. Педагогічні технології діалогічної взаємодії викладачів і студентів. *Вісник Львівського державного університету безпеки життєдіяльності*. 2011. № 5(2). С. 197-201.
203. Побежимова З. А. Драматизация как средство формирования коммуникативной культуры будущего педагога : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.02. Екатеринбург, 2007. 24с.
204. Подласый И. П. Педагогика : в 3-х кн. Изд. 2-е, испр. и доп. Москва : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2007. Кн. 2 : Теория и технологии обучения. 575 с.
205. Подмазін С. І. Особистісно орієнтована освіта (соціально-філософський аналіз) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора філософ. наук : 09.00.03. Дніпропетровськ, 2006. 34 с.

206. Покушалова Л. В. Метод case-study как современная технология профессионально-ориентированного обучения студентов. *Молодой ученый*. 2011. №5. Т.2. С. 155-157.
207. Полонский В. М. Словарь по образованию и педагогике. Москва : Высшая школа, 2004. 512 с.
208. Пометун О. Енциклопедія інтерактивного навчання. Київ : А.С.К., 2007. 144 с.
209. Пометун О. І., Пироженко Л. В. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання : наук.-метод. посібн. / за ред. О. І. Пометун. Київ : Видавництво А.С.К., 2004. 192 с.
210. Приходько А. М. Використання блог-технології у процесі викладання російської мови як іноземної. *Викладання мов у вищих навчальних закладах освіти на сучасному етапі. Міжпредметні зв'язки. Наукові дослідження. Досвід. Пошуки*. 2013. Вип. 22. С. 202-208.
211. Прищак М. Д. Методологічний концепт комунікативного підходу в освіті та педагогіці. *Знання. Освіта. Освіченість* : збірник матеріалів І Міжнародної наук.-практ. конф., 25-27 вересня 2012 р. Вінниця : ВНТУ, 2012. С. 92-95.
212. Про визначення рівня компетентності з іноземної мови професійного спрямування : лист МОЗ України від 29 червня 2017 р. № 08.1-30/17662. URL: https://www.testcentr.org.ua/docs/MoH/MoH-2017.06.29-08.1-30_17662.pdf (дата звернення: 20.06.2019).
213. Про затвердження Порядку здійснення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти магістр за спеціальностями галузі знань «22 Охорона здоров'я» : Постанова КМУ від 28 березня 2018 р. № 334. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/334-2018-%D0%BF> (дата звернення: 20.06.2019).
214. Равчина Т. В. Організація навчального процесу у вищій школі як діалогу викладача і студентів. *Вісник Львівського університету. Серія педагогічна*. 2016. Вип. 30. С. 24-32.

215. Радчук Г. Освітній діалог як інноваційна гуманітарна технологія професійного становлення особистості у ВНЗ. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2017. Вип. 1. С. 15-21.
216. Раицкая Л. К. Дидактические и психологические основы применения технологий Веб 2.0. в высшем профессиональном образовании : монография. Москва : МГОУ, 2011. 173 с.
217. Реализация ценностного подхода в образовании : коллективная монография / Легостаев И. И. и др. ; отв. ред. Л. А. Ибрагимова, О. И. Истрофилова. Нижневартовск : Изд-во Нижневарт. гос. ун-та, 2014. 153 с.
218. Ритікова Л. Л. Аксіологічний потенціал змісту дисципліни «Іноземна мова» для студентів аграрного ВНЗ. *Науковий вісник Національного університету біоресурсів і природокористування України. Серія : Педагогіка, психологія, філософія*. 2014. Вип. 199(1). С. 316-321.
219. Ромащенко І. Проблемне навчання як один із методів стимулювання навчальної діяльності студентів. *Молодь і ринок*. 2011. № 6. С. 32-35.
220. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии. Москва : Педагогика, 1973. 424 с.
221. Руденко Л. А. Формування комунікативної культури майбутніх фахівців сфери обслуговування у професійно-технічних навчальних закладах : монографія. Львів : Піраміда, 2015. 342 с.
222. Сабліна М. А. Інтерактивне середовище LearningApps як інструмент викладу теоретичного матеріалу в процесі фахової підготовки студентів. *Відкрите освітнє e-середовище сучасного університету*. 2017. Вип. 3. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/oeeetu_2017_3_21 (дата звернення: 20.06.2019).
223. Савельева М. Г. Педагогические кейсы: конструирование и использование в процессе обучения и оценки компетенций студентов : учеб.-метод. пособие. Ижевск : УдГУ, 2013. 94с.
224. Садова В. В. Формування комунікативної культури вчителів початкових класів у процесі методичної роботи : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2000. 18 с.

225. Сайт service LearningApps.org. URL: <https://learningapps.org>.
226. Селевко Г. К. Современные образовательные технологии : учебное пособие. Москва : Народное образование, 1998. 256 с.
227. Семанків М., Білусяк Б. Використання Інтернет-сервісів в навчальному процесі. *Інформаційні технології та комп'ютерне моделювання* : матеріали статей Міжнар. наук.-практ. конф., 14-19 травня 2018 р. Івано-Франківськ : Супрун В. П., 2018. С. 97-100.
228. Семеновских Т. В. Феномен «Клипового мышления» в образовательной вузовской бреде. *Интернет-журнал Науковедение*. 2014. №5 (24). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-klipovogo-myshleniya-v-obrazovatelnoy-vuzovskoy-srede> (дата звернення: 20.06.2019).
229. Семенчук Ю. О. Формування англомовної лексичної компетенції у студентів економічних спеціальностей засобами інтерактивного навчання : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.02 / Київський нац. лінгвіст. ун-т. Київ, 2007. 283 с.
230. Сериков В. В. Личностно-ориентированное образование. *Педагогика*. 1994. № 5. С. 16-21.
231. Сидоренко Т. В. Принципы отбора и методической адаптации оригинальных видеоматериалов. *Вестник ВГУ. Серия: Лингвистика и межкультурная коммуникация*. 2012. №1. С. 207-210.
232. Сисоєва С. О. Інтерактивні технології навчання дорослих : навчально-методичний посібник. Київ : ВД «Екмо», 2011. 324 с.
233. Ситуационный анализ или анатомия кейс-метода / под ред. проф. Ю. П. Сурмина. Киев : Центр инноваций и развития, 2002. 286 с.
234. Ситуаційна методика навчання: теорія і практика / упор. О. Сидоренко, В. Чуба. Київ : Центр інновацій та розвитку, 2001. 256 с.
235. Скринник З. Е. Психологія і педагогіка. Проведення індивідуального заняття за методом аналізу конкретних навчальних ситуацій (case study) : навчально-методичний посібник. Львів : ЛІБС УБС НБУ, 2012. 145 с.

236. Скрябіна Т. О. Зміст спецкурсу «Аксіологічні засади діяльності лікаря» у контексті вищої медичної освіти. *Науковий вісник Донбасу*. 2012. № 1. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd_2012_1_7 (дата звернення: 20.06.2019).
237. Сластенин В. А., Исаев И. Ф., Шиянов Е. Н. Педагогика : учебник для студ. высш. учеб. заведений. Изд. 9-е, стер. / под ред. В. А. Сластенина. Москва : Издательский центр «Академия», 2008. 576 с.
238. Сластенин В. А., Чижакова Г. И. Введение в педагогическую аксиологию : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Москва : Издательский центр «Академия», 2003. 192 с.
239. Словник базових понять з курсу «Педагогіка» : навч. посібн. для студ. вищих навч. закладів. Вид. 2-ге, доп. і перероб. / укладач О. Є. Антонова. Житомир : Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2014. 100 с.
240. Словник-довідник з професійної педагогіки / За ред. А. В. Семенової. Одеса : Пальміра, 2006. 221 с.
241. Сморгочова В. П. Формирование коммуникативной культуры социального педагога в системе профессиональной подготовки в вузе : автореф. дисс. на соискание уч. степени д-ра пед. наук : 13.00.08. Москва, 2007. 46 с.
242. Сороко Н. В. Використання веб-технологій у професійній діяльності вчителів філологічної спеціальності. *Комп'ютер у школі та сім'ї*. 2014. № 1. С. 33-37.
243. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти (ESG) : ухвалено Міністерською конференцією в Єревані, 14-15 травня 2015 р. URL: http://www.britishcouncil.org.ua/sites/default/files/standards-and-guidelines_for_qa_in_the_ehea_2015.pdf (дата звернення: 20.06.2019).
244. Станкевич Л. В. Развитие коммуникативной культуры будущих юристов в условиях инновационной деятельности вуза : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Челябинск, 2009. 24 с.
245. Стежко Ю. Г. Формування сенсожиттєвих ціннісних орієнтацій старшокласників у процесі вивчення суспільствознавчих дисциплін : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2004. 20 с.

246. Стечак Г. М. Педагогічна підготовка майбутніх сімейних лікарів у медичному університеті : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Львівський держ. ун-т. безпеки життєдіяльності. Львів, 2017. 282 с.
247. Стрельников В. Ю., Брітченко І. Г. Сучасні технології навчання у вищій школі : модульний посібник для слухачів авторських курсів підвищення кваліфікації викладачів МІПК ПУЕТ. Полтава : ПУЕТ, 2013. 309 с.
248. Стрига Е. В. Використання метода case-study у навчанні англійської мови студентів немовних спеціальностей. *Наука і освіта*. 2013. № 4. С. 56-59.
249. Сурмін Ю. П. Кейс-метод: становлення та розвиток в Україні. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2015. № 2. С. 19-28.
250. Сухомлинська О. В. Цінності у вихованні дітей та молоді. *Педагогіка і психологія*. 1997. № 1. С. 105-111.
251. Сысоев П. В. Блог-технология в обучении иностранному языку. *Язык и культура*. 2012. № 4 (20). С. 115-127.
252. Тамаркіна О. Л. Застосування діалогових технологій в навчальному процесі. *Проблеми лінгвістики й методики викладання мов у контексті входження України в Європейський простір* : зб. матеріалів Всеукр. інтернет-конф. Умань : УНУС, 2016. С. 97-99.
253. Тарасенко С. М. Формування фахової комунікативної культури курсантів військових інститутів у процесі навчання дисциплін гуманітарного циклу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2013. 23 с.
254. Тверезовська Н. Т., Янковська О. Й. Блоги як інноваційний ресурс особистісно орієнтованого навчання. *Педагогічний дискурс*. 2010. Вип. 7. С. 222-225.
255. Теорія і методика професійної освіти : навчальний посібник / Курлянд З. Н. та ін. ; за ред. З. Н. Курлянд. - Київ : Знання, 2012. 390 с.

256. Тепла О. М. Формування гуманістичних цінностей у студентів аграрних вищих навчальних закладів у позааудиторній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2008. 23 с.
257. Терещук В. Г. Відбір текстових матеріалів для формування англомовної лексичної компетенції. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота.* 2013. Вип. 29. С. 223-226.
258. Тернопільська В. І. Система виховання соціально-комунікативної культури учнів загальноосвітньої школи у позаурочній діяльності : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : 13.00.07. Київ, 2009. 41 с.
259. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.07. Київ, 2008. 21 с.
260. Тимощук І. В. Педагогічні умови виховання у студентів медичного технікуму гуманістичних цінностей : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Тернопіль, 2005. 20 с.
261. Тимощук І. В. Потенціал іноземної мови у вихованні гуманістичних цінностей. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології.* 2013. № 8. С. 153-163.
262. Тихонова Т. Е. Формирование коммуникативной культуры младших школьников в условиях полиязыкового образования : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.01. Сочи, 2011. 22 с.
263. Ткачова Н. О. Аксіологічні засади педагогічного процесу в сучасних загальноосвітніх навчальних закладах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : 13.00.01. Луганськ, 2007. 44 с.
264. Ткачук Г. В. Методика використання освітніх веб-ресурсів у процесі підготовки майбутніх учителів інформатики : монографія. Умань: Видавець «Сочінський», 2011. 177 с.
265. Тхаркахова А. Ш. Формирование ценностных ориентаций у школьников в процессе обучения иностранному языку. *Вестник Адыгейского*

- государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. 2010. Вып. 2. С. 56-64.
266. Уваркіна О. В. Формування комунікативної культури студентів вищих медичних закладів освіти в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Інститут вищої освіти Нац. акад. пед. наук України. Київ, 2003. 193 с.
267. Удовиська Т. А. «Кліпове мислення» молоді: особливості прояву в процесі навчання (до постановки проблеми). *Вища освіта України*. 2013. Том VIII (50). С. 407-416.
268. Учим и учимся с Веб 2.0. Быстрый старт. Руководство к действию / Я. С. Быховский и др. М. : Интуит.ру, 2007. 95 с.
269. Ушачева Ю. В. Формирование в вузе коммуникативной культуры будущих преподавателей средствами тренинга педагогического общения : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.08. Орел, 2009. 23 с.
270. Филатова А. В. Оптимизация преподавания иностранных языков посредством блог-технологий : для студентов языковых специальностей вузов : автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. пед. наук : 13.00.02. Москва, 2009. 20 с.
271. Философская энциклопедия : в 5 т. / гл. ред. Ф. В. Константинов. Москва : Издательство «Советская энциклопедия», 1970. Т. 5. 740 с.
272. Філоненко М. М. Психологія спілкування : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 224 с.
273. Філософія освіти : навчальний посібник / Андрущенко Т. та ін. ; за заг. ред. В. Андрущенко, І. Передборської. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 329 с.
274. Фрумкин К. Г. Глобальные изменения в мышлении и судьба текстовой культуры. *Ineternum*. 2010. № 1. С. 26-36.
275. Халупо О. И. Формирование коммуникативной культуры у студентов технического вуза при изучении иностранных языков : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Челябинский гос. агроинженерн. ун-т. Челябинск, 2002. 130 с.

276. Хміль Н. Педагогічні умови ефективного використання блогів для організації навчально-пізнавальної діяльності студентів при вивченні інформатики. *Проблеми підготовки сучасного вчителя*. 2013. № 7. С. 138-143.
277. Хорошайло О. С. Формування у студентів загальнолюдських цінностей під час занять з іноземної мови. *Збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету (Педагогічні науки)*. 2010. № 4. С. 278-282.
278. Худякова Н. Л. Философия и развитие образования : учеб. пособие. Челябинск : изд-во ЧГПУ, 2009. 230 с.
279. Церковский А. Л., Дуброва А. Л. Медицинская этика. Курс лекций. Витебск : ВГМУ, 2007. 260 с.
280. Черниш Н. Соціологія. Курс лекцій : підручник. Львів : Кальварія, 2003. 543с.
281. Чистовська І. П. Гуманізація та гуманітаризація навчально-виховного процесу у вищих технічних навчальних закладах. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка*. 2008. № 1(22). С.191-193.
282. Чмиленко Ф. О., Жук Л. П. Посібник до вивчення дисципліни «Методологія та організація наукових досліджень». Дніпропетровськ : РВВ ДНУ, 2014. 48 с.
283. Чобітько М. Г. Особистісно-орієнтована професійна підготовка майбутнього вчителя: Теоретико-методологічний аспект : монографія. Черкаси : Брама-Україна, 2006. 560 с.
284. Чумак А. Л. Моральна регуляція у сфері медицини: від клятви Гіппократа до сучасних етичних документів. *Гуманітарний часопис*. 2009. № 2. С. 26-32.
285. Шабанова Ю. О. Системний підхід у вищій школі : підручник для студентів магістратури. Дніпропетровськ : НГУ, 2014. 120 с.
286. Шарапова С. И. Критерии отбора содержательно-текстовой базы для обучения студентов неязыкового вуза профессионально ориентированному чтению на иностранном языке. *Известия РГПУ им. А. И. Герцена*. 2009. Вып. 102. С. 319-322.

287. Шаталов В. Ф. Учить всех, учить каждого / сост. И. Н. Баженова. Москва : Педагогика, 1988. С. 124-179.
288. Шахов В. І. Теоретико-методологічні основи базової педагогічної освіти майбутніх учителів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра пед. наук : 13.00.04. Тернопіль, 2008. 45 с.
289. Шемигон Н. Ю. Формування ціннісних орієнтацій майбутніх педагогів у процесі професійної підготовки : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Харків, 2008. 21 с.
290. Шепеленко Т. Л. Формування комунікативних умінь студентів економічного університету в процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Київ, 1999. 19 с.
291. Щербакова М. В., Повалюхина Д. А. Личностная значимость изучения иностранного языка в структуре ценностных ориентаций студентов-медиков. *Вестник ВГУ. Серия : Лингвистика и межкультурная коммуникация*. 2014. №3. С. 114-118.
292. Щоголєва І. В. Формування комунікативних умінь майбутніх менеджерів туризму у процесі вивчення професійно орієнтованих дисциплін : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.04. Кіровоград, 2011. 20 с.
293. Щокіна Н. Б. Проблемне навчання у підготовці майбутніх викладачів. *Педагогічна освіта і наука в умовах класичного університету : традиції, проблеми, перспективи* : у 3 т. / за ред. М. Євтуха, Д. Герцюга. Львів : ЛНУ ім. І. Я. Франка, 2013. Т. 1. Підготовка педагогічних кадрів вищої школи : виклики, проблеми, динаміка змін. С. 296-304. URL: <http://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/4450> (дата звернення: 20.06.2019).
294. Юлдашев З. Ю., Бобохужаев З. Ю. Инновационные методы обучения: Особенности кейс-стади метода обучения и пути его практического использования : учебное пособие. Ташкент : «IQTISOD-MILIYA», 2006. 88 с.

295. Юровчик В. Г. Проблемне навчання як метод організації навчальної діяльності учнів. *Педагогічний пошук*. 2016. № 3. С. 28-29.
296. Юсеф Ю. В. Особливості формування комунікативної культури майбутніх лікарів у сучасному соціокультурному середовищі. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2013. № 21. С. 145-150.
297. Юсеф Ю. В., Плахотнік А. М. Гуманітаризація освіти у процесі підготовки майбутніх лікарів до професійної комунікації. *Науковий вісник Донбасу*. 2012. № 4. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvd_2012_4_45 (дата звернення: 20.06.2019).
298. Якиманская И. С. Разработка технологии личностно-ориентированного обучения. *Вопросы психологии*. 1995. № 2. С. 31-41.
299. Яковліва О. П. Формування комунікативних умінь майбутніх учителів у процесі виховної роботи в оздоровчих таборах : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2002. 20 с.
300. Ярмаченко М. Д. Педагогіка. Київ : Вища школа, 1986. 543 с.
301. Яцина О. Ф. Формування комунікативних умінь студентів-медиків у процесі вивчення психолого-педагогічних дисциплін. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Медицина*. 2008. Вип. 33. С. 245-249.
302. Ященко Е. М. Формування комунікативної культури студентів у навчально-виховному процесі вищих навчальних закладів економічного профілю : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2010. 20 с.
303. An Y.-J., Aworuwa B., Ballard G., Williams K. Teaching with Web 2.0 technologies: benefits, barriers and best practices. *The Annual Convention of the Association for Educational Communications and Technology : Selected Research and Development Papers*. Louisville, KY, 2009. Vol. №1. P. 1-7. URL: https://members.aect.org/pdf/Proceedings/proceedings09/2009/09_1.pdf. (Last accessed: 20.06.2019).

304. Aspergen K., Lonberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? *Medical Teacher*. 2005. Vol. 27, №6. P. 539-543.
305. Carrese J. A., Malek J., Watson K., Lehman L. S., Green M. J., McCullough L. B., Geller G., Braddock C. H., Doukas D. J. The essential role of medical ethics education in achieving professionalism: the Romanell report. *Academic Medicine*. 2015. Vol. 90, №6. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000715 (Last accessed: 20.06.2019).
306. Casebook on benefit and harm : Bioethics core curriculum casebook series, №2. Paris : UNESCO, 2011. 140p. URL: unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000192370 (Last accessed: 20.06.2019).
307. Casebook on human dignity and human rights : Bioethics core curriculum casebook series, №1. Paris : UNESCO, 2011. 144 p. URL: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000192371> (Last accessed: 20.06.2019).
308. Doherty E., O'Boyle C. A., Shannon W., McGee H., Bury G. Communication skills training in undergraduate medicine. *Irish Medical Journal*. 1990. Vol. 83, №2. P. 54-56.
309. Doyal L., Hurwitz B., Yudkin J. S. Medical ethics and the clinical curriculum: a case study. *Journal of Medical Ethics*. 1987. №13(3). P. 144-149.
310. Easton G. Learning from case studies. 2nd ed. New York : Prentice Hall, 1992. 222 p.
311. Ellet W. The case study handbook: how to read, discuss, and write persuasively about cases. Harvard : Harvard Business School Press, 2007. 274 p.
312. Greenwood G. E., Parkay F. W. Case studies for teacher decision making. New York : Random House, 1989. 59 p.
313. Grosseck G. To use or not to use Web 2.0 in higher education? *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2009. №1. P. 478-482.
314. Grundstein-Amado R. Values education: a new direction for medical education *Journal of Medical ethics*. 1995. №21. P. 174-178.

315. Haq C., Steele D. J., Marchand L., Seibert C., Brody D. Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *Family Medicine*. 2004. Vol. 36, №1; Supplement. P. 43-50.
316. Hulsman R. L., Ros W. J. G., Winnubst J. A. M., Bensing J. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. *Medical Education*. 1999. Vol. 33. P. 655-668.
317. Meijers F. Monologue to dialogue: education in the 21st Century. *International Journal for Dialogical Science*. 2013. Vol. 7, №1. P. 1-10.
318. Odhayani A., Ratnapalan S. Teaching communication skills. *Canadian Family Physician*. 2011. Vol. 57. P. 1216-1218.
319. Parker M., Dickenson D. The Cambridge medical ethics workbook. Cambridge : Cambridge University Press, 2003. 359 p.
320. Perera H. J. M. Effective communication skills for medical practice. *Journal of the Postgraduate Institute of Medicine*. 2015. Vol. 2. DOI: 10.4038/jpgim.8082 (Last accessed: 20.06.2019).
321. Runzheimer J., Johnson L. Medical ethics for dummies. Indianapolis : Wiley Publishing, Inc., 2011. 368 p.
322. Sommerville A. Everyday medical ethics and law. Chichester : John Wiley & Sons, Ltd., Publication, 2013. 297 p.
323. Stables A. Learning, identity and classroom dialogue. *Journal of Educational Enquiry*. 2003. Vol. 4, № 1. URL: ojs.unisa.edu.au/index.php/EDEQ/article/view/528/398 (Last accessed: 20.06.2019).
324. Stenzel A., Feeney H. Learning by the case method: practical approaches for community leaders. New York : Seabury Press, 1970. 128 p.
325. Tomar B. Axiology in teacher education: implementation and challenges. *Journal of Research & Method in Education*. 2014. Vol. 4, №2. Ver. III. P. 51-54. URL: iosrjournals.org/iosr-jrme/papers/Vol-4%20Issue-2/Version-3/H04235154.pdf (Last accessed: 20.06.2019).

326. Tongue J. R., Epps H. R., Forese L. L. Communication skills for patient-centered care. *The Journal of Bone & Joint Surgery*. 2005. Vol. 87-A, №3. P. 652-658. URL: healthcarecomm.org/wp-content/uploads/2011/05/Tongue-2005-.pdf (Last accessed: 20.06.2019).
327. Williams J. R. Medical Ethics Manual. 3rd edition. The World Medical Association, Inc., 2015. 134 p. URL: https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf (Last accessed: 20.06.2019).
328. Yin R. K. Case study research: design and methods. Fourth Edition. Sage Publications, 2009. 219 p.

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ МОДЕЛІ ТА ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНО-КОМУНІКАТИВНОЇ КУЛЬТУРИ МАЙБУТНІХ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

3.1. Програма та етапи експериментального дослідження ефективності моделі та педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів

Об'єктивна та доказова перевірка ефективності запропонованих нами педагогічних умов та моделі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів вимагає проведення педагогічного експерименту.

Провідна ідея дослідження зосереджена в гіпотезі про те, що формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі фахової підготовки відбуватиметься ефективно у разі виконання таких педагогічних умов: засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу, забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу, формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання. Відповідно до цього припущення була визначена мета дослідно-експериментальної роботи – експериментально перевірити ефективність моделі та запропонованих педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Організація та проведення експериментальної роботи здійснювалася на основі виділених Е. Панасенко [6, с. 183-185] принципів, застосування яких визначило основні правила педагогічного експерименту. Зокрема, принцип цілісного вивчення педагогічного явища передбачав системний підхід до конструювання експерименту, визначення місця професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів у цілісному освітньому процесі, розкриття її

механізму та виявлення чинників, що впливають на її формування. Принцип комплексного використання методів наукового дослідження зумовив використання значної кількості методів наукового пошуку, а також вимагав максимального обліку й контролю умов проведення експерименту, ретельного аналізу одержаних результатів. Принцип об'єктивності передбачав перевірку та уточнення одержаних даних, облік і фіксацію всіх результатів експерименту. Застосування принципу єдності навчання, виховання та вивчення особистості призвело до одночасного розв'язання кількох завдань: перевірки гіпотези дослідження, вивчення студентів, організації освітнього процесу відповідно до програми, фіксації та аналізу результатів експерименту. Відповідно до принципу оптимального відбору експериментальних методик у нашому дослідженні було застосовано такі методики, які в комплексі охоплюють усі показники професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Принцип педагогічної ефективності спрямував дослідження на перевірку ефективності методів, які вже існують у педагогічній практиці, і розробку нових методів та прийомів педагогічної роботи, що сприятимуть формуванню професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Нами також були враховані необхідні вимоги до проведення педагогічних досліджень, які передбачають:

- наявність експериментальної бази;
- підготовку колективу до проведення дослідно-експериментальної роботи;
- визначення пріоритетних складових системи, що підлягають перевірці;
- розробку критеріїв, показників, реєстраційних бланків, анкет для оцінки ефективності впливу запропонованих педагогічних умов на формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів;
- однорідність складу досліджуваних експериментальних і контрольних груп;
- різносторонній підхід до перевірки ефективності педагогічних умов та моделі формування професійно-комунікативної культури студентів;
- забезпечення достовірності одержаних результатів;

– відповідність одержаних дослідно-експериментальних даних сформульованій гіпотезі дослідження [1, с. 231].

Дослідно-експериментальна робота проводилася за поетапною програмою, що представлена у табл. 3.1.

Таблиця 3.1.

Програма та зміст експериментального дослідження

Назва етапу	Зміст експериментальної роботи
I Теоретичний етап	З'ясування сутності та взаємозв'язку ключових понять дослідження. Визначення компонентів, критеріїв, показників і рівнів сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Формулювання гіпотези педагогічного експерименту, його мети і завдань.
II Констатувальний етап експерименту	Розробка програми дослідно-експериментальної роботи. Підбір методик для діагностики рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Формування експериментальної бази дослідної роботи, контрольної та експериментальної груп студентів. Первинна діагности рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.
III Формувальний етап експерименту	Обґрунтування педагогічних умов і розробка моделі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Розробка методики реалізації педагогічних умов у процесі фахової підготовки майбутніх сімейних лікарів. Упровадження методики реалізації педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури у процес фахової підготовки студентів експериментальної групи, при чому освітній процес у студентів контрольної групи не зазнавав цілеспрямованих змін.
IV Контрольний етап експерименту	Повторна діагностика рівня сформованості професійно-комунікативної культури учасників експерименту. Порівняння результатів контрольної та експериментальної груп для виявлення ефективності запропонованих педагогічних умов. Аналіз результатів експерименту, їх узагальнення та інтерпретація. Перевірка надійності одержаних експериментальних даних методами математичної статистики.

На першому (теоретичному) етапі дослідження було вивчено, проаналізовано та систематизовано філософську, культурологічну, психологічну та педагогічну літературу, а також дисертації з тем, близьких до проблеми нашого дослідження. Це надало можливість виявити ступінь розробленості проблеми формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів у науковій літературі; уточнити зміст понять *культура*, *спілкування*, *комунікація*, *професійна комунікація лікаря*; виявити характерні особливості професійної комунікації сімейного лікаря; визначити сутність та структурні компоненти професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів; сформулювати

мету, предмет, об'єкт, гіпотезу та завдання дослідження. На цьому етапі було також розроблено систему критеріїв та показників, за якими визначалися рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

На другому (констатувальному) етапі дослідження було складено програму дослідно-експериментальної роботи, підбрано методики діагностики професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, розроблено авторські анкети. Після формування експериментальної бази дослідної роботи та утворення контрольної й експериментальної груп студентів було проведено констанувальний етап експерименту. Його метою було виявлення вихідного рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Одержані дані було оброблено та проаналізовано. Однорідність контрольної та експериментальної груп було перевірено методами математичної статистики, що довело правомірність їх використання на наступних етапах експерименту.

На третьому (формуальному) етапі дослідження було визначено методологічні підходи, загальнодидактичні та специфічні принципи, дидактичні теорії, на основі яких ґрунтується формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів; розроблено структурно-функціональну модель даного процесу; теоретично обґрунтовано педагогічні умови, за яких формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів набуває ефективності. Після цього було розроблено методику реалізації педагогічних умов та впроваджено її у процес фахової підготовки студентів експериментальної групи. Упродовж проведення експерименту освітній процес у контрольній групі здійснювався за традиційними підходами, не зазнаючи цілеспрямованих змін. Незмінними умовами були подання однакового обсягу навчальної інформації, однакові терміни вивчення матеріалу, залучення до однакових форм позааудиторної роботи (студентський науковий гурток, студентська наукова конференція, виховні заходи університету тощо).

Упровадження авторської методики формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів здійснювалося у три етапи

(підготовчо-мотиваційний, професійно-особистісний, теоретико-практичний) з урахуванням змісту навчальної діяльності студентів.

Перший етап – підготовчо-мотиваційний – реалізовувався у першому семестрі навчання у закладі вищої медичної освіти. Протягом цього часу відбувалася адаптація студентів до нових навчальних умов, стимулювався розвиток їхньої мотиваційної сфери. Метою цього періоду було формування у студентів мотивації до оволодіння професійно-комунікативною культурою. Робота викладача розпочиналася зі створення сприятливих психологічних умов для організації комунікативної взаємодії та побудови суб'єкт-суб'єктних відносин зі студентами. Це здійснювалося шляхом усунення психологічних бар'єрів, доброзичливого спілкування, створення атмосфери довіри та позитивних емоцій, посилення інтересу до навчального процесу. Діяльність викладача також включала бесіди, роз'яснення й переконання, що створювали середовище для поступового посилення мотивації успіху, розуміння об'єктивного змісту професії лікаря, посилення прагнення до професійного самовдосконалення. Вплив на мотивацію студентів також передбачав заохочення до осмислення себе як майбутнього фахівця та сприяння усвідомленню ключової ролі комунікації у професійній діяльності лікаря. Крім цього, у процесі вивчення іноземної мови особлива увага зверталася на те, що досконале володіння державною та іноземною мовами є неодмінною вимогою сучасного суспільства до висококваліфікованого лікаря.

Однією з дієвих форм роботи на цьому етапі було залучення студентів до групової дискусії «Моя майбутня професія», протягом якої обговорювалися наступні питання:

- Чому ви обрали професію лікаря?
- Чи погоджуєтеся ви з тим, що лікар не ремісник, а людина з великої літери?
- Як ви розумієте тезу Миколи Пирогова «Бути людиною серед людей»?
- Що включає в себе робота лікаря? Яку частину робочого часу лікар проводить, спілкуючись з людьми?
- Як професійна комунікація впливає на успішність лікування?

- Чи може низька комунікативна культура лікаря зашкодити пацієнту?
- Чому знання мов важливі для лікаря?
- Які вміння та якості повинен мати висококваліфікований лікар?

Другий – професійно-особистісний – етап реалізації методики формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів здійснювався у другому семестрі навчання у закладі вищої медичної освіти. Оскільки на цей час молоді люди ще не достатньо розуміють особливості професії лікаря та не усвідомлюють своєї відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів, основні зусилля викладача було спрямовано на залучення студентів до ціннісно-сміслової сфери професії лікаря. Метою цього етапу визначено формування у майбутніх медиків професійних ціннісних орієнтацій, що забезпечують моральне підґрунтя для комунікативної поведінки в майбутній професійній діяльності і розвиток їхніх основних комунікативних якостей.

На цьому етапі реалізовано таку педагогічну умову як засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу. З цією метою до навчального матеріалу дисципліни «Іноземна мова» було включено ціннісно-орієнтовані тексти та приклади конкретних ситуацій професійного спілкування, що аналізувалися та обговорювалися зі студентами. Крім цього, студентами виконувалися індивідуальні творчі завдання, проводилися дискусії, спрямовані на підкреслення значної ролі гуманістичних цінностей у житті людей та професійних цінностей у професійній діяльності лікаря. Методику реалізації зазначеної педагогічної умови описано у підрозділі 2.2, а приклади таких завдань запропоновано у Додатку III.

Позитивний вплив на засвоєння професійних цінностей також мало ознайомлення студентів з біографією видатного хірурга Миколи Пирогова та проведення екскурсії в Національний музей-садибу М. І. Пирогова.

Побудова педагогічного процесу на засадах співпраці й співтворчості, рівноправна взаємодія викладача та студентів, власний приклад комунікативної культури педагога дозволили створити конструктивний стиль поведінки майбутніх медиків у колективі, стимулювали розвиток їхніх ключових

комунікативних якостей. Цьому процесу також сприяли бесіди, спрямовані на розвиток почуття відповідальності й професійного обов'язку, створення установки на культурне й доброзичливе ставлення до людини, що ґрунтується на повазі до людської гідності.

На третьому етапі – теоретико-практичному, який тривав протягом третього та четвертого семестрів навчання у закладі вищої медичної освіти, здійснювалася одночасна реалізація таких педагогічних умов як забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу та формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання. Основними завданнями цього етапу були безпосереднє засвоєння студентами знань, необхідних для успішної професійної комунікації, та формування комунікативних умінь з подальшим їх практичним удосконаленням у процесі вивчення дисципліни «Іноземна мова за професійним спрямуванням».

Для вирішення першого завдання в освітній процес було впроваджено інформаційно-освітній блог викладача, присвячений проблемі професійно-комунікативної культури майбутніх лікарів. Окрім застосування даного блогу під час проведення практичних занять з дисципліни «Іноземна мова за професійним спрямуванням», значні зусилля викладача було спрямовано на заохочення студентів використовувати його у вільний від занять час. Це сприяло поступовому засвоєнню значного об'єму комунікативних знань, які стали теоретичним підґрунтям для подальшого формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів.

Формуванню когнітивного компоненту професійно-комунікативної культури також сприяла участь студентів у всеукраїнській науково-практичній конференції студентів та молодих учених «Перший крок в науку», яка щорічно проводиться у Вінницькому національному медичному університеті ім. М. І. Пирогова. Студенти експериментальних груп проводили дослідження і готували доповіді, тематика яких пов'язана з професійно-комунікативною культурою лікаря. Свої доповіді

вони презентували не тільки на конференції, а й в академічних групах, що розширювало аудиторію тих, хто ознайомився з результатами досліджень.

Вирішення другого завдання передбачало впровадження діалогових технологій навчання у процес вивчення дисципліни «Іноземна мова за професійним спрямуванням», зокрема використання таких методів, які забезпечують його максимальну вербалізацію (евристична бесіда, діалог, спільний проект, мозковий штурм, рольова гра, дискусія, проблемні завдання). Залучення студентів до різноманітних видів діалогічної комунікативної взаємодії дозволило створити умови для набуття й багаторазового відпрацювання основних комунікативних умінь. Діалогові технології навчання також застосовувалися на засіданнях студентського наукового гуртка, присвячених основним аспектам професійної комунікації з пацієнтами. Зокрема, проводилися засідання гуртка у формі майстер-класів за темами: «Як створити позитивне перше враження про себе?», «Вчіться слухати пацієнта», «Невербальна комунікація», «Емпатія в роботі лікаря».

На четвертому (контрольному) етапі дослідження здійснено повторну діагностику рівня сформованості професійно-комунікативної культури учасників експерименту за визначеними критеріями й показниками, виконано аналіз результатів педагогічного експерименту. Проведено порівняння результатів:

- 1) експериментальної та контрольної груп на констатувальному етапі дослідження;
- 2) експериментальної та контрольної груп на контрольному етапі дослідження;
- 3) експериментальної групи на констатувальному та контрольному етапах дослідження;
- 4) контрольної групи на констатувальному та контрольному етапах дослідження.

Після перевірки надійності одержаних експериментальних даних методами математичної статистики, було узагальнено та інтерпретовано результати дослідження, визначено їх співвідношення з поставленою метою.

3.2. Результати дослідно-експериментальної роботи

З метою оцінювання ефективності обґрунтованих педагогічних умов та спроектованої моделі формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів відповідно до плану експериментального дослідження було проведено два діагностичні зрізи – на початку педагогічного експерименту і після його завершення.

Рівень сформованості цього виду культури у студентів-медиків визначався за окресленими у першому розділі критеріями: мотиваційним, особистісно-ціннісним, когнітивним, практично-діяльнісним.

Діагностика змін у рівнях сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів здійснювалася за допомогою комплексу діагностичних методів: анкетування, тестування, бесіди, опитування, спостереження, експертного оцінювання, методу документів. Це дозволило розглянути педагогічні факти та явища в усій їх складності та взаємозв'язках і виразити результати педагогічного експерименту в кількісних і якісних показниках.

Оцінюючи вплив дослідно-експериментальної роботи на формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за мотиваційним критерієм, ми проаналізували зміни в мотиваційній сфері студентів. З цією метою було використано:

- тест-опитувальник Ю. Орлова «Шкала оцінки потреби у досягненні» (Додаток В) для оцінювання сформованості мотивації успіху;
- методику «Діагностика реалізації потреби у саморозвитку» М. Фетіскіна (Додаток Г) для виявлення осіб із активною реалізацією потреби у самовдосконаленні;
- опитувальник Р. Овчарової «Мотиви вибору професії» (Додаток Д) для діагностики мотивації вибору професії.

Результати оцінювання сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за мотиваційним критерієм подано у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

**Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури
у студентів КГ та ЕГ за мотиваційним критерієм
на контрольному етапі дослідження**

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (290)	Мотивація успіху	38	13	127	44	125	43
	Прагнення до самовдосконалення	74	26	144	50	72	24
	Мотиви вибору професії	65	22	123	42	102	36
	Загальний показник	59	20	131	45	100	35
ЕГ (294)	Мотивація успіху	126	43	139	47	29	10
	Прагнення до самовдосконалення	142	49	108	37	44	14
	Мотиви вибору професії	156	53	120	41	18	6
	Загальний показник	141	48	122	44	31	8

Порівнюючи одержані результати із результатами констатувального етапу дослідження (Табл. 1.1), бачимо, що в ЕГ значно підвищилася кількість студентів з високим рівнем мотивації успіху – на 33%. При цьому кількість студентів із низьким рівнем зменшилася на 36%.

За цим показником зміни відбулися також і в КГ. Кількість студентів з високим рівнем мотивації успіху збільшилася на 12%, а кількість досліджуваних з середнім рівнем – на 11%. При цьому на 15% зменшилася кількість студентів із низьким рівнем мотивації успіху.

Подібні результати ми спостерігаємо і за двома іншими показниками – прагнення до самовдосконалення та мотиви вибору професії.

На рисунку 3.1 наочно продемонстровано результати вимірювань мотиваційного критерію професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів на констатувальному та на контрольному етапі дослідження.

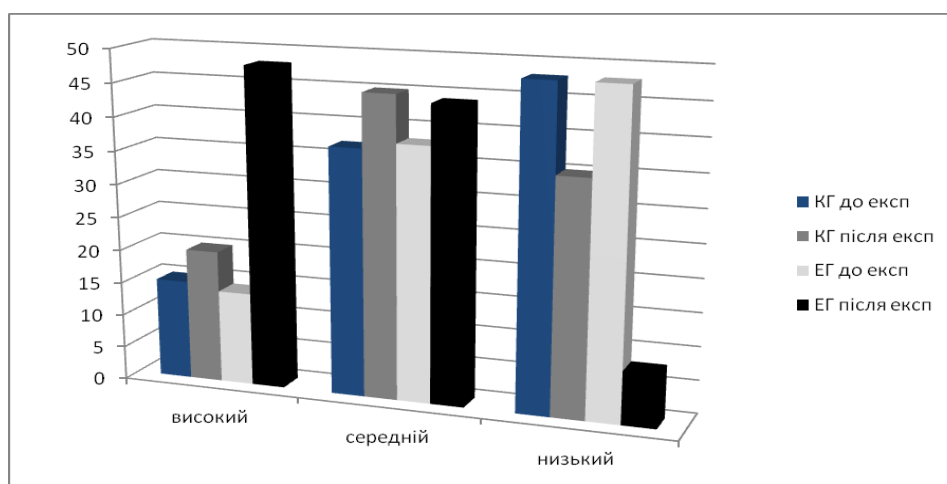


Рис. 3.1. Динаміка цифрових показників сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за мотиваційним критерієм

Загалом позитивний рівень (високий і середній) сформованості професійно-комунікативної культури за мотиваційним критерієм в ЕГ суттєво збільшився, а саме: кількість студентів із високим рівнем збільшилася на 30% (із 14% на констатувальному етапі до 44% на контрольному); із середнім рівнем – на 6%. Водночас набагато зменшилася (на 40%) кількість студентів із низьким рівнем мотивації успіху. В КГ зміни також відбулися, але вони є незначними у порівнянні з констатувальним етапом дослідження.

Діагностику професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за особистісно-ціннісним критерієм ми проводили за допомогою тесту для визначення комунікабельності В. Ряховського (Додаток Е); тесту Д. Кемпбелла «Шкала доброзичливості» (Додаток Ж); діагностики соціальної емпатії М. Фетіскіна (Додаток З); опитувальника А. Карпова для визначення рівня рефлексивності (Додаток К); експрес-діагностики стійкості до конфліктів М. Фетіскіна (Додаток Л); авторської анкети «Гуманістичні ціннісні орієнтації» (Додаток М); авторської анкети «Професійні ціннісні орієнтації» (Додаток Н).

Якісний аналіз результатів дозволив нам визначити рівень сформованості професійно-комунікативної культури у студентів ЕГ і КГ за особистісно-ціннісним критерієм (табл. 3.3.)

Таблиця 3.3.

**Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури
у студентів КГ та ЕГ за особистісно-ціннісним критерієм
на контрольному етапі дослідження**

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (290)	Комунікативні якості	Комунікабельність					
		48	17	147	51	95	32
		Доброзичливість					
		67	23	122	42	101	35
		Емпатійність					
		43	15	135	47	112	38
		Рефлексивність					
		24	8	138	48	128	44
		Урівноваженість					
		56	19	135	47	99	34
	Гуманістичні ціннісні орієнтації	62	21	121	42	107	37
	Професійні ціннісні орієнтації	58	20	120	41	112	39
	Загальний показник	51	18	131	45	108	37
ЕГ (294)	Комунікативні якості	Комунікабельність					
		158	54	97	33	39	13
		Доброзичливість					
		165	56	71	24	58	20
		Емпатійність					
		129	44	133	45	32	11
		Рефлексивність					
		132	45	101	34	61	21
		Урівноваженість					
		176	60	93	32	25	8
	Гуманістичні ціннісні орієнтації	188	64	87	30	19	6
	Професійні ціннісні орієнтації	175	60	96	33	23	7
	Загальний показник	160	54	97	33	37	9

Результати контрольного етапу дослідження в порівнянні з констатувальним свідчать про те, що значно збільшилася кількість студентів з високим і середнім рівнями сформованості професійно-комунікативної культури за всіма показниками особистісно-ціннісного критерію. Зокрема, студенти ЕГ продемонстрували високий рівень сформованості комунікативних якостей: комунікабельність (54%), доброзичливість (56%), емпатійність (44%), рефлексивність (45%), урівноваженість (60%). Як бачимо, невисоким у порівнянні з іншими показниками є рівень емпатійності у майбутніх сімейних лікарів. Це зумовлене тим, що під час формувального експерименту студенти мали лише

незначний досвід спілкування з пацієнтами, а формування цієї якості вимагає регулярної взаємодії з хворими людьми, які потребують постійного розуміння, піклування, співчуття.

Для визначення рівня професійно-комунікативної культури за показником гуманістичні ціннісні орієнтації, студентам була запропонована анкета «Гуманне ставлення до людини». На одне із запитань анкети: «Якими якостями має володіти сімейний лікар?», більшість студентів ЕК (85%) зазначили не професійні, а моральні особистісні якості. На їхню думку, головними якостями сімейного лікаря є гуманність, людяність, доброта, співчуття, чуйність, толерантність, любов до людини тощо. Студенти КГ, відповідаючи на дане запитання, віддають перевагу професійним якостям (68%): професіоналізм, знання, розум, охайність, працьовитість тощо. Менше половини студентів КГ (32%) відзначають моральні якості. Як бачимо, не всі студенти КГ називають пріоритетними моральні якості особистості сімейного лікаря, вони не вважають їх необхідними у своїй майбутній професійній діяльності. Це свідчить про недооцінку студентами гуманної складової лікарської професії, що може призвести до прояву байдужості, моральної індиферентності й антигуманним проявам стосовно пацієнтів.

Загалом, за показником гуманістичні ціннісні орієнтації високий рівень мають 64% студентів ЕГ і середній – 30%. Це свідчить про те, що майбутні сімейні лікарі ЕГ мають достатнє уявлення про гуманістичні цінності. Вони визначають гуманність як основну особистісну якість лікаря, розуміють основні принципи лікарської діяльності, медичної етики та деонтології. Студенти усвідомлюють гуманне ставлення до людини як ціннісне і переконані в його абсолютній необхідності у своїй майбутній професійній діяльності.

У КГ кількість студентів за цим показником збільшилася не набагато – із 15% до 21%. Переважають середній і низький рівні – 42% і 37% відповідно.

На рисунку 3.2 наочно продемонстровано результати вимірювань особистісно-ціннісного критерію професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів на констатувальному та на контрольному етапі дослідження.

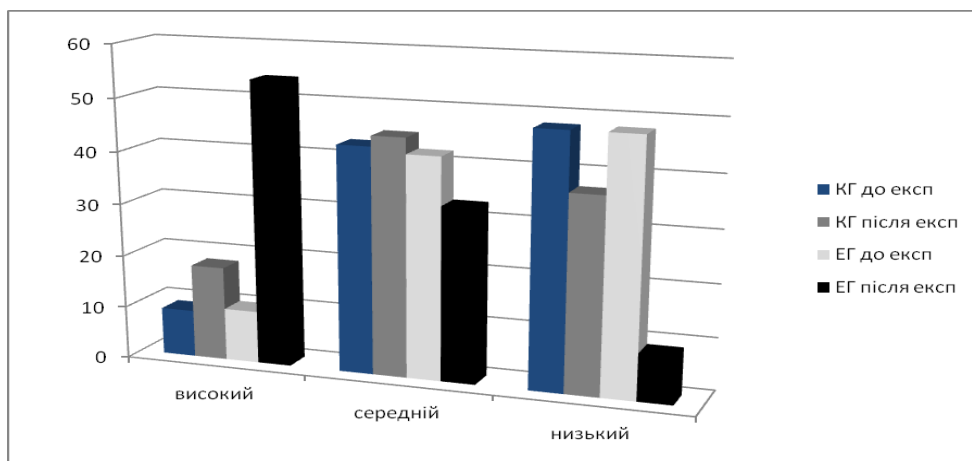


Рис. 3.2. Динаміка цифрових показників сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за особистісно-ціннісним критерієм

При визначенні рівня сформованості професійно-комунікативної культури за показником професійні ціннісні орієнтації студентам також була запропонована анкета, метою якої було з'ясувати ставлення майбутніх сімейних лікарів до хворих людей. Результати анкети представлено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

№	Запитання	Група	До експ.	Після експ.
1.	Чи повинен лікар доступно пояснити пацієнту причини хвороби, можливий її розвиток і призначене лікування?	ЕГ	85%	100%
		КГ	83%	95%
2.	Чи повинен лікар взаємодіяти з родичами пацієнта?	ЕГ	32%	92%
		КГ	38%	65%
3.	Як Ви вважаєте, чи може приватний лікар відмовитися від екстреної допомоги без гонорару?	ЕГ	37%	0%
		КГ	22%	34%
4.	Чи готові Ви присвятити увесь свій час і сили служінню людям?	ЕГ	33%	65%
		КГ	30%	32%
5.	Чи підтримуєте Ви евтаназію?	ЕГ	50%	20%
		КГ	42%	38%

З таблиці бачимо, що кількість позитивних відповідей студентів ЕГ на кінцевому етапі в порівнянні з констатувальним значно збільшилась. Це свідчить про те, що студенти-медики правильно розуміють принципи комунікативної взаємодії лікаря і хворого, приймають їх за основу в процесі спілкування з пацієнтами. У КГ позитивні показники збільшилися не набагато.

Наступним критерієм для визначення рівня сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів є когнітивний критерій із

такими показниками: мовна компетенція, комунікативні знання, етичні й етикетні знання. Рівень мовної компетенції майбутніх сімейних лікарів досліджувався за допомогою методу документів; рівень комунікативних знань – за допомогою анкети «Комунікативні знання» (Додаток П); рівень етичних і етикетних знань студентів – за допомогою анкети «Етичні знання» (Додаток Р).

Результати оцінювання сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за когнітивним критерієм подано у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

**Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури
у студентів КГ та ЕГ за когнітивним критерієм
на контрольному етапі дослідження**

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (290)	Мовна компетенція	Українська мова					
		97	33	143	49	50	18
		Іноземна мова					
		69	24	85	29	136	47
	Комунікативні знання	76	26	117	40	97	34
	Етичні й етикетні знання	98	34	90	31	102	35
	Загальний показник	85	29	109	38	96	33
ЕГ (294)	Мовна компетенція	Українська мова					
		165	56	100	34	29	10
		Іноземна мова					
		126	43	120	41	48	16
	Комунікативні знання	138	47	97	33	59	20
	Етичні й етикетні знання	156	53	101	34	37	13
	Загальний показник	146	50	105	36	43	14

Як бачимо, в порівнянні з констатувальним етапом дослідження, суттєво збільшилася кількість студентів експериментальних груп з високим і середнім рівнями професійно-комунікативної культури за когнітивним критерієм. Це свідчить про те, що студенти-медики мають достатній рівень знань, необхідних для успішної професійної комунікації.

На рисунку 3.3 наочно продемонстровано результати вимірювань когнітивного критерію професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів на констатувальному та на контрольному етапі дослідження.

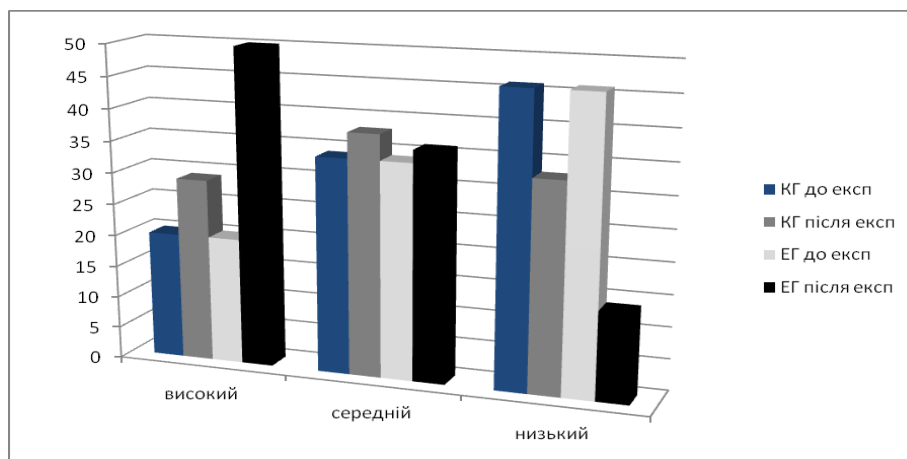


Рис. 3.3. Динаміка цифрових показників сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за когнітивним критерієм

Результати діагностики вказують на те, що у студентів експериментальних груп підвищився рівень мовної компетенції, а саме на 26% збільшилась кількість студентів із високим рівнем знання української мови і на 29% – іноземної. За показником комунікативні знання 47% студентів мають високий рівень, що на 32% більше у порівнянні з констатувальним етапом роботи. Кількість студентів ЕГ з високим рівнем етичних та етикетних знань також збільшилася на 32%.

Загалом, за усіма показниками когнітивного критерію в ЕГ відбулися значні зміни: високий рівень мають 50% студентів, середній – 36% і низький рівень – 4%.

У КГ також спостерігалися деякі зміни. Зокрема, кількість студентів із високим рівнем сформованості професійно-комунікативної культури за цим критерієм збільшилася на 9%, із середнім рівнем – на 4%. З іншого боку, кількість студентів із низьким рівнем сформованості досліджуваного явища зменшилась на 13%.

Сформованість професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за практично-діяльнісним критерієм визначалася за показниками вміння сприймати комунікативні сигнали, вміння виробляти комунікативні сигнали, вміння вести бесіду та методами, описаними в підрозділі 1.3.

Аналіз результатів діагностики представлено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6.

Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури у студентів КГ та ЕГ за практично-діяльнісним критерієм на контрольному етапі дослідження

Групи	Показники	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ (290)	Уміння сприймати комунікативні сигнали	Уміння слухати					
		12	4	96	33	182	63
		Уміння розуміти невербальні комунікативні сигнали					
		7	2	89	31	194	67
	Уміння виробляти комунікативні сигнали	42	14	145	50	103	36
	Уміння вести бесіду	54	19	184	63	52	18
	Загальний показник	29	10	129	44	132	46
ЕГ (294)	Уміння сприймати комунікативні сигнали	Уміння слухати					
		97	33	128	44	69	23
		Уміння розуміти невербальні комунікативні сигнали					
		88	30	130	44	76	26
	Уміння виробляти комунікативні сигнали	112	38	128	44	54	18
	Уміння вести бесіду	194	66	88	30	12	4
	Загальний показник	123	42	119	40	52	18

Дані таблиці 3.6. свідчать, що позитивні рівні (високий і середній) сформованості професійно-комунікативної культури за всіма показниками цього критерію мають більша кількість студентів ЕГ, ніж КГ. Зокрема, 33% респондентів ЕГ уміють слухати оточуючих і лише 4% студентів КГ володіють цим умінням на високому рівні. Вміння сприймати і виробляти комунікативні сигнали притаманне майже третині студентів ЕГ, а в КГ цей показник ледве сягає 10%. Частка майбутніх сімейних лікарів ЕГ, які уміють вести бесіду, становить 66%, і лише 19% студентів КГ притаманне таке вміння.

Порівнюючи результати контрольного етапу дослідження з констатувальним, бачимо, що в усіх студентів (КГ і ЕГ) збільшилися цифрові показники позитивних рівнів професійно-комунікативної культури. В ЕГ кількість студентів із високим рівнем збільшилась на 36%, із середнім – на 2%. При цьому значно зменшилась кількість майбутніх сімейних лікарів із низьким рівнем сформованості професійно-комунікативної культури за практично-діяльнісним

критерієм – на 38%. У КГ також відбулися зміни: на 2% збільшилась кількість студентів із високим рівнем сформованості досліджуваного явища, на 8% – із середнім і на 10% зменшилась кількість респондентів із низьким рівнем.

На рисунку 3.4 наочно продемонстровано результати вимірювань практично-діяльнісного критерію професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів на констатувальному та на контрольному етапі дослідження.

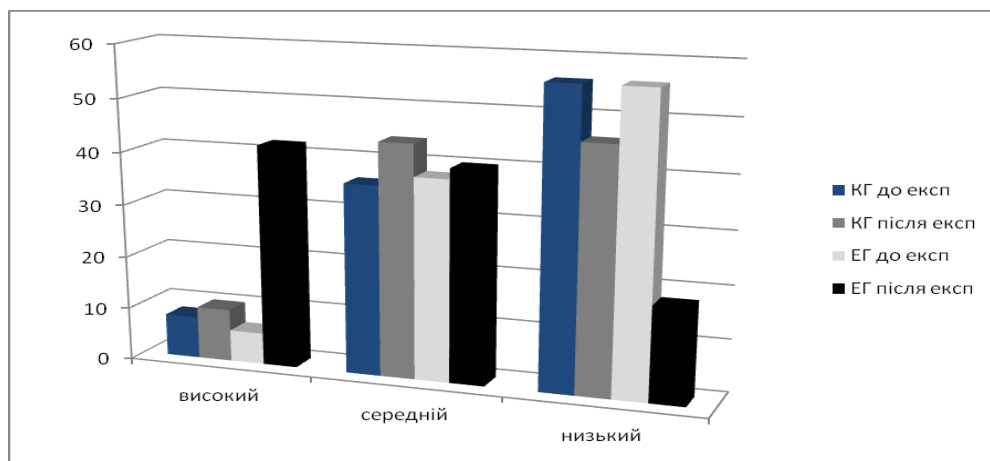


Рис. 3.4. Динаміка цифрових показників сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів за практично-діяльним критерієм

Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів на контрольному етапі експерименту (дані таблиць 3.2, 3.3, 3.5, 3.6) об'єднаємо в одній таблиці 3.7.

Таблиця 3.7.

Результати діагностики сформованості професійно-комунікативної культури у майбутніх сімейних лікарів за чотирма критеріями на контрольному етапі дослідження

Групи	Критерії	Рівні					
		Високий		Середній		Низький	
		n_i	%	n_i	%	n_i	%
КГ	Мотиваційний	38	13	127	44	125	43
	Особистісно-ціннісний	51	18	131	45	108	37
	Когнітивний	85	29	109	38	96	33
	Практично-діяльнісний	29	10	129	44	132	46
	Загальний показник	51	18	124	43	115	39
ЕГ	Мотиваційний	126	43	139	47	29	10
	Особистісно-ціннісний	160	54	97	33	37	9
	Когнітивний	146	50	105	36	43	14
	Практично-діяльнісний	123	42	119	40	52	18
	Загальний показник	139	47	115	39	40	14

Таким чином, бачимо, що високим рівнем сформованості професійно-комунікативної культури володіють 47% студентів ЕГ і 18% студентів КГ; середнім – 39% і 43% відповідно. Низький рівень цього виду культури мають 14% майбутніх лікарів ЕГ і 39% КГ. Наочно продемонструємо одержані результати за допомогою гістограми частот.

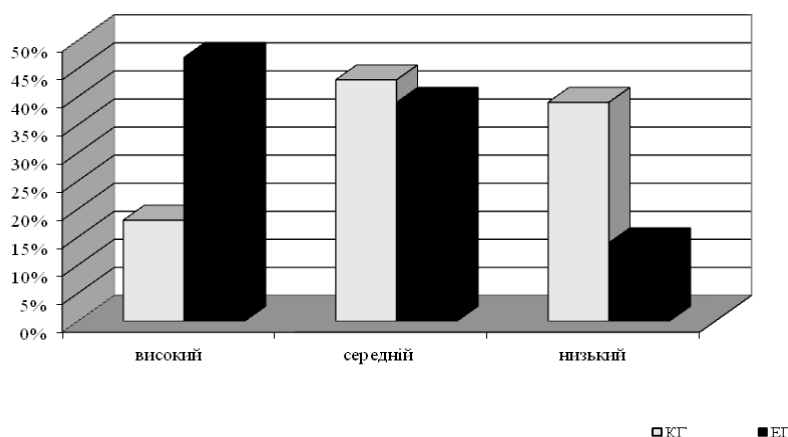


Рис. 3.5. Рівні сформованості професійно-комунікативної культури у майбутніх сімейних лікарів на контрольному етапі дослідження

Для порівняння рівнів сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів КГ та ЕГ до та після експерименту зведемо усі результати дослідження у таблицю 3.8, і, таким чином, продемонструємо динаміку змін, які відбулися в цих групах під час формувального експерименту (Табл. 3.8).

Таблиця 3.8.

Динаміка рівнів сформованості професійно-комунікативної культури у майбутніх сімейних лікарів за час експерименту

Рівні	Експериментальна група					Контрольна група				
	До експ.		Після експ.		Динаміка	До експ.		Після експ.		Динаміка
	n_i	%	n_i	%		n_i	%	n_i	%	
Високий	37	12	139	47	+35	39	13	51	18	+5
Середній	112	38	115	39	+1	135	47	124	43	-4
Низький	145	50	40	18	-32	116	40	115	39	-1

Порівняння результатів констатувального та контрольного етапів дослідження вказує на те, що в результаті формувального експерименту у

студентів ЕГ значно підвищився рівень професійно-комунікативної культури, а саме: на 35% збільшилась кількість студентів із високим рівнем; на 1% – із середнім. При цьому на 32% зменшилась кількість студентів із низьким рівнем професійно-комунікативної культури.

Зміни, що відбулися є очевидними, але переконаємося у достовірності одержаних результатів за допомогою методів математичної статистики.

Використовуючи критерій χ^2 , емпіричне значення якого обчислюється за

формулою $\chi^2_{\text{емп}} = n' \cdot n'' \sum_{i=1}^L \frac{\left(\frac{n'_{i_i}}{n'} - \frac{n''_{i_i}}{n''} \right)^2}{\frac{n'_{i_i}}{n'} + \frac{n''_{i_i}}{n''}}$, перевіримо однорідність КГ і ЕГ до та після експерименту (попарно).

Висуваємо нульову гіпотезу H_0 – рівні сформованості професійно-комунікативної культури у студентів КГ і ЕГ після експерименту співпадають, тобто відмінності, що спостерігаються у таблиці 3.8, є випадковими.

Користуючись одержаними даними, обчислимо спостережуване (емпіричне) значення критерію

$$\chi^2_{\text{емп}} = 85260 \left[\frac{\left(\frac{139}{294} - \frac{51}{290} \right)^2}{190} + \frac{\left(\frac{115}{294} - \frac{124}{290} \right)^2}{239} + \frac{\left(\frac{40}{294} - \frac{115}{290} \right)^2}{155} \right] = 75,4.$$

Критичне значення критерію для $L=3-1$ ступенів свободи та рівня значущості $\alpha = 0,05$ знаходимо за таблицями [2, с. 404]

$$\chi^2_{\text{кр}} = (2; 0,05) = 5,99.$$

Так як $\chi^2_{\text{емп}} = 75,4 > 5,99 = \chi^2_{\text{кр}}$, то нульову гіпотезу необхідно відхилити, тобто результати ЕГ і КГ після експерименту не є випадковими, а є результатом впровадження в освітній процес медичного університету педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Аналогічно обчислимо решту результатів парних порівнянь груп (ЕГ і КГ до початку та після експерименту). Результати обчислень наведено в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9.

Емпіричні значення критерію χ^2 в КГ і ЕГ до та після експерименту

	КГ до експ.	ЕГ до експ.	КГ після експ.	ЕГ після експ.
КГ до експ.	0	5,4	2,07	94,5
ЕГ до експ.	5,4	0	4,5	118,7
КГ після експ.	2,07	4,5	0	75,4
ЕГ після експ.	94,5	118,7	75,4	0

Комірки таблиці 3.9 містять емпіричні значення критерію χ^2 для КГ і ЕГ, які відповідають відповідному стовпцю і рядку. Наприклад, емпіричне значення критерію χ^2 , одержане при порівнянні рівнів сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів КГ до початку експерименту (другий рядок таблиці) і ЕГ до початку експерименту (третій стовпець таблиці), рівне 5,4. Ми визначили із таблиці критичне значення критерію, і воно рівне 5,99. Так як $\chi_{кр}^2 = 5,99 > 5,4 = \chi_{емп}^2$, то можна з імовірністю 95% стверджувати, що до початку експерименту групи є однорідними. Аналогічні висновки можна зробити, порівнюючи інші пари груп.

Перевіримо одержані результати і зроблені висновки за допомогою критерію Фішера, емпіричне значення якого обчислюється за формулою:

$$\varphi_{емп} = \left| 2 \arcsin(\sqrt{p}) - 2 \arcsin(\sqrt{q}) \right| \cdot \sqrt{\frac{n' \cdot n''}{n' + n''}}.$$

Для цього результати дослідження, що подано в таблиці 3.8 у виді порядкової шкали, переведемо у дихотомічну шкалу – шкалу із двома позиціями: позитивний (високий і середній) рівень сформованості професійно-комунікативної культури та негативний рівень. Таким чином, отримаємо таблицю 3.10.

Таблиця 3.10

Результати дихотомічних вимірювань рівня знань у КГ і ЕГ до та після експерименту

	КГ до експ.	ЕГ до експ.	КГ після експ.	ЕГ після експ.
Частка студентів із позитивним рівнем	q=0,6	p=0,5	q=0,61	p=0,82
Частка студентів із негативним рівнем	q=0,4	p=0,5	q=0,39	p=0,18

Знайдемо емпіричне значення критерію Фішера для ЕГ і КГ після експерименту:

$$\varphi_{\text{емп}} = \left| 2 \arcsin(\sqrt{0,82}) - 2 \arcsin(\sqrt{0,61}) \right| \cdot \sqrt{\frac{290 \cdot 294}{290 + 294}} = |2,24 - 1,76| \cdot 12,1 = 5,8.$$

Порівняємо це значення із критичним значенням $\varphi_{\text{кр.}} = 1,64$ для рівня значущості 0,05: $\varphi_{\text{кр.}} = 1,64 < \varphi_{\text{емп}} = 5,8$. Це означає, що достовірність відмінностей порівнюваних КГ і ЕГ після експерименту складає 95%.

Аналогічно обчислимо всі інші результати парних порівнянь груп (КГ і ЕГ до експерименту; КГ до та після експерименту; ЕГ до та після експерименту і т.д.). Результати обчислень наведені в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Емпіричні значення критерію Фішера в КГ і ЕГ до та після експерименту

	КГ до експ.	ЕГ до експ.	КГ після експ.	ЕГ після експ.
КГ до експ.	0	1,21	0,24	5,8
ЕГ до експ.	1,21	0	0,9	8,1
КГ після експ.	0,24	0,9	0	5,8
ЕГ після експ.	5,8	8,1	5,8	0

Комірки таблиці 3.11 містять емпіричні значення критерію Фішера для порівнюваних груп, які відповідають певному стовпчику і рядку. Наприклад, емпіричне значення критерію Фішера при порівнянні КГ і ЕГ до експерименту, рівне 1,21. Відповідно, КГ та КГ до початку експерименту є однорідними. Аналогічні висновки робимо, порівнюючи інші групи до та після експерименту.

Наявність позитивної динаміки у зміні рівнів професійно-комунікативної культури у студентів експериментальних груп свідчить про ефективність апробованої під час експерименту моделі та педагогічних умов формування даного феномену.

Отже, мета дослідження досягнута, гіпотеза – підтверджена, завдання – розв'язані.

Висновки до третього розділу

У розділі висвітлено принципи, етапи та методику дослідно-експериментальної роботи за темою дослідження; експериментально перевірено ефективність моделі та педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів здійснювалося у три етапи: підготовчо-мотиваційний, професійно-особистісний, теоретико-практичний. Підготовчо-мотиваційний етап спрямовувався на формування у студентів мотивації до оволодіння професійно-комунікативною культурою. На професійно-особистісному етапі вирішувалися такі завдання: формування у студентів гуманістичних та професійних ціннісних орієнтацій, що створять моральне підґрунтя для комунікативної поведінки; розвиток основних комунікативних якостей. Завдання теоретико-практичного етапу полягали в засвоєнні студентами знань, необхідних для успішної професійної комунікації, та формуванні комунікативних умінь.

Проведений педагогічний експеримент підтвердив ефективність розробленої моделі та педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Порівняння даних, одержаних на констатувальному та контрольному етапі експерименту, виявило, що в експериментальній групі на 35% збільшилась кількість студентів із високим рівнем професійно-комунікативної культури, на 1% збільшилася кількість студентів із середнім рівнем і на 32% зменшилась кількість студентів з низьким рівнем професійно-комунікативної культури. У контрольній групі кількість студентів з високим рівнем професійно-комунікативної культури збільшилася на 5%, а кількість студентів з середнім та низьким рівнем зменшилася на 4% і 1% відповідно. Методами математичної статистики встановлено статистичну достовірність відмінностей між рівнями сформованості професійно-комунікативної культури студентів ЕГ і КГ.

Основний зміст третього розділу дисертації висвітлено в наукових публікаціях автора [3; 4; 5].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ У РОЗДІЛІ 3

1. Захарченко Н. В. Експеримент як один із методів педагогічного дослідження. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2014. Вип. 39. С. 230-234.
2. Миронюк М. В., Захарченко Н. В. Вища математика. Практикум : навчально-методичний посібник для студентів природничих спеціальностей вищих навчальних закладів. Вінниця : ФОП Рогальська І.О., 2011. 416 с.
3. Остраус Ю. М. Критерії, показники та рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія*. 2016. Вип. №47. С. 96-102.
4. Остраус Ю. М. Реалізація аксіологічного підходу до формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Педагогічні науки*. 2017. Вип. LXXV. Т. 2. С. 164-170.
5. Остраус Ю. М. Формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми*. 2018. Вип. 51. С. 334-338.
6. Панасенко Е. Принципи організації та проведення педагогічного експерименту (1945 – 1991 рр.). *Витоки педагогічної майстерності. Сер. Педагогічні науки*. 2012. Вип. 9. С. 181-187.

ВИСНОВКИ

1. Необхідність удосконалення первинної медичної допомоги та соціальне замовлення сучасного українського суспільства на висококваліфікованого сімейного лікаря, здатного успішно здійснювати професійну комунікацію, ставлять перед вищою медичною освітою завдання вдосконалювати професійно-комунікативну культуру майбутніх сімейних лікарів.

Теоретичний аналіз наукових джерел з питань спілкування та комунікації дозволив уточнити сутність поняття «професійна комунікація сімейного лікаря» як зумовленого професійно-виробничою ситуацією процесу встановлення та підтримання контактів, що реалізується за допомогою вербальних і невербальних засобів комунікації і має на меті обмін професійно-орієнтованою інформацією, управління та регулювання процесу комунікативної взаємодії в професійній діяльності сімейного лікаря. В процесі наукових пошуків з'ясовано, що особливостями професійної комунікації сімейного лікаря є такі: інтенсивність, установлення контактів з різноманітними категоріями людей, необхідність проявляти співчуття, важливе значення морально-етичних та психологічних аспектів, суттєвий вплив негативних факторів, значна кількість нетипових комунікативних завдань, вагома роль невербальних комунікативних сигналів.

2. На основі аналізу психологічної та педагогічної літератури й особливостей професійної комунікації сімейних лікарів у дослідженні трактуємо поняття «професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів» як складне динамічне особистісне утворення, що охоплює систему цінностей, спеціальних комунікативних знань та вмінь, особистісних якостей, взірців поведінки, норм і правил здійснення професійної комунікативної діяльності, котрі пов'язані зі специфікою професії і забезпечують високу ефективність професійної взаємодії сімейних лікарів.

Як показало дослідження, структура професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів представлена мотиваційним, особистісно-ціннісним, когнітивним та практично-діяльнісним компонентами.

Відповідно до структурних елементів професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів визначено критерії її сформованості: мотиваційний (відображає сформованість мотивації студентів до оволодіння професійно-комунікативною культурою); особистісно-ціннісний (характеризує сформованість комунікативно значущих якостей і ціннісних орієнтацій, що забезпечують моральне підґрунтя для комунікативної поведінки); когнітивний (представлений системою знань, необхідних для забезпечення теоретичної готовності майбутнього фахівця до комунікативної діяльності); практично-діяльнісний (знаходить вияв у сформованості основних комунікативних умінь).

Визначено показники та рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів (високий, середній, низький).

3. Теоретично обґрунтовано структурно-функціональну модель формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів, що складається з чотирьох блоків (цільовий, теоретико-методологічний, змістовий, організаційно-діяльнісний, результативний) і комплексно відображає мету, завдання, методологічні основи, педагогічні умови та методи формування професійно-комунікативної культури студентів у процесі фахової підготовки.

На основі аналізу психологічної, педагогічної, методичної літератури та досвіду підготовки майбутніх медиків виокремлено низку педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів: засвоєння студентами професійних цінностей під час реалізації аксіологічного підходу; забезпечення когнітивної складової професійно-комунікативної культури засобами інформаційно-освітнього блогу; формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання.

Розроблено методику реалізації педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів.

Методика реалізації першої педагогічної умови охоплювала такі етапи: ознайомлення особистості з цінністю професійної діяльності; сприйняття та усвідомлення професійної цінності; засвоєння цінності та прояв її у поведінці

майбутнього фахівця. Практичне втілення кожного етапу здійснювалося шляхом включення до навчального матеріалу дисципліни «Іноземна мова» ціннісно-орієнтованих текстів, презентації, аналізу та обговорення ситуацій професійної комунікативної діяльності, організації дискусій, виконання індивідуальних творчих завдань.

З метою реалізації другої педагогічної умови розроблено та впроваджено у процес викладання дисциплін «Іноземна мова» та «Іноземна мова з професійним спрямуванням» англomовний інформаційно-освітній блог викладача, присвячений проблемі професійно-комунікативної культури майбутніх лікарів.

Реалізацію третьої педагогічної умови забезпечила методика формування комунікативних умінь, що складається з чотирьох взаємопов'язаних блоків: мотиваційного, когнітивного, професійно-діяльнісного, оцінного. В її основу було покладено методи діалогових технологій навчання: евристична бесіда, діалог, спільний проект, мозковий штурм, рольова гра, дискусія, проблемні завдання.

4. Перевірка ефективності моделі та педагогічних умов формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів здійснювалася за допомогою проведення педагогічного експерименту. Аналіз результатів експерименту виявив позитивну динаміку розвитку професійно-комунікативної культури у студентів експериментальної групи. Зокрема, кількість студентів з низьким рівнем сформованості професійно-комунікативної культури в експериментальній групі зменшилася на 32%, у той час як кількість студентів з високим рівнем професійно-комунікативної культури збільшилася на 35% (порівняно з відповідними показниками в контрольній групі 1% та 5%).

Дослідження, звісно, не вичерпує всіх аспектів проблеми формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. До перспективних напрямів подальших наукових пошуків відносимо вдосконалення практичної підготовки майбутніх лікарів до професійної комунікації; вивчення та узагальнення зарубіжного досвіду щодо формування професійно-комунікативної культури студентів-медиків; створення навчально-методичного забезпечення

формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів засобами інформаційно-комунікаційних технологій.

ДОДАТКИ

Додаток А

Підходи до визначення компонентів комунікативної культури

Автор	Компоненти комунікативної культури	Зміст компонентів комунікативної культури
Г. М'ясоїд	мотиваційно-ціннісний	знання про сутність, етичні норми та принципи спілкування, мотиви, особистісні і професійні якості
	поведінковий	комунікативні, інтерактивні та перцептивні вміння, використання їх у практичній діяльності
О. Уваркіна	ціннісний	наявність цілей, мотивів, знань, умінь та засобів ефективного спілкування; розуміння та свідома участь у процесі комунікації, задоволення його результатами
	діяльнісний	участь у комунікації, реалізація цінностей, норм і правил у процесі комунікації
С. Герасименко	професійний	розуміння і тлумачення професійних термінів та понять, розуміння вербальних, невербальних та формальних засобів комунікації, застосування спеціально підготовленого матеріалу (кардіограма, результати аналізів), коректне вживання іншомовних термінів
	особистісний	установка на комунікацію, узгодження власних інтересів з інтересами інших, розуміння самого себе як комунікатора, концептуальна позиція щодо процесу комунікації, застосування іноземної мови
	соціальний	усвідомлення своєї ролі в комунікації, прийняття рішень у групі, презентація спільних результатів праці, володіння комунікативними стратегіями, здійснення іншомовної комунікації
Н. Мітрова	когнітивно-мотиваційний	розуміння сутності та особливостей спілкування, знання психологічних прийомів привертання та утримання уваги, вміння розуміти партнера, вміння створити атмосферу довіри, вміння регулювати свій емоційний стан, володіння безконфліктною формою спілкування, доброзичливе ставлення до партнера, здатність до емпатії та рефлексії у процесі комунікації, здатність до регулювання своєї поведінки
	діяльнісний	знання основ організації спілкування, форм і методів самовдосконалення, вміння впливати на партнера, вміння використовувати різні форми і засоби спілкування, вміння встановлювати та підтримувати комунікативні відносини, володіння засобами невербального спілкування, комунікативні та організаторські здібності, гнучкість у спілкуванні, використання відповідного стилю спілкування
	риторичний	аналіз комунікативних ситуацій, прагнення до розвитку комунікативних якостей мовлення та тактичного вирішення суперечностей, знання стандартів комунікативної поведінки, знання норм літературної мови та стилів спілкування, володіння монологічним та діалогічним мовленням, володіння вербальними й невербальними комунікативними засобами, вміння аргументувати свою точку зору

З. Побєжимова	когнітивно-рефлексивний	комунікативні знання та вміння, саморефлексія
	мотиваційно-ціннісний	комунікативні потреби, мотиви, установки
	організаційно-діяльнісний	уміння саморегуляції, планування комунікативної діяльності, організації комунікативної взаємодії
Л. Станкевич	мотиваційний	система цінностей, мотивів, потреб
	когнітивний	знання, вміння, володіння засобами комунікації, потреба активної комунікативної діяльності
	конативний	аналіз цілей, процесу та результатів своєї діяльності, усвідомлення власних внутрішніх змін у процесі комунікативної діяльності
В. Тернопільська	когнітивний	знання про культурні норми, правила і способи поведінки, прийняті у суспільстві, про структуру й стилі спілкування, особливості міжособистісної взаємодії
	емоційно-ціннісний	цінності, переконання та установки особистості
	практичний	уміння і навички, які надають можливість успішно встановлювати контакти з людьми та приймати адекватні рішення у різноманітних комунікативних ситуаціях
Ю. Юсеф	індивідуально-особистісний	індивідуальні особливості особи (темперамент, характер, здібності, інтелектуально-пізнавальна сфера) та її життєві надбання (моральні якості, цінності, установки, ідеали, етичні норми)
	мотиваційно-вольовий	потреби та мотивація (потреби у пізнанні, самопізнанні, у спілкуванні, у самоствердженні, самовдосконаленні і самовираженні; мотивація досягнення успіху, спрямованість на комунікативну взаємодію), емоційно-вольові якості (самоконтроль, емоційна стійкість, культура прояву емоцій, вміння вирішувати конфлікти)
	соціально-комунікативний	рефлексивність, емпатія, прийняття себе та інших, усвідомлення власної соціальної ролі, манери поведінки, вміння бути потрібним, взаєморозуміння, комунікативні знання, вміння і навички, культура мови і мислення, мовна компетентність, вміння встановлювати контакт
Е. Ященко	когнітивний	знання
	поведінковий	реальна комунікативна поведінка
	емоційний	цінності, ставлення та уявлення
Н. Бітюцкая	особистісно-ціннісний	ціннісні орієнтації та особистісні якості
	когнітивний	мовна компетентність
	технологічний	оволодіння технологією комунікації
	емоційно-креативний	організація творчого комунікативного процесу
О. Гаврилюк	мотиваційний	інтереси, потреби, установка на комунікативну діяльність
	пізнавально-операційний	знання, що розкривають теоретичні засади комунікативної культури; комунікативні вміння, навички

	емоційно-вольовий	нестандартність мислення у складних комунікативних ситуаціях, рефлексивність і креативність дій, самостійність дій під час виконання комунікативних завдань, емоційна сприйнятливність
	оцінний	оцінка, самооцінка комунікативної діяльності
К. Галацин	когнітивний	знання про сутність та закономірності комунікативної культури, про основні принципи спілкування, функції комунікативної взаємодії
	мотиваційно-ціннісний	інтереси, потреби, установка на комунікацію, мотивація професійної діяльності, орієнтація на партнерство
	діяльнісно-практичний	комунікативні вміння та навички, рефлексивність і креативність дій, самостійність при виконанні комунікативних завдань, соціальний інтелект
	рефлексивно-саморегулятивний	оцінка та самооцінка особливостей комунікативної діяльності, почуття власної гідності, повага до опонента, толерантність, емпатія, мовленнєва грамотність
М. Дядіщева	потребово-мотиваційний	встановлення особистісно-орієнтованих взаємовідносин, реалізація духовної та гуманістичної спрямованості особистості, прагнення до самовдосконалення, до розуміння іншого, до самостійного вибору своєї поведінки у процесі спілкування
	особистісний	комунікативно значущі якості особистості
	рефлексивний	усвідомлення своєї суб'єктивності, ставлення до інших на основі духовно-моральних цінностей, переосмислення комунікативного досвіду, здійснення комунікації відповідно до норм спілкування
	практично-діяльнісний	знання видів спілкування, системи загальноприйнятих правил, володіння технологією спілкування
О. Корніяка	мотиваційний	комунікативні мотиви, особистісні потреби, пізнавальні інтереси, творча активність, розвиненість моральної духовної сфери особистості, моральність поведінки та комунікативних дій
	пізнавальний	знання етичних норм та закономірностей спілкування, культура і змістовність мовлення, розвинені комунікативні здібності
	вольовий	сформованість необхідних вольових якостей, здатність до емоційної стійкості і контролю власної поведінки у процесі взаємодії
	поведінковий	комунікативні вміння і навички
А. Мудрик	психологічні якості, особливості мислення	комунікабельність, емпатія, рефлексія, саморегуляція, вміння знаходити та ставити проблеми, відкритість і гнучкість мислення, нестандартність мислення
	володіння засобами комунікації	вільне володіння мовою, використання пара лінгвістичних та кінетичних засобів комунікації
	соціальні установки	інтерес до спілкування й співпраці, налаштованість на діалог, терплячість до ідей та недоліків партнера
	комунікативні вміння	уміння встановити контакт, створити ситуацію співпраці, знайти тему для розмови в різних випадках, вибрати доречні засоби взаємодії

Л. Руденко	особистісно-рефлексивний	загальна культура, гуманістична та комунікативна спрямованість, здатність до узгодження своїх дій з іншими, готовність до тактової комунікативної взаємодії й рефлексії в комунікативній діяльності
	гносеологічно-когнітивний	пізнавальні здібності особистості, здатність сприймати та осмислювати інформацію, адекватно оцінювати комунікативну ситуацію
	операційно-технологічний	комплекс комунікативних умінь та навичок, які забезпечують ефективність комунікації
	професійно-адаптивний	виявляється в особливостях входження фахівця в трудовий колектив, є показником успішного виконання ним професійно-комунікативних функцій
С. Тарасенко	ціле-мотиваційний	зовнішня та внутрішня мотивація, ціннісні орієнтації, професійне спрямування мовлення
	змістовий	знання дисциплін гуманітарного циклу, інтегровані вміння та навички, пов'язані з виконанням фахових комунікативних функцій
	операційно-процесуальний	уміння встановлювати міжособистісну взаємодію на засадах діалогу культур, ефективно взаємодіяти у сфері професійного спілкування, попереджувати конфліктні ситуації в процесі професійної комунікації
	контрольно-узагальнюючий	уміння аналізувати результати власної діяльності, відповідно корегувати свою поведінку у спілкуванні
Т. Тихонова	ціннісно-етичний	знання і дотримання моральних норм і норм мовленнєвого етикету, сприйняття цінності комунікації
	мотиваційно-рефлексивний	мотиви спілкування, прагнення до самовдосконалення, здатність до адекватної самооцінки
	когнітивний	риторичні та лінгвістичні знання
	поведінковий	риторичні та лінгвістичні вміння і навички, позитивний досвід мовленнєвої поведінки
Ю. Ушачова	мотиваційний	потреба у комунікативній діяльності, стійкий інтерес і потреба у спілкуванні, потреба у професійному спілкуванні, мотивація виконання майбутньої професійної діяльності
	знансвий	комунікативні знання, які формують теоретичну готовність до комунікативної діяльності
	практично-діяльнісний	комунікативні вміння та навички
	особистісний	комунікативно значущі якості особистості, які забезпечують ефективність комунікативної діяльності
В. Садова	мотиваційний	професійна спрямованість, мотиви комунікативної поведінки, комунікативні установки
	світоглядний	система переконань, знань, цінностей, поглядів, етичних та естетичних норм
	емоційно-вольовий	особистісні якості (тактовність, емпатія, витримка, толерантність, почуття гумору)
	власне комунікативна	комунікативні вміння і навички, культура і змістовність мовлення
	конструктивний	комунікативно-рефлексивні здібності, адекватна самооцінка, здатність прогнозувати розвиток взаємовідносин

Додаток Б

Компоненти, критерії та показники сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів

Структурні компоненти	Критерії	Показники
Мотиваційний – мотиви, що спонукають майбутніх фахівців до оволодіння професійно-комунікативною культурою та набуття усіх необхідних для цього знань, умінь, якостей	Мотиваційний – характеризує розвиток мотивації майбутніх сімейних лікарів до оволодіння професійно-комунікативною культурою	мотивація успіху – прагнення досягнути успіху у навчально-професійній діяльності, віра у власні сили
		мотивація вибору професії – відповідність провідного мотиву вибору медичної професії її об’єктивному змісту професії
		прагнення до професійного самовдосконалення – постійне бажання підвищувати свій професійний рівень, удосконалювати себе як майбутнього фахівця
Особистісно-ціннісний – комунікативно значущі якості особистості та система цінностей, що сприяють взаєморозумінню та успішному виконанню комунікативних задач	Особистісно-ціннісний – визначає рівень сформованості комунікативно значущих якостей особистості та системи ціннісних орієнтацій, які є аксіологічною основою цього виду культури	комунікативні якості – комунікабельність, емпатійність, рефлексивність, урівноваженість, доброзичливість
		гуманістичні ціннісні орієнтації – життя, доброта, любов до ближнього, співчуття, справедливість, совість, повага до людської гідності
		професійні ціннісні орієнтації – милосердя, доброзичливість, вимогливість, колегіальність, професійна репутація, любов до медичної професії, професійне достоїнство
Когнітивний – сукупність знань, необхідних для успішної професійної комунікації	Когнітивний – відображає рівень засвоєння знань, необхідних для успішної професійної комунікації	мовна компетенція – знання державної та іноземної мови на фонетичному, лексичному, граматичному, синтаксичному, стилістичному рівнях
		комунікативні знання – узагальнений досвід людства в комунікативній діяльності
		етичні та етикетні знання – знання професійних етичних норм, знання правил мовного етикету
Практично-діяльнісний – комунікативні вміння, необхідні для успішного здійснення професійної комунікації	Практично-діяльнісний – оцінює рівень оволодіння комунікативними вміннями, що забезпечують ефективне здійснення професійної комунікації	уміння сприймати комунікативні сигнали – вміння слухати, вміння розуміти невербальні комунікативні сигнали
		уміння виробляти комунікативні сигнали – вміння говорити, вміння виробляти невербальні комунікативні сигнали
		уміння вести бесіду – комплексне комунікативне вміння, що охоплює уміння самопрезентації, уміння встановлювати контакт, розуміти особистість пацієнта та його внутрішній стан, враховувати вікові та психологічні особливості пацієнтів, проявляти співчуття, доброзичливість і повагу, вселити хворому віру у власні сили, керувати своєю поведінкою, переборювати психологічні бар’єри

Додаток В

Шкала оцінки потреби у досягненні

(автор Ю. Орлов)

Інструкція: Прочитайте твердження і визначте чи погоджуєтеся ви з ними.

У таблиці позначте відповідь «так» як «+», а відповідь «ні» як «-».

№	Запитання	Відповідь
1	Я думаю, що успіх в житті більше залежить від випадку, ніж від розрахунку.	
2	Якщо я втрачу улюблену справу, життя для мене втратить сенс.	
3	Для мене у будь-якій справі важливішим є її результат, а не виконання.	
4	Я вважаю, що люди більше страждають від невдач на роботі, ніж від поганих взаємовідносин з близькими.	
5	На мою думку, більшість людей живуть далекими цілями, а не близькими.	
6	В житті у мене було більше успіхів, ніж невдач.	
7	Емоційні люди мені подобаються більше, ніж активні.	
8	Навіть у звичайній роботі я намагаюся удосконалювати деякі її елементи.	
9	Коли мене поглинають думки про успіх, я можу забути про заходи безпеки.	
10	Мої близькі вважають мене лінивим.	
11	Я вважаю, що у моїх невдачах винні скоріше обставини, ніж я.	
12	У мене більше терпіння, ніж здібностей.	
13	Мої батьки занадто строго мене контролювали.	
14	Лінощі, а не сумніви в успіху змушують мене часто відмовлятися від своїх намірів.	
15	Я вважаю, що я – впевнена в собі людина.	
16	Заради успіху я можу ризикувати, навіть якщо шанси не високі.	
17	Я наполеглива людина.	
18	Коли все йде гладко, моя енергія посилюється.	
19	Якби я був журналістом, я писав би скоріше всього про оригінальні винаходи людей, ніж про події.	
20	Мої близькі звичайно не поділяють мої плани.	
21	Рівень моїх вимог до життя нижчий, ніж у моїх товаришів.	
22	Мені здається, що наполегливості у мене більше, ніж здібностей.	

Обробка та інтерпретація результатів

1 бал нараховується за:

кожну відповідь «так» на питання № 2, 6, 7, 8, 14, 16, 18, 19, 21, 22;

кожну відповідь «ні» на питання № 1, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 20.

Рівень мотивації успіху визначається за шкалою:

високий рівень – від 16 до 19 балів;

середній рівень – від 12 до 15 балів;

низький рівень – від 2 до 11 балів.

Додаток Г

Діагностика реалізації потреби у саморозвитку

(автор М. Фетіскін)

Інструкція: Відповідаючи на питання анкети, нарахуйте собі наступні бали та запишіть їх у таблицю:

- 5 – якщо твердження повністю відповідає дійсності;
- 4 – твердження більше відповідає дійсності, ніж не відповідає;
- 3 – і відповідає, і не відповідає;
- 2 – твердження скоріше не відповідає дійсності;
- 1 – твердження не відповідає дійсності.

№	Запитання	Відповідь
1	Я прагну вивчити себе.	
2	Я залишаю час для розвитку, не зважаючи на зайнятість іншими справами.	
3	Перешкоди, що можуть виникати, лише стимулюють мою активність.	
4	Для мене важлива думка інших про мене тому, що це допомагає мені дізнатися про себе більше і оцінити себе.	
5	Я аналізую та оцінюю свою діяльність, виділяючи для цього спеціальний час.	
6	Я аналізую свої почуття і досвід.	
7	Я багато читаю.	
8	Я широко дискутую по тих питаннях, які мене цікавлять.	
9	Я вірю у свої можливості.	
10	Я прагну бути більш відкритою людиною.	
11	Я усвідомлюю той вплив, що здійснюють на мене інші люди.	
12	Я управляю своїм професійним розвитком і одержую позитивні результати.	
13	Я одержую задоволення від засвоєння нового.	
14	Зростаюча відповідальність мене не лякає.	
15	Я б позитивно відносився до просування по службі.	

Обробка та інтерпретація результатів

Підраховується загальна сума набраних балів. Рівень реалізації потреби у самовдосконаленні визначається за шкалою: високий рівень – 55 балів і більше; середній рівень – від 36 до 54 балів; низький рівень – від 15 до 35 балів.

Додаток Д

Мотиви вибору професії

(автор Р. Овчарова)

Інструкція: У бланку відповідей наведено твердження, що характеризують будь-яку професію. Прочитайте й оцініть, якою мірою кожне з них вплинуло на Ваш вибір професії, за такою шкалою оцінювання: 5 – дуже сильно вплинуло; 4 – сильно вплинуло; 3 – середньо вплинуло; 2 – слабо вплинуло; 1 – ніяк не вплинуло.

№	Твердження	Ваша оцінка	Тип мотиву
1	Вимагає спілкування з різними людьми		І
2	Подобається батькам		Н
3	Передбачає сильне почуття відповідальності		С
4	Вимагає переїзду до нового місця проживання		П
5	Відповідає моїм здібностям		І
6	Дозволяє обмежитися наявним спілкуванням		Н
7	Професія, корисна людям		С
8	Сприяє розумовому й фізичному розвитку		І
9	Високооплачувана праця		П
10	Дозволяє працювати близько від дому		П
11	Престижна робота		Н
12	Можливість для зростання професійної майстерності		С
13	Єдино можлива за таких обставин		Н
14	Дозволяє реалізувати здібності до керівної роботи		С
15	Приваблива робота		І
16	Близька до будь-якого шкільного предмета		П
17	Дозволяє негайно одержати чудовий результат праці для інших		С
18	Обрана моїми друзями		Н
19	Дозволяє використовувати професійні вміння поза роботою		П
20	Дає більші можливості виявити творчість		І

Обробка та інтерпретація результатів

Підраховується сума балів по кожному типу мотивації. Максимальна сума балів вказує на переважний тип мотивації вибору професії.

Умовні позначки:

- « І » – внутрішні індивідуально значущі мотиви;
- « С » – внутрішні соціально значущі мотиви;
- « П » – зовнішні позитивні мотиви;
- « Н » – зовнішні негативні мотиви.

Додаток Е

Тест на визначення рівня комунікабельності

(автор В. Ряховський)

Інструкція: Пропонуємо Вам 16 запитань, на кожне з яких слід відповісти однозначно: “так”, “ні”, “інколи”. За відповідь “так” зарахуйте собі 2 бали, за відповідь “інколи” – 1 бал, за відповідь “ні” – 0 балів. Запишіть бали за кожну відповідь у графі таблиці «Бали». Підрахуйте і запишіть суму балів

№	Питання	Бали
1	У Вас передбачається звичайна чи ділова зустріч. Чи вибиває Вас із колії її очікування?	
2	Чи викликає у Вас збентеження і невдоволеність доручення виступити з доповіддю, повідомленням на засіданні, зборах тощо?	
3	Чи відкладаєте Ви візит до лікаря доти, поки терпіти буде не під силу?	
4	Вам пропонують виїхати у відрядження до міста, де Ви ніколи не були. Чи докладатимете Ви максимум зусиль, щоб уникнути цього?	
5	Чи подобається Вам ділитися своїми переживаннями з іншими?	
6	Чи дратує Вас те, що незнайома людина на вулиці звернеться до Вас з проханням (показати дорогу тощо)?	
7	Чи вірите Ви, що існує проблема “батьків і дітей” і що людям різних поколінь важко розуміти один одного?	
8	Чи буде Вам незручно нагадати знайомому, що він не повернув Вам гроші, які позичив кілька місяців тому?	
9	У кафе Вам подали не якісну страву – Ви промовчите і лише розгнівано відсунете тарілку?	
10	Наодинці з незнайомою людиною, Ви не вступите з нею у розмову і зникнете, якщо першою заговорить вона. Чи це так?	
11	Вам не подобаються черги, де б вони не були. Ви відмовитесь від свого наміру, щоб не стояти в черзі?	
12	Чи відмовитесь Ви брати участь у будь-якій комісії з розгляду конфліктних ситуацій?	
13	У Вас є власні критерії оцінювання творів літератури, мистецтва, а інших думок Ви не припускаєте. Це так?	
14	Почувши десь висловлювання хибної точки зору із добре знайомого Вам питання, Ви промовчите?	
15	Чи викликає у Вас прикрість чиєсь прохання допомогти розібратися у службовому питанні, навчальній темі?	
16	Вам зручніше викладати свою точку зору (думку, оцінку) в письмовому вигляді, ніж усно?	
Сума балів		

Інтерпретація результатів

30-32 бали – Ви явно некоммунікабельні. На Вас важко покластися у справі, яка вимагає групових зусиль.

25-29 балів – Ви замкнуті, неговіркі, віддаєте перевагу самотності, тому маєте мало друзів. Нова робота і необхідність нових контактів якщо й не викликає у Вас паніки, то надовго виводить із рівноваги.

19-24 бали – Ви певною мірою коммунікабельні, в незнайомій обстановці відчуваєте себе цілком упевнено. Нові проблеми Вас не лякають. І все ж з новими людьми сходитеся з пересторогою, в суперечках і диспутах берете участь неохоче.

14-18 балів – у Вас нормальна коммунікабельність, Ви допитливі, охоче слухаєте цікавого співрозмовника, досить терплячі в спілкуванні з іншими. Відстоюєте свою точку зору без запальності. Без неприємних переживань йдете на зустріч із новими людьми.

9-13 балів – Ви вельми коммунікабельні, цікаві, любите висловлюватися з різних питань, але, часом, Вас дратує присутність оточуючих. Охоче знайомитеся з новими людьми, любите бути в центрі уваги, нікому не відмовляєте у проханнях, хоча й не завжди можете їх виконати. Іноді запалюєтесь, але швидко відходите.

4-8 балів – Ви занадто коммунікабельні, Ви завжди в курсі справ, любите брати участь у всіх дискусіях, охоче висловлюєтесь із будь-якого питання, навіть якщо маєте про нього поверхове уявлення, всюди почуваетесь комфортно. Беретеся за будь-яку справу, хоча далеко не завжди можете довести її до кінця.

3 бали – Ваша коммунікабельність має хворобливий характер. Ви балакучі, багатослівні, втручаєтесь у справи, які Вас не стосуються, беретеся судити про проблеми, в яких абсолютно не компетентні. Свідомо чи несвідомо Ви часто буваєте причиною різного роду конфліктів у Вашому оточенні. Запальні, образливі, нерідко буваєте необ'єктивні, серйозна робота не для Вас. Людям важко з Вами, Вам треба працювати над собою і своїм характером – виховуйте в собі стриманість, шанобливо ставитеся до людей.

Додаток Ж
«Шкала доброзичливості»
(автор Д. Кемпбелл)

Інструкція: Прочитайте пари суджень, що подані нижче. Виберіть одне з двох, яке ви вважаєте правильним і воно відповідає вашим уявленням про себе та інших. Підкресліть літеру, що позначає обране Вами судження.

1	А. Людина зазвичай може бути впевненою в інших людях.	Б. Довіряти іншому небезпечно, оскільки він може використати це у своїх цілях.
2	А. Люди скоріше допомагатимуть один одному, ніж ображатимуть.	Б. У наш час навряд чи знайдеться людина, якій можна повністю довіряти.
3	А. Ситуація, коли людина працює для інших, є небезпечною.	Б. Друзі та колеги виступають найкращим гарантом безпеки.
4	А. Віра в інших є основою виживання у наш час.	Б. Довіряти іншим – означає пошук неприємностей.
5	А. Якщо знайомий просить позичити грошей, краще знайти спосіб йому відмовити.	Б. Здатність допомогти іншому є однією з найкращих сторін нашого життя.
6	А. «Домовленість дорожча грошей» – найкраще правило у наш час.	Б. У наш час потрібно намагатися погрожувати іншим, незалежно від власних принципів.
7	А. Неможливо стрибнути вище голови.	Б. Там, де є сила волі, є і результат.
8	А. Дружбі не місце у ділових відносинах.	Б. Основна функція ділових відносин полягає у можливості допомогти іншому.

Обробка та інтерпретація результатів

1 бал нараховується за:

відповідь А на питання № 1, 2, 4, 6;

відповідь Б на питання № 3, 5, 7, 8.

Додаток 3

Діагностика соціальної емпатії

(автор М. Фетіскін)

Інструкція: Вкажіть свою стат'я (підкреслити) Ч Ж

Прочитайте подані нижче твердження. Якщо твердження співпадає з вашою точкою зору та з особливостями вашої поведінки, поставте у графі таблиці «Відповідь» знак «+». Якщо ви не погоджуєтесь з твердженням і воно не співпадає з вашою поведінкою, поставте у відповідній графі таблиці знак «-».

№	Твердження	Відповідь
1	Я засмучуюся, коли бачу, що незнайома людина почуває себе самотньо серед людей.	
2	Люди перебільшують здатність тварин розуміти та співпереживати.	
3	Мені неприємно, коли люди не вміють стримуватися і відкрито виявляють почуття.	
4	Мене дратує в нещасних людях те, що вони самі себе жаліють.	
5	Коли поряд зі мною хтось нервує, я теж починаю нервувати.	
6	Я вважаю, що не слід плакати від щастя.	
7	Я сприймаю близько до серця проблеми моїх друзів.	
8	Іноді пісні про кохання викликають у мене сильні переживання.	
9	Я дуже хвилююся, коли потрібно повідомити людям неприємні для них новини.	
10	На мій настрій дуже впливають оточуючі люди.	
11	Я вважаю іноземців холодними та не чуйними.	
12	Мені б хотілося здобути професію, пов'язану зі спілкуванням з людьми.	
13	Я не засмучуюся, коли мої друзі діють необдуманно.	
14	Мені дуже подобається спостерігати, як люди отримують подарунки.	
15	Я вважаю самотніх літніх людей недобррозичливими.	
16	Коли я бачу, що людина плаче, як теж засмучуюся.	
17	Слухаючи деякі пісні, я іноді відчуваю себе щасливою людиною.	
18	Читаючи книгу, я переживаю так, ніби те, про що читаю, відбувається насправді.	
19	Коли я бачу, що з кимось погано поведуться, я серджуся чи переживаю.	

20	Я можу не хвилюватися, навіть якщо усі навколо хвилюються.	
21	Якщо друг починає обговорювати зі мною проблеми, я стараюся змінити тему розмови.	
22	Мені неприємно, коли люди зітхають і плачуть, коли дивляться кінофільми.	
23	Чужий сміх мене не заражає.	
24	Коли я приймаю рішення, почуття людей на нього зазвичай не впливають.	
25	Я втрачаю душевну рівновагу, коли оточуючі чимось пригнічені.	
26	Я переживаю, коли бачу людину, що легко засмучується через дрібниці.	
27	Я дуже засмучуюся, коли бачу страждання тварин.	
28	Не слід переживати через те, що відбувається у кіно чи у книзі.	
29	Я дуже засмучуюся, коли бачу безпорадних літніх людей.	
30	Сльози інших викликають у мене роздратування, а не співчуття.	
31	Я дуже переживаю, коли дивлюся фільми.	
32	Я можу бути байдужим до хвилювань навколо мене.	
33	Маленькі діти плачуть без причин.	

Обробка та інтерпретація результатів

1 бал нараховується за:

відповідь «Так» на питання № 1, 5, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 27, 29, 31;

відповідь «Ні» на питання № 2, 3, 4, 6, 11, 13, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 32, 33.

Рівень емпатійності визначається за шкалою:

Рівень	Чоловіки	Жінки
високий	25-33	29-33
середній	17-24	28-22
низький	16 і менше	21 і менше

Додаток К
Діагностика рефлексивності
(автор А. Карпов)

Інструкція: Прочитайте подані нижче твердження. Оцініть їх вірність за шкалою: 1 – абсолютно невірно; 2 – невірно; 3 – скоріше невірно; 4 – не знаю; 5 – скоріше вірно; 6 – вірно; 7 – абсолютно вірно. Запишіть бали у відповідній графі таблиці.

№	Твердження	Бали
1	Прочитавши хорошу книгу, я завжди довго думаю про неї, хочу її обговорити з іншими.	
2	Коли мене раптово щось питають, я можу відповісти перше, що прийшло в голову.	
3	Перед тим, як телефонувати у справі, я планую майбутню розмову.	
4	Зробивши промах, я довго не можу відволіктися від думок про нього.	
5	Обдумуючи щось чи розмовляючи з іншою людиною, мені буває цікаво згадати, що було початком ходу думок.	
6	Починаючи виконувати складне завдання, я стараюся не думати про майбутні труднощі.	
7	Головне для мене – уявити кінцеву ціль своєї діяльності, а деталі мають другорядне значення.	
8	Іноді я не можу зрозуміти, чому хтось мною незадоволений.	
9	Я часто ставлю себе на місце іншої людини.	
10	Для мене важливо в деталях уявити хід майбутньої роботи.	
11	Мені було б важко написати серйозного листа, не склавши перед цим плану.	
12	Я надаю перевагу діям, а не роздумам над причинами своїх невдач.	
13	Я досить легко приймаю рішення щодо дорогої покупки.	
14	Зазвичай, задумавши щось, я обдумую свої плани, уточнюючи деталі, розглядаючи усі варіанти.	
15	Я турбуюся про своє майбутнє.	
16	У більшості ситуацій потрібно діяти швидко, керуючись першою думкою, що з'явилася.	
17	Іноді я приймаю необдумані рішення.	
18	Закінчивши розмову з кимось, я іноді продовжую її в думках, наводячи нові аргументи у захист своєї точки зору.	
19	Якщо відбувається конфлікт, то, обмірковуючи те, хто у ньому винний, я починаю з себе.	
20	Перш, ніж прийняти рішення, я намагаюся усе ретельно обдумати і зважити.	

21	У мене бувають конфлікти від того, що я не можу передбачити, якої поведінки від мене очікують оточуючі.	
22	Буває, що я, обдумуючи розмову з іншим, у думках веду з ним діалог.	
23	Я намагаюся не думати про те, які думки і почуття викликають у людей мої слова і вчинки.	
24	Перш, ніж зробити зауваження іншому, я обов'язково думаю, якими словами це зробити, щоб його не образити.	
25	Вирішуючи складне завдання, я обдумую його навіть тоді, коли займаюся іншими справами.	
26	Якщо я з кимось сварюся, то у більшості випадків вважаю себе не винним.	
27	Рідко буває, що я шкодую про сказане.	

Обробка та інтерпретація результатів

Серед цих 27 тверджень 15 є прямими (питання під номерами 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 24, 25). Решта 12 питань є зворотними, що потрібно враховувати при обробці результатів. Для одержання кінцевого балу додаються цифри відповідей на прямі питання, що вказані піддослідними. Цифри відповідей на зворотні питання повинні замінюватися на протилежні значення (1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2, 7=1).

Одержані бали перетворюються у стени за шкалою:

Стени	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Бали від	80	100	101	108	114	123	131	140	148	157	172
до	нижче	100	107	113	122	130	139	147	156	171	вище

Високому рівню рефлексивності відповідає 7 і більше стенів;

середньому рівню рефлексивності відповідає 4-6 стенів;

низькому рівню рефлексивності відповідає 3 і менше стенів.

Додаток Л

Експрес-діагностика стійкості до конфліктів

(автор Н. Фетіскін)

Інструкція: Прочитайте кожне із десяти полярних суджень, що вказані в бланкові та оцініть наскільки вони притаманні Вашій поведінці за 5-ти бальною шкалою. 5 означає, що перше судження повністю відповідає вашій поведінці, 3 – однакову притаманність обох якостей, 1 означає, що друге судження повністю відповідає вашій поведінці. Підкресліть обраний бал.

1	Ухиляюся від суперечки	5 4 3 2 1	Пориваюся до суперечки
2	Ставлюся до конкурента без упередження	5 4 3 2 1	Недовірливий (підозрілий)
3	Маю адекватну самооцінку	5 4 3 2 1	Маю завищену самооцінку
4	Прислухаюся до думки інших	5 4 3 2 1	Не визнаю інших поглядів
5	Не піддаюся провокації, не заводжусь	5 4 3 2 1	Легко заводжусь
6	Поступаюся в суперечці, йду на компроміс	5 4 3 2 1	Не поступаюся в суперечці: перемога чи поразка
7	Якщо зриваюся, то потім почуваюся винним	5 4 3 2 1	Якщо зриваюся, то вважаю, що без цього не можна
8	Дотримуюсь коректного тону в суперечці, тактовності	5 4 3 2 1	Дозволю собі безапеляційний тон, нетактовність
9	Вважаю, що в суперечці не потрібно демонструвати свої емоції	5 4 3 2 1	Вважаю, що в суперечці необхідно показати сильний характер
10	Вважаю, що суперечка – крайня форма вирішення конфлікту	5 4 3 2 1	Вважаю, що суперечка необхідна для вирішення конфлікту

Обробка та інтерпретація результатів

Підраховується сума балів і рівень стійкості до конфліктів визначається за шкалою:

40 – 50 балів – високий рівень;

30 – 39 балів – середній рівень;

29 балів і менше – низький рівень.

Додаток М

Анкета «Гуманістичні ціннісні орієнтації»

Інструкція: Нижче запропоновано список речей, що важливі для людей. Оцініть для себе значущість кожної із них і розподіліть їх з 1 по 21 місце. Виберіть річ, що найважливіша для вас і поставте її на перше місце. Другу по значущості річ розмістіть на другому місці. Найменш важливу річ поставте на 21 місце. Запишіть місця у графі таблиці «Місце».

	Місце		Місце		Місце
1. захоплююча робота		8. життя		15. дорогі речі, одяг, автомобіль, дім	
2. кар'єра		9. доброта		16. залучення до суспільної діяльності	
3. створення сім'ї		10. любов до ближнього		17. волонтерська робота у некомерційних організаціях	
4. час, проведений в сімейному колі		11. співчуття		18. спортивні вправи	
5. близькі друзі		12. справедливість		19. здорове харчування	
6. знайомство з новими людьми		13. совість		20. інтелектуальний розвиток	
7. високооплачувана робота		14. повага до людської гідності		21. професійне самовдосконалення	

Обробка та інтерпретація результатів

За кожен гуманістичну цінність (№№ 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14), що розміщена з 1 по 7 місце нараховується 2 бали; за кожен цінність, що розміщена з 8 по 14 місце нараховується 1 бал; за цінності, що розміщені з 15 по 21 місце нараховується 0 балів.

Рівень сформованості гуманістичних ціннісних орієнтацій визначається за шкалою:

14-12 балів – високий рівень;

11-7 балів – середній рівень;

6-0 балів – низький рівень.

Додаток Н

Анкета «Професійні ціннісні орієнтації»

Інструкція: Нижче запропоновано список речей, що важливі у професійній діяльності лікаря. Оцініть для себе значущість кожної із них і розподіліть їх з 1 по 21 місце. Виберіть річ, що найважливіша для вас і поставте її на перше місце. Другу по значущості річ розмістіть на другому місці. Найменш важливу річ поставте на 21 місце. Запишіть місця у графі таблиці «Місце».

	Місце		Місце		Місце
1. повага пацієнтів		8. професійне достоїнство		15. милосердя	
2. наявність вільного часу		9. повага керівництва та колег		16. любов до людей	
3. можливість кар'єрного росту		10. реалізація своїх здібностей		17. доброзичливість	
4. підвищення кваліфікації		11. можливість відстоювати свою точку зору		18. вимогливість	
5. вдячність пацієнтів		12. достойна оплата праці		19. колегіальність	
6. зручний графік роботи		13. наукова діяльність		20. професійна репутація	
7. дружні відносини з колегами		14. повага суспільства до професії		21. любов до медичної професії	

Обробка та інтерпретація результатів

За кожну професійну цінність (№№ 8, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), що розміщена з 1 по 7 місце нараховується 2 бали; за кожну цінність, що розміщена з 8 по 14 місце нараховується 1 бал; за цінності, що розміщені з 15 по 21 місце нараховується 0 балів.

Рівень сформованості професійних ціннісних орієнтацій визначається за шкалою:

15-12 балів – високий рівень;

11-8 балів – середній рівень;

7-0 балів – низький рівень.

Додаток П

Анкета «Комунікативні знання»

Інструкція: Уважно прочитайте кожне судження. Якщо ви вважаєте, що воно правильне, відповідає дійсності, поставте у графі таблиці «Відповідь» знак «+». Відповідно, якщо ви вважаєте судження неправильним у зазначеній графі таблиці поставте знак «-».

№	Судження	Відповідь
1	Комунікація – це обмін різноманітною інформацією, метою якого є досягнення взаєморозуміння чи забезпечення взаємодії.	
2	Єдиним засобом людської комунікації є мова.	
3	Авторитарне спілкування передбачає урахування інтересів та потреб усіх учасників комунікативного процесу.	
4	Монотонна та швидка мова лікаря не є бар'єром у спілкуванні з пацієнтом.	
5	Непорозуміння можуть виникати через те, що люди вкладають в ті ж самі слова і символи різні значення.	
6	Тон, інтонація та вираз обличчя лікаря не змінюють зміст його висловлювання.	
7	Просторова дистанція при спілкуванні між лікарем і пацієнтом може вплинути на ефективність комунікації.	
8	Гуманістичне спілкування не задовольняє такі людські потреби як розуміння, співчуття, співпереживання.	
9	Рефлексивне слухання у бесіді з пацієнтом полягає в мінімальному втручанні у його мову.	
10	Сутулість, похилені голова і плечі свідчать про агресивність пацієнта.	
11	Уміння слухати властиве абсолютно усім.	
12	Під час проведення бесіди з пацієнтом, лікар повинен створювати психологічний контакт і скеровувати розмову у потрібне русло.	
13	З'ясування переживань пацієнта та прояв співчуття є зайвими у бесіді з хворим.	
14	Візуальний контакт під час бесіди лікаря з пацієнтом є дуже важливим, але занадто пильний погляд лікаря може сприйматися як ворожість.	
15	Знання предмета мовлення достатньо для успішної комунікації.	
16	Нерефлексивне слухання передбачає, що учасник спілкування приділяє більше уваги сприйняттю почуттів, а не слів.	

17	Пристосування та компроміс – способи вирішення конфліктів, коли люди намагаються задовольнити потреби один одного, не жертвуючи своїми потребами.	
18	Конфлікт можна вирішити шляхом співробітництва.	
19	Рефлексія – це комунікативний прийом, який полягає в тому, що лікар, повторюючи слова, сказані хворим, спонукає його повідомити додаткові подробиці.	
20	Толерантність лікаря – здатність співчувати іншим, розділяти їх переживання, уявити себе на місці іншої людини.	
21	Тактовність лікаря – якість, що виявляється у його здатності критично оцінювати власні дії, змінювати відповідно до цього своє мислення, діяльність.	

Обробка та інтерпретація результатів

За кожну правильну відповідь нараховується 1 бал. Правильні відповіді:

«+» – питання № 1, 5, 7, 12, 14, 18, 19;

«-» – питання № 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 20, 21.

Рівень засвоєння комунікативних знань визначається за шкалою:

високий рівень – 21-17 балів;

середній рівень – 16-11 балів;

низький рівень – 10-0 балів.

Додаток Р

Анкета «Етичні знання»

Інструкція: Уважно прочитайте твердження. Одне з них є правильним, а інше – неправильне. Виберіть правильне твердження і запишіть літеру, якою воно позначене (А чи Б) у графі таблиці «Відповідь».

	Твердження	Відповідь
1	А. Етика та етикет – тотожні поняття, що означають сукупність моральних норм та правил. Б. Етикет – це зовнішнє вираження внутрішньої етики та культури особи.	
2	А. Професійна етика є кодексом поведінки, котрий забезпечує найкраще виконання робітниками певної сфери своїх службових обов'язків. Б. Професійна етика є сукупністю правил, що обмежують службові обов'язки фахівців певної сфери.	
3	А. Лікарська етика займається моральними питаннями в лікарській практиці. Б. Лікарська етика – це сукупність правил проведення медичних наукових досліджень.	
4	А. Ввічливість, тактовність, взаємоповага, порядність не завжди доречні у професійній діяльності лікаря. Б. Ввічливість, тактовність, взаємоповага, порядність є важливими принципами професійної етики лікаря.	
5	А. У своїй роботі лікар, насамперед, повинен керуватися принципом «Не нашкодь». Б. У своїй роботі лікар повинен керуватися не тільки принципом «Не нашкодь», але й «Принеси найбільшу користь».	
6	А. Мовленнєва етика лікаря передбачає увагу та повагу до пацієнта, демонстрацію зацікавленості у розмові і співчуття, що виражається у певних репліках, міміці, жестах. Б. Мовленнєва етика лікаря передбачає дотримання дистанції між лікарем та пацієнтом, що виражається у певних репліках, міміці, жестах.	
7	А. Головний етичний принцип мовленнєвого спілкування – виразність та емоційність мовлення. Б. Головний етичний принцип мовленнєвого спілкування – дотримання рівності.	
8	А. Культура мовлення лікаря не пов'язана з його професіоналізмом. Б. Ввічливе та культурне мовлення лікаря є важливою частиною його професіоналізму.	
9	А. Основні вимоги службового етикету лікаря – підтримання	

	дружніх відносин з колегами та хворими. Б. Основні вимоги службового етикету лікаря – чемність та коректність у відносинах з колегами та хворими.	
10	А. У професійній комунікації лікаря важливим є вміння суперечити партнеру, не ображаючи його. Б. У професійній комунікації лікаря важливим є вміння будь-якою ціною відстояти свою точку зору.	
11	А. При інформуванні пацієнта про його стан здоров'я потрібно надавати вичерпну інформацію, але бажано вживати нейтральні чи пом'якшені вирази замість тих, що можуть його засмутити. Б. При інформуванні пацієнта про його стан здоров'я потрібно надавати вичерпну інформацію, але не слід вживати нейтральні чи пом'якшені вирази, щоб хворий чітко усвідомив свої проблеми.	
12	А. У професійній діяльності лікаря рівень професійних знань та навичок є набагато важливішим за використання морально-етичних принципів. Б. Використання лікарем у професійній діяльності морально-етичних принципів є таким же важливим, як рівень його професійних знань та навичок.	
13	А. Професійна комунікація лікаря передбачає надання хворому необхідної інформації, щоб він міг прийняти своє рішення. Б. Професійна комунікація лікаря передбачає розпорядження хворому виконувати певне лікування.	
14	А. Одяг лікаря на робочому місці залежить тільки від його смаку. Б. Основні вимоги службового етикету до одягу лікаря – скромність та елегантність.	
15	А. Ввічливість передбачає стриманість у спілкуванні, контроль своїх емоцій та уникання надмірної балакучості. Б. Ввічливість передбачає дотримання загальноприйнятих правил поведінки, вміння спілкуватися з людьми відповідно до обставин, з урахуванням віку, статі та соціального статусу.	

Обробка та інтерпретація результатів

За кожну правильну відповідь нараховується 1 бал. Правильні відповіді:

«А» – питання № 2, 3, 6, 10, 11, 13.

«Б» – питання № 1, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 15.

Рівень засвоєння етичних знань визначається за шкалою:

високий рівень – 15-12 балів; середній рівень – 11-9 балів; низький рівень – 8-0 балів.

Додаток С

Тест «Уміння слухати»

(автор Д. Райгородський)

Інструкція: Прочитайте готові відповіді на питання: як ви зазвичай слухаєте співрозмовника? Якщо відповідь співпадає з особливостями вашої поведінки, поставте у графі таблиці «Відповідь» знак «+». Якщо відповідь не співпадає з вашою звичайною поведінкою, поставте у відповідній графі таблиці знак «-».

№		Відповідь
1	Я швидко розумію, що мені хочуть сказати, і далі слухати мені вже не цікаво.	
2	Я терпляче чекаю, коли співрозмовник закінчить розповідь.	
3	Моя увага повністю зосереджена на розповіді.	
4	Я намагаюся зрозуміти, що співрозмовник хоче приховати від мене і чому.	
5	Я перебиваю співрозмовника, щоб уточнити деталі і факти, котрі мене цікавлять.	
6	Якщо тема мені не цікава, я намагаюся перевести розмову в інше русло.	
7	Я мимовільно помічаю помилки у мовленні та поведінці співрозмовника.	
8	Не кожна людина заслуговує на мою увагу.	
9	Я намагаюся з кожної бесіди винести максимум інформації.	
10	Я можу спокійно вислухати до кінця точку зору, з якою я категорично не погоджуюся.	
11	Коли я розумію суть розповіді, я починаю обдумувати те, що скажу у відповідь.	
12	Мені складно слухати до кінця довгі і детальні пояснення.	
13	Я стараюся запам'ятати важливу інформацію та необхідні подробиці.	
14	Частіше всього я слухаю з ввічливості.	
15	Я ставлю себе не місце співрозмовника, щоб зрозуміти його почуття та наміри.	
16	Почувши протилежну точку зору, я обов'язково висловлюю свою.	
17	У розмові я частіше говорю співрозмовнику «так» (виражаючи розуміння), ніж «ні».	
18	Зазвичай я прямо відповідаю на питання, намагаючись не ухилятися від відповіді.	
19	Люди охоче спілкуються зі мною.	
20	Вислухавши співрозмовника, я обов'язково висловлю свою думку.	

21	Я уникаю розмови з незнайомою людиною, навіть якщо вона прагне цього.	
22	Більшу частину часу я дивлюся у очі співрозмовнику.	
23	Я завжди пам'ятаю, що у мене і мого співрозмовника можуть бути різні погляди на ту ж проблему.	
24	Часто я роблю вид, що слухаю, а насправді думаю про свої проблеми.	
25	Зазвичай вирішення проблеми приходить мені на думку раніше, ніж співрозмовник закінчить говорити.	
26	Я усвідомлюю, що я і мій співрозмовник можемо по-різному розуміти значення тих же слів.	
27	Я виправляю помилки у мовленні, коли я спілкуюся з добре знайомою людиною.	
28	Я не буду слухати людину, котру не поважаю чи вважаю не розумною, занадто молодю.	
29	Звичайно я одержую задоволення від спілкування з людьми, навіть малознайомими.	
30	Зазвичай я більше слухаю інших, ніж говорю.	

Обробка результатів

1 бал нараховується за:

відповідь «+» на питання № 2, 3, 4, 9, 10, 13, 15, 17, 18, 19, 22, 23, 26, 29, 30;

відповідь «-» на питання № 1, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 16, 20, 21, 24, 25, 27, 28.

Інтерпретація результатів:

25-30 балів. Ви ідеальних слухач, що користується заслуженою любов'ю й повагою оточуючих. Ви довершено оволоділи цим мистецтвом і у вас є, чому навчитися. Сподіваємося, що ви чесно оцінили своє вміння слухати.

20-24 бали. Ви – хороший слухач, але допускаєте окремі помилки. Бажаємо успіхів у вдосконаленні цього вміння.

15-19 балів. Імовірно, ви вважаєте себе хорошим слухачем, але вас потрібно віднести до посередніх. Ви допускаєте достатньо багато помилок, котрі дратують інших і заважають вам оволодіти мистецтвом слухання.

10-14 балів. Вас потрібно віднести до людей, що погано вміють слухати. Дещо ви робите правильно і це дозволяє вам не бути повністю самотнім. Але набагато більше ви робите неправильно, що відштовхує ваших партнерів по комунікації.

Менше 9 балів. Ви не вмієте слухати інших людей. Проаналізуйте свої помилки і працюйте над своїм вдосконаленням. Невміння слухати заводить вас побудувати кар'єру і може призвести до самотності.

Додаток Т
Тест «Що вам говорять міміка і жести»

(автор Є. Скаженик)

Інструкція: Дайте відповіді на питання. Запишіть літеру, якою позначена правильна відповідь у графі таблиці «Відповідь»

№		Відповідь
1	«Очі – це орган зору». Чи достатньо повно це твердження відображає функції очей? А. Так. Б. Ні.	
2	Коли ми примружуємо очі, роблячи їх маленькими? (Виберіть одну відповідь.) А. Тільки тоді, коли хочемо щось роздивитися. Б. Тільки тоді, коли дивимося на людину зі зневагою. В. Коли дивимося на людину зі зневагою і хочемо щось роздивитися. Г. Завжди, коли признаємося в коханні. Д. Завжди, коли дивимося на щось з цікавістю.	
3	Чому глибоко посаджені очі сприймаються негативно? (Виберіть неправильну відповідь.) А. Через те, що глибоко посаджені очі характерні для виснажених людей, тобто для хворих. Б. Тому, що такі люди завжди негативно відносяться до оточуючих. В. Тому, що худі люди вважаються поганими. Г. Тому, що в такому випадку погляд ніби виходить з-під брів.	
4	Якщо ваш співрозмовник майже невідривно дивиться на вас, це значить: (Виберіть неправильну відповідь.) А. Він вам симпатизує. Б. Він негативно налаштований до вас. В. Він відноситься до вас байдуже. Г. Ви його цікавите.	
5	Якщо при звичайній бесіді, що не вимагає значних інтелектуальних зусиль, ви рідко ловите на собі погляд вашого співрозмовника, це можна трактувати як: (Виберіть одну відповідь.) А. Позитивна реакція. Б. Негативна реакція. В. Позитивна, або негативна реакція, залежно від інших ознак.	
6	Якщо ваш співрозмовник при звичайній бесіді, що не вимагає значних інтелектуальних зусиль, постійно майже невідривно	

	дивиться на вас, це можна трактувати як: (Виберіть одну відповідь.) А. Позитивна реакція. Б. Негативна реакція. В. Позитивна, або негативна реакція, залежно від інших ознак.	
7	Під час ділової бесіди ваш партнер припинив дивитися на вас. Це викликано тим, що: (Виберіть неправильну відповідь.) А. Він вирішує якесь складне завдання. Б. Йому складно сприймати вашу інформацію. В. Він втратив інтерес до вашої розмови чи ідеї. Г. Він захоплений вашою ідеєю. Д. Він почав відчувати негативні емоції по відношенню до вас. Е. Він відчуває вину.	
8	Чи завжди інтерес партнера до вас є позитивною реакцією? А. Так. Б. Ні.	
9	При звичайній бесіді, що не вимагає значних зусиль, ваш партнер частіше дивитиметься на вас, коли: (Одна відповідь.) А. Він буде говорити, а ви – слухати. Б. Він буде слухати, а ви – говорити. В. Це залежить від того, що для нього простіше в цьому діалозі – говорити чи слухати.	
10	Чому погляд скоса сприймається негативно? (Виберіть одну відповідь.) А. Тому, що він свідчить про нещирість того, хто говорить. Б. Тому, що такий погляд призводить до дисонансу між напрямом погляду та напрямом голови. В. Тому, що такий погляд схожий на косоокість.	
11	Коли люди частіше обмінюються поглядами? А. При серйозній бесіді. Б. При легкій бесіді.	

Обробка та інтерпретація результатів

1 бал нараховується за кожну правильну відповідь за ключем:

1 б, 2 в, 3 б, 4 в, 5 б, 6 в, 7 г, 8 б, 9 в, 10 б, 11 б.

Додаток У

Експертне оцінювання вміння говорити

Інструкція: Будь ласка, оцініть рівень сформованості вміння говорити у студентів за критеріями: вміння формувати речення, будувати повідомлення, чітко і ясно висловлювати свою точку зору, вміння володіти голосом та інтонацією, високий рівень культури мовлення, хорошу дикцію.

ЕКСПЕРТ _____

ГРУПА _____

	Прізвище студента	Рівень сформованості вміння говорити (високий, середній, низький)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Додаток Ф

Тест «Чи вмієте ви вести діалог?»

(автор М. Ізмайлова)

Інструкція. Дайте відповіді на наступні питання. Якщо ваша відповідь «Так», поставте у графі таблиці «Відповідь» знак «+». Якщо ваша відповідь «Ні», поставте у відповідній графі таблиці знак «-».

№	Питання	Відповідь
1	Чи бентежить вас неочікувана реакція незнайомих людей?	
2	У вас є звичка закінчувати фразу співрозмовника, коли ви вважаєте, що наперед знаєте те, що вам скажуть?	
3	Вас дратує, коли співрозмовник вживає терміни, слова іноземної мови, вульгаризми?	
4	Коли критикують вашу ідею, чи відразу ви вступаєте у палку суперечку, намагаючись її захистити?	
5	Чи можете ви чітко уявити, чим будете займатися у найближчі 6 місяців?	
6	На нараді, де ви не знаєте усіх учасників, ви будете уникати висловлювати свою точку зору по обговорюваних питаннях?	
7	Чи вважаєте ви, що усі діалоги і переговори мають своїх переможців і переможених?	
8	Ви вислухаєте співрозмовника до кінця, якщо діалог затягнувся?	
9	Чи вважаєте ви, що діалог, від якого ви очікуєте одержати показник «5», потрібно починати з показника «10»?	
10	Потрібно приховувати поганий настрій, якщо ви граєте в якусь гру і програєте?	
11	Чи вважаєте ви, що необхідно відповідати пункт за пунктом на висловлену на вашу адресу критику?	
12	Коли ваш співрозмовник роздратований, нетактовний і не сприймає ніяких доводів, чи вважаєте ви за потрібне припинити діалог і продовжити його пізніше?	
13	Чи вважаєте ви, що потрібно підготувати фактичний матеріал, готуючись до бесіди, наради?	
14	Ви вважаєте припустимим використання слабкостей інших для досягнення своїх цілей?	
15	На образливу репліку опонента ви відразу відповідаєте тим же?	
16	Ви будете наполегливо відстоювати свою точку зору, коли у ході дискусії ви побачите її слабкі сторони?	
17	Чи зміниться ваш стиль діалогу, якщо ваш співрозмовник – представник протилежної статі?	
18	Чи вважаєте ви можливим пожартувати у серйозній розмові?	

Обробка та інтерпретація результатів

1 бал нараховується за:

відповідь «+» на питання № 5, 8, 10, 11, 12, 13, 18;

відповідь «-» на питання № 1, 2, 3, 4, 6, 7, 14, 15, 16, 17.

Рівень сформованості вміння вести діалог визначається за шкалою:

високий рівень – 13-18 балів;

середній рівень – 7-12 балів;

низький рівень – 0-6 балів.

Додаток Х

Тест «Комунікативні й організаторські здібності»

(автори В. Синявський, В. Федоришин)

Інструкція. На кожне запитання анкети дайте відповідь «так» або «ні».

Запитання анкети

1. Чи багато у вас друзів, із якими ви постійно спілкуєтеся?
2. Чи часто вам вдається схилити більшість своїх товаришів до прийняття ними вашої думки?
3. Чи довго вас турбує почуття образи, яку завдав вам хтось із товаришів?
4. Чи завжди вам складно орієнтуватися у критичній ситуації?
5. Чи є у вас прагнення до встановлення нових знайомств із різними людьми?
6. Чи подобається вам займатися громадською роботою?
7. Вам приємніше проводити час із книгами, за комп'ютером, ніж із людьми?
8. Якщо виникли якісь перешкоди у здійсненні ваших намірів, чи легко ви відмовляєтесь від них?
9. Чи легко ви встановлюєте контакти зі старшими за вас людьми?
10. Чи любите ви вигадувати й організовувати зі своїми товаришами різні ігри та розваги?
11. Чи складно вам включитися в нову для вас компанію?
12. Часто ви відкладаєте «на завтра» справи, які необхідно виконати сьогодні?
13. Вам легко встановити контакт із незнайомою людиною?
14. Чи домагаєтесь ви того, щоб ваші товариші діяли згідно з вашою думкою?
15. Вам складно освоїтися в новому колективі?
16. Чи правда, що у вас не буває конфліктів із товаришами з приводу невиконання ними своїх обов'язків і обіцянок?
17. Чи прагнете ви за слушної нагоди познайомитися і поговорити з новою людиною?
18. Чи часто ви при вирішенні важливих справ приймаєте ініціативу на себе?
19. Чи дратують вас оточуючі люди і чи бажаєте ви побути на самоті?
20. Чи правда, що Ви зазвичай погано орієнтуєтесь в незнайомій для Вас обстановці?
21. Чи подобається вам постійно знаходитися серед людей?
22. Чи виникає у вас роздратування, якщо вам не вдається закінчити розпочату справу?
23. Чи відчуваєте ви ускладнення, незручності, якщо доводиться проявити ініціативу, щоб познайомитися з новою людиною?
24. Чи правда, що ви втомлюєтесь від частого спілкування з товаришами?
25. Чи любите ви брати участь у колективних іграх?
26. Чи часто ви проявляєте ініціативу при вирішенні питань, які стосуються інтересів ваших товаришів?
27. Чи правда, що ви відчуваєте себе невпевнено серед малознайомих вам людей?
28. Чи вірно, що ви рідко прагнете довести свою правоту?
29. Чи вважаєте ви, що вам не дуже важко внести пожвавлення в малознайому вам компанію?

30. Чи приймаєте ви участь у громадській роботі в університеті?
31. Чи прагнете ви обмежити коло своїх знайомих невеликою кількістю людей?
32. Чи вірно, що ви не прагнете відстоювати свою думку або рішення, якщо воно не було відразу прийняте вашими товаришами?
33. Чи відчуваєте ви себе невимушено, потрапивши в незнайому вам компанію?
34. Чи охоче ви приступаєте до організації різних заходів для своїх товаришів?
35. Чи правда, що ви не відчуваєте себе досить упевненим і спокійним, коли доводиться говорити що-небудь великій групі людей?
36. Чи часто ви спізнюєтеся на ділові зустрічі, побачення?
37. Чи вірно, що у вас багато друзів?
38. Чи часто ви соромитесь, відчуваєте незручність при спілкуванні з малознайомими людьми?
39. Чи правда, що вас лякає перспектива опинитися в новому колективі?
40. Чи правда, що Ви не дуже впевнено відчуваєте себе в оточенні великої групи своїх товаришів?

Обробка та інтерпретація результатів

Комунікативні здібності – відповіді «так» на такі запитання: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37; і «ні» на запитання: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.

Організаторські здібності – відповіді «так» на такі запитання: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38; і «ні» на запитання: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

Підраховується кількість відповідей, які співпали з ключем відповідей за кожним розділом методики, потім обчислюються оцінювальні коефіцієнти окремо для комунікативних і організаторських здібностей за формулою:

$$K = 0,05C,$$

де K – величина оцінювального коефіцієнта;

C – кількість відповідей, які співпали з ключем.

Оцінювальні коефіцієнти можуть варіювати від 0 до 1. Якщо показник близький до 1, то це свідчить про високий рівень комунікативних і організаторських здібностей, якщо до 0 – про низький рівень.

Комунікативні вміння

Показник	Оцінка	Рівень
0,1 – 0,45	1	Низький
0,46 – 0,55	2	Нижче середнього
0,56 – 0,65	3	Середній
0,66 – 0,75	4	Вище середнього
0,76 – 1	5	Високий

Організаторські вміння

Показник	Оцінка	Рівень
0,2 – 0,55	1	Низький
0,56 – 0,65	2	Нижче середнього
0,66 – 0,7	3	Середній
0,71 – 0,8	4	Вище середнього
0,81 – 1	5	Високий

Додаток Ц

**Аналіз досвіду країн Західної Європи та США
щодо підготовки студентів-медиків до професійної комунікації**

Медичний навчальний заклад	Дисципліна	Короткий зміст дисципліни
Варшавський медичний університет, м. Варшава, Польща	«Медична комунікація» (Medical Communication). Другий семестр другого року навчання (лекції – 20 годин, практичні заняття – 12 годин) та перший семестр третього року навчання (практичні заняття – 10 годин).	Питання, що вивчаються: функції медичного спілкування, вербальні та невербальні аспекти спілкування, роль емпатії у відносинах лікаря і пацієнта, комунікативні бар'єри та помилки, види слухання, методика опитування пацієнта, способи проявити повагу та надати підтримку, повідомлення поганих новин, пояснення та обговорення плану лікування з пацієнтом, врахування точки зору пацієнта, спілкування в колективі. Формуються вміння: інформувати пацієнта про мету, прогрес, можливі ризики методів діагностики та лікування; звертати увагу на суб'єктивні потреби та очікування пацієнта, що виникають унаслідок соціокультурного походження; розпізнавати ознаки ризику деструктивної поведінки та відповідно реагувати на них; обирати лікування, яке мінімізує соціальні наслідки хвороби для пацієнта; створювати атмосферу довіри в процесі лікування; консультувати пацієнта, використовуючи активне слухання та проявляючи емпатію; повідомляти погані новини; застосовувати технології мотивації та підтримки; спілкуватися в колективі.
Словацький медичний університет, м. Братислава, Словаччина	«Медична психологія та комунікація» (Medical Psychology and Communication). Перший семестр третього року навчання (лекції – 14 годин, семінари – 14 годин).	Мета навчання: здобути базові знання з клінічної психології, медичної психології та психологічного підходу до пацієнта; вивчити та закріпити технологію спілкування з пацієнтом. Питання, що вивчаються: застосування психології в медицині, психологія пацієнта, чуттєвий та емоційний досвід у медичній практиці, основи психодіагностики та комунікації з пацієнтом.

Медичний навчальний заклад	Дисципліна	Короткий зміст дисципліни
Університет Земмельвайса, м. Будапешт, Угорщина	«Медична комунікація» (Medical Communication). Другий семестр другого року навчання (лекції – 14 годин, семінари – 14 годин).	Мета курсу: надати спеціальні комунікативні знання, що забезпечують успішну взаємодію з пацієнтом. Питання, що вивчаються: спільне прийняття рішень, труднощі в спілкуванні, вікові особливості в медичному спілкуванні, співпраця лікаря та пацієнта, інформування пацієнта, мотиваційна бесіда щодо змін поведінки, типи слухання, роль невербальної комунікації, емпатія в медичному спілкуванні, культурні аспекти медичного спілкування. Звертається увага на складні ситуації в медичній практиці: повідомлення поганих новин, спілкування з агресивними пацієнтами, спілкування про сексуальні проблеми, виявлення ознак схильності до суїциду, технології профілактики насилля.
Медична школа університету Піттсбурга, м. Піттсбург США	«Вступ до спеціальності» (Introduction to Being a Physician). Перші 9 днів першого року навчання.	Цілі курсу: продемонструвати студентам важливе значення комунікації як для пацієнтів, так і для лікарів; підкреслити необхідність співпраці лікаря та пацієнта; довести, що медична практика – це процес, що вимагає навчання впродовж усього життя з постійним удосконаленням професійних навичок та комунікативних умінь; розвинути розуміння значущості психологічних аспектів медицини; сприяти розумінню пацієнтів у контексті їхнього життя, хвороби та лікування. Курс ознайомлює студентів з роботою лікарів, які працюють у клінічному та академічному середовищі. Студенти мають можливість спостерігати, як лікарі застосовують свої комунікативні та клінічні навички по догляду за пацієнтами. Значна увага звертається на те, як проблеми зі здоров'ям впливають на пацієнтів та їх родини.

Медичний навчальний заклад	Дисципліна	Короткий зміст дисципліни
Медична школа університету Піттсбурга, м. Піттсбург США	«Медичне опитування» (Medical Interviewing). Перший семестр першого року навчання.	Мета курсу – створення навчального середовища максимально наближеного до реальної професійної діяльності, в якому студенти-медики зможуть розвивати та практикувати вміння медичного опитування. Цілі навчання: формувати та розвивати вміння встановлювати контакт, представляти себе, використовувати відповідні методи опитування, заохочувати пацієнтів відповідати на поставлені запитання, уточнювати одержану інформацію, проявляти емпатію, сприймати та правильно інтерпретувати невербальні комунікативні сигнали, використовувати альтернативні методи одержання даних тощо.
Медична школа університету Піттсбурга, м. Піттсбург США	«Розширене медичне опитування» (Advanced Medical Interviewing). Другий семестр другого року навчання.	Мета курсу – глибше вивчити процес медичного опитування, вдосконалювати комунікативні навички студентів після набуття клінічного досвіду з пацієнтами. Формуються вміння: виконувати всі завдання лікаря при опитуванні пацієнта, переходити від однієї частини опитування до іншої, розвивати терапевтичні відносини, проявляти співчуття при взаємодії з пацієнтами, ефективно вирішувати складні комунікативні завдання.
Медична школа університету Піттсбурга, м. Піттсбург США	Програма «Стандартизований пацієнт» (Standardized Patient Program). Інтегрована у кожен рік навчання.	Програма надає можливість студентам удосконалювати професійні та комунікативні вміння під час опитування та огляду стандартизованого пацієнта. Стандартизований пацієнт – особа, яка зображає пацієнта в медичній ситуації, повідомляє історію хвороби та імітує фізичні симптоми.

Медичний навчальний заклад	Дисципліна	Короткий зміст дисципліни
Медична школа університету Дьюка, м. Дарем, США	«Основи клінічних умінь» (Clinical Skills Foundation). 3 першого по третій рік навчання.	Розкриваються різноманітні аспекти взаємовідносин лікаря та пацієнта (комунікація, опитування, фізичне обстеження, консультування, повідомлення поганих новин тощо), проблеми етики та професіоналізму, страждання, болю, смерті. Включає інтенсивний курс «Фізичне обстеження».
Медична школа університету Дьюка, м. Дарем, США	Програма суспільного партнерства. Перший рік навчання.	Мета програми – допомогти студентам зрозуміти як живуть люди, що мають хронічні хвороби; як хворі та їхні родини справляються з хворобами; які проблеми у сфері медичної допомоги можуть виникати у таких пацієнтів. Група з 2-3 студентів відвідує осіб, що мають хронічні хвороби. Проводиться 3 зустрічі.
Школа медицини та біомедичних наук імені Джейкобса університету Буффало, м. Буффало, США	«Клінічна практика медицини» (Clinical Practice of Medicine). Перший та другий рік навчання.	Мета курсу – забезпечити основні знання та вміння, необхідні в клінічній практиці (медичне опитування, фізичне обстеження, оформлення документації) та розвивати навички спілкування, орієнтованого на пацієнта. Формуються вміння: ефективно спілкуватися з пацієнтами, готувати повну історію хвороби, виконувати фізичне обстеження, усно представляти пацієнтів.

Додаток III

Методика формування професійних ціннісних орієнтацій майбутніх сімейних лікарів Навчально-методичні матеріали

Case 1

1. Read about some of the main ethical principles of physician's professional activity declared in the World Medical Association International Code of Medical Ethics

DUTIES OF PHYSICIANS IN GENERAL.

A PHYSICIAN SHALL:

- ✓ always maintain the highest standards of professional conduct¹.
- ✓ not permit motives of profit to influence the free and independent exercise of professional judgment on behalf of patients².
- ✓ in all types of medical practice, be dedicated to providing competent medical service in full technical and moral independence, with compassion and respect for human dignity³.
- ✓ deal honestly with patients and colleagues, and strive to expose⁴ those physicians deficient in character or competence, or who engage in fraud or deception⁵.
- ✓ respect the rights of patients, of colleagues, and of other health professionals and shall safeguard patient confidences⁶.
- ✓ act only in the patient's interest when providing medical care which might have the effect of weakening the physical and mental condition of the patient.

The following practices are considered to be unethical:

- a) Self advertising⁷ by physicians, unless permitted by the laws of the country and the Code of Ethics.
- b) Paying or receiving any fee or any other consideration⁸ solely to procure the referral⁹ of a patient or for prescribing or referring a patient to any source.

DUTIES OF PHYSICIANS TO THE SICK.

A PHYSICIAN SHALL:

- ✓ always bear in mind the obligation of preserving human life¹⁰.
- ✓ owe his patients complete loyalty¹¹ and all the resources of his science¹². Whenever an examination or treatment is beyond the physician's capacity he should summon¹³ another physician who has the necessary ability.
- ✓ preserve absolute confidentiality¹⁴ on all he knows about his patient even after the patient has died.
- ✓ give emergency care as a humanitarian duty¹⁵ unless he is sure that others are willing and able to give such care.

Notes:

1. professional conduct – професійна поведінка
2. exercise of professional judgment on behalf of patients – виконання професійного рішення на користь пацієнта

3. compassion and respect for human dignity – співчуття та повага до людської гідності
4. to strive to expose – намагатися викрити
5. engage in fraud or deception – займатися шахрайством чи обманом
6. safeguard patient confidences – гарантувати конфіденційність пацієнтів
7. self advertising – самопреклама
8. fee or any other consideration – плата чи інша винагорода
9. to procure the referral – діставати направлення
10. the obligation of preserving human life – обов'язок зберігати життя людини
11. owe patients complete loyalty – повинен бути повністю відданим пацієнтам
12. owe patients all the resources of science – надавати усі ресурси науки
13. to summon – викликати, залучити
14. to preserve absolute confidentiality – зберігати абсолютну конфіденційність
15. a humanitarian duty – гуманний обов'язок

2. Case study. Read the case from physicians' practice.

Case 1. Dr. Smith, an experienced and skilled surgeon, is about to finish night duty at a community hospital. Amy Woods, a 18-years-old woman is brought to the hospital by her mother, who leaves immediately because she has to look after her other children. The patient is bleeding vaginally and is in a great deal of pain. Dr. Smith examines her and decides that she has had a miscarriage. He does a quick dilatation and curettage and tells the nurse to ask the patient whether she can stay in the hospital until it is safe for her to be discharged. Dr. Hall comes in to replace Dr. Smith, who goes home without having spoken to the patient.

The next day Amy Woods complained to the hospital chief physician of Dr. Smith's conduct saying that doctor's behavior was rude.

Questions to Case 1:

1. Discuss what a patient may feel. Why was she unsatisfied with the doctor's conduct?
2. Do you think that Dr. Smith's conduct agree with the code of medical ethics?
3. Is there anything else that Dr. Smith could have done?
4. Discuss the reasons of doctor's conduct.

3. Imagine a situation:

You are a chief physician of the hospital where Dr. Smith works. What would you tell Amy Woods? What would you tell Dr. Smith?

4. Issues for discussion:

1. Can breaches of ethics be excused by deep knowledge, experience or great professional skills?
2. What is human dignity? What does it mean to respect human dignity?
3. Should we respect ourselves to be able to respect others? What does it mean to respect ourselves?

5. One part of World Medical Association International Code of Medical Ethics was missed. What principles should it involve? Compare your opinion with the original text.

DUTIES OF PHYSICIANS TO EACH OTHER

A PHYSICIAN SHALL

A PHYSICIAN SHALL NOT

Case 2

1. Read about basic human rights in patient care.

Human rights are the rights a person has simply because he or she is a human being. Human rights are basic rights and freedoms that all people are entitled to regardless of nationality, sex, national or ethnic origin, race, religion, language, or other status. Human rights include civil and political rights, such as the right to life, liberty and freedom of expression; and social, cultural and economic rights including the right to participate in culture, the right to food, and the right to work and receive an education. Human rights are protected and upheld by international and national laws and treaties. To violate someone's human rights is to treat that person as though she or he were not a human being.

The table given below lists some of the internationally recognized rights relevant to patients, along with examples of violations.

Right	Examples of violations
Right to life.	Due to inadequate reproductive health and prenatal care, complications from pregnancy are a leading cause of death for young women. Ambulances fail to arrive at certain communities or for certain individuals in a timely manner, leading to patient's death.
Right to free choice. Each individual has the right to freely choose from among different treatment procedures and providers on the basis of adequate information.	Patients are not allowed to change physicians or health care providers. Doctors develop business relationships with private centers and refer patients to a specific private center on this basis.
Right to privacy and confidentiality. Every individual has the right to the confidentiality of personal information, including information regarding state of health and potential diagnostic or therapeutic procedures, as well as the protection of his or her privacy during the performance of diagnostic exams, specialist visits, and medical/surgical treatments in general.	Patient medical information is open to all staff. Patients are forced to disclose their medical diagnosis to their employer in order to obtain in order to obtain leave from work.

Right to information. Every individual has the right to access to all kinds of information regarding his/her state of health, the health services and how to use them, and all that scientific research and technological innovation makes available.	A state fails to provide information on health care services. Physicians fail to provide patients with information about treatment options and the potential risks and benefits of each procedure. Patients are denied access to their medical files. Information services are unavailable to people who speak certain languages.
Right to bodily integrity is the right to live without being physically harmed or harassed by others. No one can touch, hit, harm our bodies, or conduct medical testing on us without our consent.	Physicians fail to obtain free and informed consent from patients before performing medical procedure. Physicians ignore patient wishes regarding treatment.
Right of access. Every individual has the right of access to the health services that his or her health needs require. The health services must guarantee equal access to everyone, without discriminating on the basis of financial resources, place of residence, kind of illness or time of access to services.	Persons of limited income are refused to provide medical service without paying fee for a medical examination that is supposedly free of charge. Person is refused provision of the necessary assistance under the rationale that he is HIV positive.

2. Case study. Read the case from physicians' practice and answer the questions.

Case 2. Mrs. Brown came to the hospital complaining of some stomach disorder. She was admitted to the hospital, and after some weeks of treatment, the physician, Dr. Abbott, discovered a lump which proved to be a fibroid tumor. He consulted the surgeon, Dr. Cooper, who advised an operation.

The physician explained to Mrs. Brown that the character of the lump could not be determined without examining her. To this end, she needed to be anesthetized by the administration of ether. She consented to such an examination, but according to her claim, she told Dr. Abbott that there must not be an operation.

She was taken at night to the surgical ward and prepared for surgery by a nurse. She repeated her wish not to be operated on. In the morning, she was anesthetized by the administration of ether, and while she was unconscious, a tumor was surgically removed.

Questions to Case 2:

1. Discuss what a patient may feel after the operation. Will she be satisfied with the treatment?
 2. Did the physicians respect the patient's human rights?
 3. Should the physicians have performed the surgery despite Mrs. Brown's objection?
- Here are a few, but not all, possible answers. Discuss them, as well as other possible answers. Decide which answer applies to you most, giving your reasons.

YES. Mrs. Brown was already under anesthesia and the tumor had to be removed, if not at that time, then in the future.

NO. Mrs. Brown did not consent to the operation, which should have been a sufficient cause not to perform the operation. She was also very clear in expressing her objection to undergoing surgery. The physicians should have respected her decision.

3. Imagine a situation:

You are surgeon and you are going to examine Mrs. Brown. She tells you about her wish not to be operated on. What would you tell the patient before the examination?

Notes about the Case 2.

This case came before the Court of Appeals of the country. The court concluded that every competent adult human being of sound mind has the right to determine what shall be done with his own body and that a surgeon who performs an operation without his patient's consent commits an assault. The exception is in cases of emergency where the patient is unconscious and where it is necessary to operate without being able to obtain patient's consent.

4. Issues for discussion:

1. Can an individual decide his or her own fate against her physicians' judgments?
2. Can limitations of human rights be justified?
3. Can a doctor decide what is better for his patients?

5. Make a booklet for patients about human rights in health care.

Case 3

1. Read about factors that affect patients' trust to physicians.

The patient-physician relationship is considered to be the cornerstone of medical care¹. A physician's behavior is an essential aspect to a patient's treatment. While everyone seeks the best physician, patients often forget how important personality² is when choosing a doctor. Especially in circumstances in which the physician will be treating you for an extended period of time, you should be comfortable being open and honest. While a visit to the doctor's office typically isn't a walk on the beach, a good doctor-patient relationship can ease the pain³.

Trust is a defining element in any interpersonal relationship⁴, but is particularly central to the patient-physician relationship. A successful doctor-patient relationship requires mutual trust and respect⁵. If the patient is uncomfortable with his or her physician's behavior, how can the patient be expected to disclose private, and sometimes embarrassing⁶, information?

Results of investigations conducted in our country and abroad revealed factors that affect patients' trust to physicians. They are attire, age, speech, professional reputation and personal qualities. The largest number of patients trust to 30-45 years old physicians wearing white coats, who are attentive and confident, have good speech and good reputation. Gender and title don't have any influence on the trust of most patients.

Patients must be able to trust doctors with their lives and health. To justify that trust⁷ you must show respect for human life and make sure your practice meets the standards expected of you. To maintain patients trust a physician should:

- ✓ Treat patients politely and considerately⁸.
- ✓ Respect patients' right to confidentiality.
- ✓ Work in partnership with patients.
- ✓ Listen to, and respond to, their concerns and preferences⁹.
- ✓ Give patients the information they want or need in a way they can understand.
- ✓ Respect patients' right to reach decisions¹⁰ with you about their treatment and care.
- ✓ Support patients in caring for themselves to improve and maintain their health.
- ✓ Work with colleagues in the ways that best serve patients' interests.
- ✓ Be honest and open and act with integrity¹¹.
- ✓ Never discriminate unfairly against patients¹² or colleagues.
- ✓ Never abuse your patients' trust¹³ in you.

A patient's refusal to tell the whole story could have grave consequences¹⁴ including a misdiagnosis, missed diagnosis, or improper treatment. While it is ultimately up to the patient to be honest, the physician can create an environment that helps to disclose information rather than encourages lies.

Notes:

1. cornerstone of medical care – основа медичної допомоги
2. personality – особистість
3. to ease the pain – полегшувати біль
4. interpersonal relationship – міжособистісні відносини
5. mutual trust and respect – взаємна довіра і повага
6. embarrassing – незручний, який бентежить
7. to justify trust – виправдати довіру
8. politely and considerately – ввічливо та уважно
9. concerns and preferences – тривоги та переваги
10. to reach decision – досягти рішення
11. to act with integrity – діяти порядно
12. to discriminate unfairly against patients – несправедливо ставити пацієнтів у гірші умови
13. to abuse patients' trust – зловживати довірою пацієнтів
14. grave consequences – серйозні наслідки

2. Case study. Read the case described by a patient and answer the questions.

Case 3. I was at my annual check-up and my physician asked me, “Do you exercise regularly?” I said, “Well, law school doesn't give me much free time. So I don't exercise as much as I probably should. But I bike everywhere in the city, at least two miles a day, five days a week.”

My doctor looked at me through narrowed eyes and scoffed, “There is no excuse for lack of regular exercise. Biking throughout the city does not count. Weight-bearing exercise is especially important for petite women. You need to get yourself to the gym.”

Questions to Case 3:

1. Was the patient honest with the physician? Did she trust to the physician?
2. Did physician's statement help to maintain patient's trust? Did the doctor encourage the patient to be honest?
3. Discuss what a patient may feel after the consultation with the doctor?
4. Listen to the patient's opinion about doctor's behavior in this case. Will the patient be honest with the doctor in future?
5. Did the doctor manage to help the patient? Why?

3. Imagine a situation:

You are a physician and you are consulting the patient from case 3. Would you criticize the patient for not going to the gym? What would you say to support her in improving and maintaining her health?

4. Issues for discussion:

1. Does being honest mean not to mince matters (говорити прямо, не вибираючи вирази)?
2. What does it mean "to be honest to a patient"?
3. Can anything make up for (компенсувати) a trust deficit in physician?
4. What should a physician do to help a patient to disclose information?

Case 4

1. Read an abstract from a report of the U. S. Agency for Healthcare Research and Quality¹.

The U.S. Institute of Medicine identifies patient centeredness² as a core component of quality health care. Patient centeredness is defined as: health care that establishes a partnership among practitioners, patients, and their families (when appropriate) to ensure that decisions respect patients' wants, needs, and preferences³ and that patients have the education and support they need to make decisions and participate in their own care.

Patient centeredness encompasses⁴ qualities of compassion⁵, empathy, and responsiveness to the needs, values, and expressed preferences⁶ of the individual patient. In addition, translation and interpretation services⁷ facilitate communication between the provider and the patient and are often a legal requirement⁸. The patient-centered approach includes viewing the patient as a unique person, rather than focusing strictly on the illness, building a therapeutic alliance⁹ based on the patient's and the provider's perspectives¹⁰.

Patient-centered care is supported by good provider-patient communication so that patients' needs and wants are understood and addressed¹¹ and patients understand and participate in their own care. This approach to care has been shown to improve patients' health and health care. Unfortunately, many barriers exist to good communication.

Providers also differ in communication proficiency¹², including varied listening skills and different views from their patients' of symptoms and treatment effectiveness. Additional factors influencing patient centeredness and provider-patient communication include:

- ✓ Language barriers.
- ✓ Racial and ethnic concordance¹³ between the patient and provider.
- ✓ Effects of disabilities on patients' health care experiences.
- ✓ Providers' cultural competence¹⁴.

Notes:

1. U. S. Agency for Healthcare Research and Quality – Агенція дослідження та оцінки якості медичного обслуговування США
2. patient centeredness – зосередженість на пацієнті
3. to ensure that decisions respect patients' wants, needs, and preferences – забезпечити повагу до бажань, потреб і переваг пацієнта під час прийняття рішень
4. to encompass – охоплювати
5. compassion – співчуття
6. responsiveness to the needs, values, and expressed preferences – реагування на потреби, цінності та висловлені переваги
7. translation and interpretation services – послуги письмового та усного перекладу
8. legal requirement – вимога закону
9. therapeutic alliance – терапевтичний союз
10. perspective – точка зору
11. patients' needs and wants are understood and addressed – потреби та бажання пацієнта зрозумілі і приймаються до уваги
12. communication proficiency – комунікативні вміння
13. concordance – відповідність
14. cultural competence – культурна компетентність, обізнаність

2. Case study. Read the case from physicians' practice and answer the questions.

Case 4. Mr. Adams arrived at the hospital by ambulance after the sudden onset of right-sided weakness and difficulty finding words while he was at work. By the time Mr. Adams reached the emergency room his symptoms had mostly resolved. His medical history was notable for irregular care. He had been told some years earlier that he had diabetes and high cholesterol. He had smoked a pack of cigarettes a day for over 30 years. His physical exam noted BP 190/120 and mild weakness in his right arm. Cranial nerve and mental status exams were normal, and his blood glucose was 202 mg/dl. A head CT showed no acute lesions. Mr. Adams was diagnosed with a transient ischemic attack and admitted to the neurology service for overnight observation. The next day, neurologist Dr. Howard came by to have a discussion with Mr. Adams about his care.

“You were very lucky,” said Dr. Howard, “that this mini-stroke seems not to have done any permanent damage. Next time you might not be so lucky, so we need to do some work to prevent you from having a full-blown stroke. You’ve got several stroke risk factors”.

“Like what?” asked Mr. Adams.

“Well for one thing you’ve got diabetes, so we’ll need to work on getting your blood sugar under control,” said Dr. Howard. “You’ve also got high blood pressure and high

cholesterol, both of which put you at further risk for stroke. Plus, smoking puts you at increased risk, so you'll need to quit."

"I don't know about all that," Mr. Adams responded.

"Well, to reduce your risk of having another stroke you'll need to change your lifestyle," said Dr. Howard. "That'll mean pills to control the diabetes, cholesterol, and blood pressure, but it'll also mean eating right, exercising, and quitting smoking as soon as you can."

"That sounds like a lot," said Mr. Adams.

"It's your life we're talking about," said Dr. Howard.

"Yeah, well, I handled this stroke OK, and you know, when the Lord wants to take me, He'll take me whatever I do," said Mr. Adams. "I don't see the need to bother with a bunch of new pills."

Questions to Case 4:

1. Should Dr. Howard take into account patient's religious beliefs?
2. Should Dr. Howard persuade the patient to take care about his health?
3. Does respecting patient's preferences mean that Dr. Howard should not persuade the patient to change his lifestyle?

3. Imagine a situation:

You are a physician and you are talking to Mr. Adams. Would you try to persuade him to change his lifestyle? What would you tell the patient?

4. Listen to the continuation of the conversation. Is an awareness of patients own beliefs and worldview necessary for a physician? Explain you point of view.

5. Issues for discussion:

1. What principle "Do no harm" or "Bring the greatest benefit" is more acceptable in the work of family physician?
2. Should physician-patient relations be paternalistic or cooperative? Paternalism is behavior of a doctor when he orders to patients to do something. Cooperation means that a physician provide patients with all the information they need to make their decisions.
3. Is there patient centeredness in health care of Ukraine?

Case 5

1. Read about the role of doctors in society. What other functions may doctors have?

Before the discovery of modern medicine, life was fleeting¹ for humans. The environment was replete with unseen dangers² in the form of disease and medical conditions. Then medical practice changed into an organized profession, and humans experienced a significant improvement in the quality of life. Aided by modern scientific innovation, the boundaries of medical technology extended to unimaginable limits³. Nevertheless, even with all these technological innovations, the position of doctors in society hasn't diminished⁴.

Saving Lives. In certain circumstances, a doctor can mean the difference between life and death. Accident and crime victims⁵ and soldiers wounded on the battlefield⁶ know this because their lives depend on the skills of trauma surgeons. People who suffer critical injuries⁷ need a doctor to attend to them quickly because delaying treatment might simply mean death.

Extending Life. Doctors are responsible for increased life expectancy⁸ and improved well-being⁹ in society. People who survive diseases such as cancer usually owe their survival to doctors¹⁰, whose skills and dedication¹¹ are vital for their cure. Modern medical technology coupled with¹² doctors' care can give persons diagnosed with terminal illnesses hope of living longer.

Humanitarian Work. Doctors perform humanitarian work¹³ in society and help disseminate¹⁴ information about how to avoid so-called lifestyle diseases. Doctors may work as volunteers on missions ranging from providing care to disaster victims to training medical personnel in the developing world.

Controlling Epidemics and Conducting Research. When disease outbreaks¹⁵ occur, information provided by doctors can help contain the epidemic¹⁶. They also prevent the spread of disease by alerting the public to factors¹⁷ – such as poor hygiene and risky behaviors – that spread disease. Doctors also work alongside researchers to find new cures for diseases, running drug tests on consenting patients¹⁸.

Notes:

1. fleeting – швидкоплинний
2. to be replete with unseen dangers – наповнений невидимими небезпеками
3. to extend to unimaginable limits – розширюватися до неймовірних меж
4. to diminish – применшувати
5. accident and crime victims – жертви аварій та злочинів
6. wounded on the battlefield – поранені на полі бою
7. critical injuries – важкі травми
8. life expectancy – тривалість життя
9. well-being – здоров'я
10. to owe their survival to doctors – завдячувати лікарям своїм виживанням
11. dedication – відданість
12. coupled with – разом з
13. humanitarian work – гуманітарна робота
14. to disseminate – поширювати
15. disease outbreaks – спалахи хвороби
16. to contain the epidemic – придушувати епідемію
17. to alert the public to factors – попередити громадськість про фактори
18. consenting patients – пацієнти, що надали згоду

2. Case study. Read the case from physicians' practice and answer the questions.

Case 5. Dr. Reed has a female patient, Sarah Williams, suffering from Asperger's syndrome. It is an autism spectrum disorder that is characterized by significant difficulties in social interaction and nonverbal communication, alongside restricted and

repetitive patterns of behavior and interests. Dr. Reed says to the patient that she shouldn't have kids, because the child could be born with Asperger's, like her.

Questions to Case 5:

1. Should a situation in which not existing at all (as distinguished from death) will be regarded as better than living? Here are a few, but not all, possible answers. Decide which answer applies to you most, giving your reasons.

YES. There may be cases, although rare, in which it can be determined that it would be better for someone not to be born than to live with severe disabilities.

NO. Living with defects can never be compared to not having a life at all. Every person has the right to live, not the right not to live. There can never be a situation in which not existing is preferable to living with defects.

2. Discuss what the patient may feel?

3. Will she follow doctor's advice?

4. Listen to the patient's description of this case. What is her opinion about life with disease?

3. Imagine a situation:

You are a physician and you are consulting Sarah Williams. Would you give her the same advice as Dr. Reed?

4. Write an essay on the topic.

What are the most valuable things for you?

Notes for a teacher

Case 1.

2. A PHYSICIAN SHALL behave towards his colleagues as he would have them behave towards him. A PHYSICIAN SHALL NOT entice patients from his colleagues.

Case 1. Dr. Smith's conduct was deficient in: (1) COMMUNICATION – he made no attempt to communicate with the patient; (2) CONSENT – he did not obtain her informed consent to treatment. (3) COMPASSION – his dealings with her displayed little compassion.

Case 3.

Listen to the patient's opinion about doctor's behavior in this case. Will the patient be honest with the doctor in future?

Case 3. I was so humiliated by this interaction that I left the appointment telling myself that in the future, I will just tell her that I exercise four times a week, both weight-lifting and running, whether or not it's true. But should I have to lie to feel comfortable talking to my physician?

Maybe my doctor was right. Maybe I should make time to get to the gym more consistently, even if it means getting six hours of sleep instead of seven. But did she have to advise me in such a condescending manner? Probably not.

Case 4.

Listen to the continuation of the conversation. Is an awareness of patients own beliefs and worldview necessary for a physician? Explain your point of view.

Case 4. Dr. Howard responded, “Look, God is in control, but that doesn’t mean we don’t have to take some responsibility for our lives. He gave us free will and allowed us to choose what to do. And now you’ve got a choice whether to save your life, and you can’t just palm that off on God.”

“Well, I guess not,” said Mr. Adams.

“Good,” said Dr. Howard. “I’ll have one of our stroke educators come talk to you more about this, and we’ll get you set up with a doctor to have your diabetes, cholesterol, and blood pressure followed.”

Cultural Competence

Respect patients and their culture and beliefs.

Understand that the patient’s view of you may be defined by ethnic or cultural stereotypes.

Be aware of your own biases and preconceptions.

Know your limitations in addressing medical issues across cultures.

Understand your personal style and recognize when it may not be working with a given patient.

Case 5.

Listen to the patient’s description of this case. What is her opinion about life with disease?

Case 5. I was once told that I shouldn’t have kids, because the child could be born with Asperger’s, like me. I answered with a question – “Would you have given the same advice to my parents?”

“Well,” came the answer, “look at all the difficulties you’ve had, and the pain you’ve had. Surely you wouldn’t wish that on a child.”

Well, it’s true that living my life with Asperger’s has often been difficult. Yes, I have dealt with pain and rejection. In a perfect world I wouldn’t want a child to go through the same issues. But is life just about avoiding pain? Or is there something more?

Looking back on my life, I find that the most painful experiences taught me the most valuable lessons. But, you never learn what those lessons will be until you’re on the other side. How can you judge the quality of a person’s life and experiences, before they have had them?

REFERENCES:

1. Casebook on benefit and harm : Bioethics core curriculum casebook series, №2. Paris : UNESCO, 2011. 140 p. URL: unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000192370 (Last accessed: 20.06.2019).
2. Casebook on human dignity and human rights : Bioethics core curriculum casebook series, №1. Paris : UNESCO, 2011. 144 p. URL: unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000192371 (Last accessed: 20.06.2019).
3. Parker M., Dickenson D. The Cambridge medical ethics workbook. Cambridge : Cambridge University Press, 2003. 359 p.
4. Runzheimer J., Johnson L. Medical ethics for dummies. Indianapolis : Wiley Publishing, Inc., 2011. 368 p.
5. Sommerville A. Everyday medical ethics and law. Chichester : John Wiley & Sons, Ltd., Publication, 2013. 297 p.
6. World Medical Association International Code of Medical Ethics. URL: wma.net/wp-content/uploads/2006/09/International-Code-of-Medical-Ethics-2006.pdf
7. Williams J. R. Medical Ethics Manual. 3rd edition. The World Medical Association, Inc., 2015. 134 p. URL: wma.net/wp-content/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf (Last accessed: 20.06.2019).

Додаток Ш

Методична розробка практичного заняття для студентів 2 курсу медичного факультету зі спеціальності «Медицина»

I. Тема: Нервова система.

II. Тривалість вивчення теми: 2 год.

III. Мета.

Загальна: формування у студентів іншомовної професійно орієнтованої комунікативної компетентності.

Конкретна – забезпечити набуття студентами спеціальних компетентностей, а саме:

- здатність коректного використання структурно-лексичних аспектів іноземної мови спеціальності у процесі навчання та професійної діяльності;
- здатність застосування іноземної мови під час професійної діяльності в галузі мікробіології, цитології та гістології в іншомовному середовищі;
- здатність застосування іноземної мови під час професійної діяльності на робочому місці, в адміністративних закладах охорони здоров'я та університетських лікарнях в іншомовному середовищі;
- здатність проведення медичної консультації у іншомовному середовищі; володіння іноземною мовою під час міжособистісної взаємодії у професійному середовищі;
- здатність здійснення усного та письмового перекладу науково-медичної літератури іноземною та рідною мовами;
- здатність розуміння оригінальної літератури іноземною мовою на медичну тематику, інтерпретації змісту загальнонаукової літератури іноземною мовою;
- здатність використовувати іноземну мову спеціальності на належному рівні; дотримання граматичних норм іноземної мови.

V. Хід заняття.

1. Організаційна частина. Повідомлення теми, мети, основних завдань. Мотивація навчальної діяльності.

2. Розминка.

Завдання 1. На сторінці <http://doctor-communication.vn.ua> прочитайте одну з останніх медичних новин та коротко перекажіть її зміст.

3. Засвоєння нового лексичного матеріалу.

Завдання 2. Прочитайте слова. Знайдіть їх переклад у словнику та заповніть таблицю:

word	transcription	in Ukrainian
afferent	[ˈæfərənt]	
arachnoid membrane	[əˈræknɔɪd]	
brain stem	[breɪn stem]	
cerebellum	[ˌserɪˈbeləm]	
cerebrum	[səˈriːbrəm]	
choroid plexus	[ˈkɔːrɔɪd ˈpleksəs]	

dura mater	[ˌdʒʊərə'meɪtə]	
effector	[i'fektə]	
efferent	[ˈefərənt]	
glia	[ˈɡliːə, 'gli:ə]	
medulla	[mɛ'dʌlə]	
meninge	[mɪ'nɪndʒ]	
midbrain	[mɪd'breɪn]	
pia mater	[ˌpaɪə'meɪtə]	
pons	[pɒnz]	
spinal cord	[ˈspaɪnəl kɔ:d]	
stimulus	[ˈstɪmjʊləs]	

Завдання 3. Заповніть пропуски у реченнях, використовуючи слова з таблиці.

1. _____ is the cylindrical bundle of nerve fibres and associated tissue which is enclosed in the spine and connects nearly all parts of the body to the brain.
2. The three connective tissue membranes that line the skull and vertebral canal and enclose the brain and spinal cord are called _____.
3. The connective tissue of the nervous system, consisting of several different types of cell associated with neurons is _____.
4. In Biology, an organ or cell that acts in response to a stimulus is called an _____.
5. A _____ is a thing or event that evokes a specific functional reaction in an organ or tissue.
6. The _____, or top portion of the brain, is divided by a deep crevice, called the longitudinal sulcus.
7. Sensory _____ neurons convey information from tissues and organs into the central nervous system.
8. _____ neurons transmit signals from the central nervous system to the effector cells and are sometimes called motor neurons.

4. Формування вмінь і навичок.

Завдання 4. Робота в парах. Продивіться відео, яке розміщено за адресою <http://doctor-communication.vn.ua/2019/02/24/how-does-the-nervous-system-work>.

Дайте відповіді на питання:

1. What are the two major parts of the nervous system?
2. What do the central and the peripheral nervous system do?
3. How is the motor division of the peripheral nervous system divided?
4. What does the sensory division of the peripheral nervous system do?
5. What does the nervous tissue contain?
6. What types of sensory neurons are there and what does each of them react to?
7. How do neurons transmit messages?
8. What types of synapses are there? What is the difference between them?
9. What are the two kinds of neurotransmitters? What is the difference between them?
10. What are the main neurotransmitters?

Завдання 5. Прочитайте текст. Визначте, чи є подані нижче речення правдивими. Виправте неправильні твердження.

1. The CNS is a vast network of spinal and cranial nerves that are linked to the brain and the spinal cord.
2. The autonomic nervous system has voluntary control of internal organs, blood vessels, and muscles.
3. Voluntary body movements are controlled by the somatic nervous system.
4. Parasympathetic division dominates and controls the body during stressful situations and the sympathetic division dominates and controls the body during nonstressful situations.
5. The CNS detects a stimulus and facilitates the appropriate response in the effector organ or muscle.
6. There are no reflexes which don't involve the brain.
7. The brain and spinal cord are protected by bony structures, membranes, and fluid.
8. The peripheral nervous system regulates organ function, higher thought, and movement of the body.

The human body's nervous system is divided into two parts: the central nervous system (CNS), consisting of the brain and the spinal cord, and the peripheral nervous system (PNS). The peripheral nervous system includes 12 cranial nerves 31 pairs of spinal nerves. It is a way of communication from the central nervous system to the rest of the body by nerve impulses that regulate the functions of the human body. It can be subdivided into the somatic and autonomic systems.

The somatic nervous system is associated with the conscious control of body movements through the action of skeletal muscles, and also reception of external stimuli. The somatic nervous system consists of afferent fibers that receive information from external sources, and efferent fibers that are responsible for muscle contraction.

The autonomic system deals with the visceral organs, like the heart, stomach, glands, and the intestines. It regulates systems that are unconsciously carried out to keep our body alive, such as breathing, digestion, and regulation of the heartbeat. The autonomic system consists of the sympathetic and the parasympathetic divisions. The sympathetic nervous system activates "the fight or flight response", as it is most active under sudden stressful circumstances. The parasympathetic system conserves energy as it slows the heart rate, increases intestinal and gland activity, and relaxes sphincter muscles in the gastrointestinal tract.

Information is sent from the PNS to the brain, which serves as the activity headquarters of the CNS. Through the five senses (sight, smell, touch, hearing, and taste), the CNS detects a stimulus, which is a change that prompts a response in a living organism. The brain then processes the transmitted information and initiates the appropriate response in the effector. An effector is an organ, such as a muscle or gland, which responds through some kind of reaction when receiving a stimulus.

The spinal cord connects the brain to the peripheral nervous system. Protected by a bony canal, it extends down to the end of a column, which is made up of bones called vertebrae. The spinal cord has three main functions:

- direct reflexes (a knee jerk or pulling one's hand away from a hot surface) which only pass through the spinal cord and don't involve the brain;
- conduct sensory impulses from the afferent neurons to the brain through ascending nerve tracts;
- conduct motor impulses from the brain through descending nerve tracts to the efferent neurons that communicate with the body's glands and muscles.

The brain is the other major organ that makes up the central nervous system. Weighing approximately a little over 1 kilogram, the brain consists of over 100 billion neurons and trillions of glia. The brain is covered by fluid, membranes, and bones. Housed in the skull, the brain is enclosed by a total of 14 bones. Because the brain is such an important organ, it needs a lot of protection. The initial layer of protection is the scalp, or skin layer, which contains the hair follicles. Right beneath the scalp is the skull, which is followed by three layers of connective tissues called meninges. The outermost layer of the meninges is made up of thick fibrous tissue called the dura mater, which lines the skull. Because of its thickness, the dura mater keeps the brain from moving too much in the skull. The next layer is the arachnoid membrane made up of web-like strands of connective tissue. Finally, the innermost layer is called the pia mater, which is closest to the brain and spinal cord.

The brain is made up of many major parts that function as an integrated unit. The brain stem is the first major part. This consists of the medulla, pons, and midbrain. The remaining major parts are the cerebellum, the hypothalamus, the thalamus, and the cerebrum. In addition to these major parts, the brain consists of four cavities, or ventricles. There are two lateral ventricles, as well as a third and fourth ventricle. Within each ventricle is a choroid plexus, a capillary network that forms cerebrospinal fluid using blood plasma. This tissue fluid circulates in and around the brain and spinal cord.

Завдання 6. Виконайте он-лайн вправу, яка розміщена за адресою <https://learningapps.org/watch?v=p8t7pj9wj18>.

5. Пояснення домашнього завдання.

6. Підведення підсумків заняття, оцінка роботи студентів.

Додаток Ю

Методика формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання Навчально-методичні матеріали

Unit 1. How to make a great first impression with patients

Stage 1. Motivation.

You don't have a second chance to make a great first impression. In psychology, a first impression is the event when one person first meets another person and forms a mental image of that person. If twenty random numbers were read aloud, most people would remember the first few numbers and the last few numbers. We tend to remember beginnings and endings. It is the same with patients; they tend to recall what they hear at the beginning and the end. This is how our brains are constructed. Let's discuss some questions about a first impression.

1. How long does it take to make a first impression?
2. Is it easy to change a first impression?
3. Is first impression of a person important? Why?
4. Have you ever had a negative first impression of a person? Why? Has your impression changed?
5. Is first impression of a doctor important for patients? Why?
6. Have you ever had a negative first impression of a doctor? What happened? Has your impression changed?
7. Imagine that you are a private practitioner. When is the first impression of you formed?

So the first impressions about people often turn into long-term reputations. Within the first few seconds of meeting a new person, an opinion is formed. These opinions are often difficult to overcome or undo, making the first meeting extremely significant. Accordingly, the first impression a doctor and a patient make of one another is the most important one. In those first few minutes in the room with the doctor, the patient will decide if he/she can feel comfortable sharing information with the doctor, if he/she can trust a doctor.

Stage 2. Getting knowledge.

1. Brainstorming.

What things are important for a first impression?

Doctors' appearance may be more important than they think and what the doctor wears is a part of the patient's first impression. A recent study showed that about one-third of patients' family members in an intensive care unit considered a lack of tattoos and piercings important in their first impression of a physician.

What clothes are most suitable for a doctor?

What clothes are not suitable for doctors?

2. How to make a great first impression with patients?

Remember that most patients will be nervous and uncomfortable meeting a doctor for the first time. But the doctor's job is to try in every way possible to relax the patient and make him/her comfortable and make the patient feel that he will be helped. In order to avoid building any sort of a barrier in interaction with the patient the doctor should use some simple strategies during the initial doctor-patient meeting.

Work in groups. Read advice for doctors how to make a great first impression with patients. Fill in the gaps with the words in frame.

Part 1.

introducing	accompany	record	expression	greeting
-------------	-----------	--------	------------	----------

- ✓ Review the patient's medical 1 _____ before you enter the exam room.
- ✓ Have an open, friendly 2 _____; smile.
- ✓ Take the initiative in 3 _____ patients. Don't wait for the patient to speak, because some patients will interpret this as indifference.
- ✓ Greet the patient by name before 4 _____ yourself. State your name and role. Use the patient's name whenever possible.
- ✓ Introduce any colleagues who may 5 _____ you.

Part 2.

expressions	face	permission	eye contact	agreement
-------------	------	------------	-------------	-----------

- ✓ Exercise caution in touching the patient. All touch should be by mutual 6 _____ between provider and patient. Ask 7 _____ to conduct an exam, particularly if it is a first visit.
- ✓ Make 8 _____; look at the patient directly.
- ✓ Sit at eye level.
- ✓ Use facial 9 _____ in response to the patient's comments as a way of letting the patient know you are listening attentively.
- ✓ 10 _____ the patient while reading the patient's medical record or speaking.

Part 3.

attention	dedicate	interaction	clothed	impression	amount
-----------	----------	-------------	---------	------------	--------

- ✓ Begin the therapeutic contact when the patient is fully 11 _____.
- ✓ Create a favourable 12 _____ in 60 seconds. The 13 _____ of time a physician spends with a patient contributes significantly to the patient's satisfaction with an office visit. In a busy practice, it's not always possible to 14 _____ as much time to a visit as a patient may want or expect. If, however, you give a patient your undivided 15 _____ for the first 60 seconds of your encounter, you will leave the patient feeling that he or she had a meaningful 16 _____ with you – and not feeling that the visit was too short.

3. Listen to advice which helps doctors to make a great first impression with patients. While listening, write down each piece of advice in two or three words and fill in the table. Work in groups and compare your tables.

No	Tip
1	First – review the patient’s record.

Stage 3. Pair work.

1. Study the conversation and practice it.

Doctor: Good afternoon, Mr Johnson. My name is Susan Smith. I'm a primary care physician.

Patient: Good afternoon, Dr Smith.

Doctor: First, I'd like to check some information about your personal details, if I may.

Patient: Ok.

Practice the conversation with two students. Use your name.

2. Decide what category each question refers to: a. personal details; b. family history; c. social history.

1. Do you have any brothers or sisters? b
2. Do you have any children?
3. Do you work?
4. Do you have any problems at work?
5. Does anyone in your family have a serous illness?
6. What is your family name?
7. Are you married or single?
8. What is your telephone number?
9. What is your first name?
10. What is your date of birth?
11. Can you tell me what your address is?
12. What is your full name?

Ask and answer the questions.

3. Read the patient's answers and write the questions a doctor should ask. Use the questions in ex. 2. Practice the conversation.

Doctor: 1

Patient: John Smith.

Doctor: 2

Patient: 20.05.1978.

Doctor: 3

Patient: Yes, I do. I am a manager.

Doctor: 4

Patient: 34 Elmore Street, London.

Doctor: 5 _____

Patient: 020 786 7676

Doctor: 6 _____

Patient: Yes, I've got 2 children.

Practice the conversation again. Use your personal information.

Stage 4. Role play.

Work in pairs. Imagine that you are a doctor and a patient. Make up and act out a conversation between a doctor and a patient.

Role 1. You are a doctor in a clinic. A patient comes to meet you for the first time. Introduce yourself to make a positive first impression. Your task is to start the dialogue with the patient and to make a positive first impression. You should also question the patient to find out personal information and fill in the patient information sheet.

SURNAME	<i>Johnes</i>	FIRST NAMES
AGE	SEX	MARITAL STATUS
ADDRESS		
PHONE		
OCCUPATION		
PRESENTING COMPLAINT		

Role 2. You are Mrs./Mr. Lucy/Sam Johnes. You were born on the 24.08.1971. You are a teacher at an elementary school. Your home address is 68 Monkton Avenue, Manchester. Your phone number is 0975611686. You have 1 child, but you got divorced.

Role 3. You are a doctor. You go to a patient's call. Introduce yourself to make a positive first impression. Your task is to start the dialogue with the patient and to make a positive first impression. You should also question the patient to find out personal information and fill in the patient information sheet.

SURNAME	<i>Becks</i>	FIRST NAMES
AGE	SEX	MARITAL STATUS
ADDRESS		
PHONE		
OCCUPATION		
PRESENTING COMPLAINT		

Role 4. You are Mrs. / Mr. Fred / Olivia Becks. You were born on the 3.10.79. You are a bank manager. Your home address is 345 Adelaide Drive, Glasgow. Your phone

number is 0667921229. You are married and have 3 children. You live with your parents.

Stage 5. Discussions and problem-solving.

1. Work in groups. Think the problem situation over and offer your solution.

You are an owner of a clinic. In the clinic there are sinks in the halls between exam rooms to save on construction costs, which is why patients can't see doctors washing their hands before examination. Several patients complained that their doctors had not washed hands. What should doctors do to avoid patients' dissatisfaction?

2. Do you agree or disagree?

"The First impression is the Last impression."

Unit 2. The course of the interview

Stage 1. Motivation.

Asking good questions is productive, positive, creative, and can get us what we want. Most people believe this to be true but sometimes doctors do not ask enough good questions or their questions are not effective. Let's discuss one of the cases from the family physician's experience.

A 88-years-old patient suffering from both congestive heart failure and renal failure was referred to me. Now his cardiologist has referred him back to us, his primary-care providers. Why send him here? I wonder. A cardiologist and a nephrologist haven't been able to help him, so how can I? I'm a family doctor, not a magician.

Still, my first instinct is to do something to improve the functioning of his heart and kidneys. I start talking about the possibilities, knowing that it's useless to try. Then I remember a palliative-care physician's words about caring for the elderly: "We forget to ask patients what they want from their care. What are their goals?"

I pause, then look this dignified man in the eye and ask "What are your goals for your care?" "How can I help you?"

My intuition tells me that he would like to see his great-granddaughter get married next spring or to live long enough so that he can celebrate 60th wedding anniversary.

But he says "I would like to be able to walk without falling. Falling is horrible."

That's all? Suddenly I feel that I may be able to help, after all.

1. What enabled the doctor to help the patient? Was asking effective questions useful in this case?

2. Can a doctor help a patient without asking questions?

3. Is asking effective questions important for a doctor? Why?

4. What does it mean to ask effective question? When asking effective questions, should a doctor wait for the answer or provide the answer?

Interviewing is often considered part of the "art" in contrast to the "science" of medicine. Asking the right question can lead to the desired result so it's very important to learn how to do it.

Stage 2. Getting knowledge.

1. Before reading, check these phrases with your teacher.

chief complaint, history of present illness, social history, family history, open-ended question, close-ended question, leading question, obtain the information, provide the information, find out, suggest, avoid, look for

2. Work in groups. Read advice for doctors how to question patients effectively. Fill in the table after the text.

Part 1.

The interview should start with the patient's explanation of the chief complaint and the history of present illness. Note how the doctor starts the interview: *What seems to be a problem? What troubles you? What can I do for you? What do you complain of? What's brought you along today?*

In the course of the conversation the doctor can question the patient by using open-ended and close-ended questions. Open-ended questions are questions that require the patient to answer with more than a simple *yes* or *no* or *node of the head*. They allow the doctor to obtain the most information about the patient's problem. Examples of open-ended questions are: *How would you describe the pain? How often does this occur? Can you tell me more about these attacks?*

Close-ended questions generally limit the patient's response to either *yes* or *no* or *node of the head*. They are used to find out specific pieces of information. When closed-ended questions are required, the doctor should try to alternate them with open-ended ones. Examples of close-ended questions are: *Have you experienced this kind of pain before? Do you feel the pain anywhere else? Are you sleeping well?*

In general, open-ended questioning is the preferred technique to use during patient interviews to encourage the patient to disclose more information. Open-ended questions can be followed by more direct close-ended ones. They should be used only if the open-ended questions do not provide the doctor with the necessary information.

For example, if you ask the patient a closed-ended question such as *"Do you take your medications as directed by your physician?"* you will most likely receive a response of *yes*. Instead, if you ask the patient an open-ended question such as *"How are you taking this medication"* the answer will likely include more details like the dose and frequency. The patient may believe that he or she is taking the medication correctly, but using open-ended questions you may discover that this is not true.

What to do	Examples
Start the interview _____	<i>What seems to be a problem?</i> _____
Use open-ended questions which are questions that require _____	<i>How would you describe the pain?</i> _____ _____

Alternate open-ended questions with close-ended ones which	<i>Have you experienced this kind of pain before?</i>
_____	_____
_____	_____

Part 2.

During a conversation with the patient, the doctor should learn about the patient's family and social history asking questions like: *How many members are there in your family? What activities do you participate in? Are there any stressors that may be contributing to your present condition?* This will help the doctor understand the patient better in the context of his/her illness and will enable him/her to treat the patient more effectively.

The doctor should not ask leading questions which are expressed in such a way that they suggest what the answer should be. An example of leading question is *"You do not miss any doses of your medication, do you?"* By phrasing the question in this manner, the patient feels obliged to say *"No, I don't"* because the question implies that the patient should not be missing doses. The patient may give the answer he or she thinks the doctor wants, rather than the truth. So, to obtain an accurate response, leading questions should be avoided.

"Why" questions may make the patient feel the need to defend his choices and actions. But it may be necessary to learn the reasons of the patient's actions. In this case the question you use may impact the response. For example, if you want to know why a patient is missing doses of prescribed medication, instead of asking *"Why do you miss your doses"* you may ask *"What causes you to miss doses?"*

The doctor should, also, avoid asking questions that are too broad because the patient may not be quite sure what information the doctor is looking for.

It is often necessary in the course of the interview for a doctor to repeat the information he/she has received from the patient. For example: *So you have had this uncomfortable pain for a month now and it gets you really worried.* In this way, the patient will know that the doctor understands him or her and listens attentively. Moreover, the patient will feel that someone cares and is determined to help.

What to do	Examples
Learn about the patient's family and social history	<i>How many members are there in your family?</i> _____
Avoid asking leading questions which _____	_____
Avoid asking <i>"Why"</i> questions because _____	Instead of asking <i>"Why do you miss your doses"</i> you may ask _____

Stage 3. Pair work.

1. Look at these questions and decide whether they are open-ended or close-ended ones. Write O for open-ended question and C for close-ended one.

1. Does anything make the pain worse? C
2. Have you noticed any blood in the sputum?
3. What medicines did you take?
4. Does the pain spread anywhere else?
5. When did the pain start?
6. Did you take your medications this morning?
7. Do you smoke?
8. Where does it hurt?
9. What kind of pain is it?
10. Do you have to get up at night?
11. How are you feeling today?
12. Is the pain behind your eyes?
13. Have you had diarrhea?
14. Are you feeling well today?

2. Decide which questions should not be used by a doctor in the course of the patient interview. Explain why. Change the inappropriate questions so that they can be used by a doctor.

1. You don't suffer from double vision, right?
2. Why don't you follow a bed regimen?
3. Your stools are black, aren't they?
4. Have you any trouble with your stomach or bowels?
5. What is your appetite like?
6. Your appetite is OK, isn't it?
7. Why do you miss meals?
8. No problems with your stomach or bowels, right?
9. Have you noticed any pain in your muscles?
10. Why did you stop taking medicines?
11. Any problems with your breathing?
12. Why don't you exercise?
13. Which part of your chest is affected?
14. When did cough start?
15. You follow a diet, don't you?

3. Look at these questions. Are they ways of: 1 determining the patient's chief complaint, 2 assessing any associated problems, 3 assessing any aggravating or relieving factors, 4 determining the type of pain, 5 determining the location of pain, 6 determining the duration of the chief complaint. Write these headings in A-F in the table.

A determining the patient's chief complaint	B
What seems to be a problem? What troubles you? What can I do for you? What do you complain of?	How long have you had it? When did you first notice this pain? When did the pain start? How long does the pain last?
C	D
Where does it hurt? Where is it sore? In which part of your ___ do you feel pain?	How would you describe the pain? What is the pain like? What kind of pain is it?
E	F
Is there anything that makes it better? Does anything make it better? Is there anything that makes it worse? Does anything make it worse?	Is there anything else you feel at the same time? And have you had anything else with it?

4. Read the patient's answers and write the questions a doctor should ask. Use the questions in ex. 3. Practice the conversation.

DOCTOR: 1 _____

PATIENT: I have pain in the chest.

DOCTOR: 2 _____

PATIENT: Well, right across my chest.

DOCTOR: 3 _____

PATIENT: It's like a heavy weight pressing on my chest, and it goes up into my neck and into my left shoulder and down the left arm.

DOCTOR: 4 _____

PATIENT: Well, I suppose about six months ago.

DOCTOR: 5 _____

PATIENT: If I stop or rest for a bit it goes away.

DOCTOR: 6 _____

PATIENT: Yes, I've had shortness of breath.

5. Practice the conversation in ex. 4 again. Use replies from the list.

1) a pain in my stomach / right side / a dull ache / a couple of years ago / no, but it's worse after a heavy meal / bloating and belch.

2) a headache / around my head / like a tight band squeezing my head / a couple of months ago / if I take painkillers it goes away / I feel lightheaded when I have a headache.

Stage 4. Role play.

Work in pairs. Imagine that you are a doctor and a patient. Make up and act out the conversation between a doctor and a patient.

Role 1. You are a doctor. A patient comes to see you. You should find out what the patient's problems are. Use the correct questioning technique. Fill in the PRESENTING COMPLAINT part in the patient information sheet.

Follow the plan:

1. Determine the patient's chief complaint.
2. Determine the location and the type of pain.
3. Determine the duration of the chief complaint.
4. Assess any aggravating or relieving factors.
5. Assess associated problems.

Role 2. You are a patient. You come to see a doctor. A doctor should question you to find out all your symptoms. Your task is to answer doctor's questions. You are Kevin Hall, a 53-year-old driver, married. You have got a crampy pain all over your stomach which started two days ago. It worsens after eating and is accompanied by nausea, weakness, anorexia and vomiting.

Role 3. You are a patient. You come to see a doctor. A doctor should question you to find out all your symptoms. Your task is to answer doctor's questions. You are Susan Black, a 20-year-old student, single. You've got a pain in the right ear and a dull headache at the back of the head, which started two days ago. The pains get worse after bending your head and are accompanied by fever 37,6° C.

Patient's card №1

SURNAME	<i>Hall</i>	FIRST NAMES	<i>Kevin</i>
AGE	<i>53</i>	SEX	<i>M</i>
	<i>Married</i>	MARITAL STATUS	
OCCUPATION	<i>Driver</i>		
PRESENTING COMPLAINT			

Patient's card №2

SURNAME	<i>Black</i>	FIRST NAMES	<i>Susan</i>
AGE	<i>20</i>	SEX	<i>F</i>
	<i>Student</i>	MARITAL STATUS	<i>Single</i>
OCCUPATION	<i>Student</i>		
PRESENTING COMPLAINT			

Stage 5. Discussions and problem-solving.

1. Work in groups. Think the problem situation over and offer your solution.

A patient comes to see you for the second time. You prescribed him medicines when he visited you for the first time but now you are not sure that he has been taking them. How can you find out the truth?

2. Do you agree or disagree?

"If you want to get accurate information, ask right questions."

Unit 3. Listening a patient

Stage 1. Motivation.

1. Have you ever had a conversation with someone who was clearly distracted? While you were talking, maybe they answered their phone, typed an email, interrupted you before you were finished or even refused to make eye contact.
2. As you reflect on that conversation, how did that make you feel? Did you feel valued? Did you feel understood?
3. Have you ever had a conversation with a doctor who didn't listen to you? How did you feel? Did the doctor help you?

Let's discuss one of the cases told by a patient.

With my husband starting a new position, us moving to a completely new area, and me starting a new job myself, my life was nothing short of complete chaos. With all the change occurring, unusual health symptoms started to appear in my life. Weight loss, hair loss, and having minor panic attacks were only just a few.

After a few weeks, I decided to see a doctor. I went to my appointment and provided the medical assistant with all my information and explained my symptoms in detail. Taking notes, she said, "The doctor will be in shortly."

Several minutes passed and the doctor entered the room. She introduced herself and started reviewing my symptoms with me. Minutes go by with her talking, reviewing my chart and sharing a list of my potential diagnoses. As she continued to speak, one specific diagnosis resonated with me and all I could focus on was the negative potential outcomes. I was only focused on the worst. By this point, I tuned-out of the conversation and all I remembered was the doctor saying, "Do you have any questions?" Of course, I had lots of questions, but I found myself speechless in that moment. She looked down at the chart and stated, "No questions, have a great day..." and walked out of the room. I sat there in silence and was on the verge of tears. I wondered why the doctor didn't ask me to share my symptoms. She simply repeated the information I provided to the medical assistant and a list of potential diagnoses.

I decided to seek a second opinion. I scheduled an appointment and was quickly back in another exam room. A medical assistant entered the room and performed a typical medical routine. She asked me several questions and stated, "The doctor will be in shortly." I had a flash of déjà vu. "Here we go again," I thought.

Within minutes, the doctor entered the room, but this time it was different. He introduced himself, sat down, and started to ask me some personal questions, nothing medical related. After several questions, he just sat back and said, "Tell me about your life over the past few months." I started to explain every detail possible to him as he just sat there and continued to listen.

Finally, he told me, "I can tell you your exact diagnosis based on your story. You simply are stressed and experiencing anxiety." Of course, I questioned him for reassurance, but he explained to me, "When you take the time to listen to your patients, they simply will tell you their diagnosis."

4. Which of the two doctors helped the patient? What was the difference between them?
5. Do patients want doctor to listen? Why?
6. Why is listening to patients important for doctors?

7. What does it mean to be a good listener?

Engaging in active listening is simply practicing good medicine. Allowing the patient to speak freely and control the conversation demonstrates interpersonal and communication skills. An appropriate diagnosis by the physician depends on his or her ability to explain symptoms and concerns, but it also depends on the ability to listen. If a doctor does not take the time to listen, the patient's perception may be that the doctor is not interested in what the patient has to say. As a result, the doctor can potentially be misinforming the patient or misdiagnosing the patient.

Stage 2. Getting knowledge.

1. Before reading, check these phrases with your teacher.

active listening, reflective listening, empathic listening, wince, pose a question, convey empathy, clarify, subtle changes in facial expression, nod the head, brief confirmations, sympathetic and supportive, dismiss

2. Work in groups. Read about types of listening used in doctor-patient communication. Fill in the table after the text. Compare your table with the other groups.

Being a good listener is a key to providing care that conveys empathy for the person as well as interest in his or her health problems. The patient who feels that the clinician has been an attentive listener is comforted and more likely to have a positive impression of a doctor. Equally important, the clinician obtains essential information from the patient. There are three types of listening that may be used in doctor-patient communication. They are active listening, reflective listening and empathic listening.

Active listening involves respond to the patient through brief statements, body movements, or facial expressions that confirm that you are listening to what the patient is saying. Use subtle changes in facial expression – a slight widening of the eyes or a wince – to convey not only that you are listening but understand the patient's feelings. Nod your head at key points in the patient's statements. Lean slightly forward and make eye contact. Offer brief confirmations that you hear what is being said and understand. "I see" said while looking directly at the patient may be all that is required.

Reflective listening involves repeating something the patient has said. This not only confirms that you heard the statement but provides an opportunity to confirm or clarify what you heard. Reflective listening can also convey empathy. To be a reflective listener a physician should:

- ✓ Repeat a key part of the patient's statement. For example: *Patient: The pain usually starts on the left side. Clinician: On the left side.*
- ✓ Paraphrase the statement. For example: *Patient. The headaches get even worse when I come home at night and still have work to do. Clinician: So you're already exhausted when you get home, and the headaches get worse when you think about all you have yet to do.*
- ✓ Pose a question to clarify of the patient's statement. For example: *Are you saying that the pain is worse when.....?*
- ✓ Avoid interrupting the patient, as well as colleagues and coworkers.

- ✓ Briefly summarize what the patient has said as a way of clarifying, empathizing, and transitioning to a discussion of next steps.

Empathic listening means addressing the emotional element of a patient's experience and demonstrating empathy. Make a response to the patient that is sympathetic and supportive by using phrases like: *That must have been difficult for you. You seem concerned. You are understandably anxious about all this. This isn't easy, but you are clearly trying.* Ask the patient not only about symptoms and complaints, but also about his/her emotions. Encourage the patient to talk about problems rather than dismissing them.

Type	Meaning	What to do
Active listening		
Reflective listening		
Empathic listening		

Stage 3. Pair work.

1. Read the dialogue between a doctor and a patient. How does the doctor show that he is listening to the patient attentively? What type of listening does the doctor use? Underline phrases which prove that.

DOCTOR: Ah good morning. Mr Hudson. I see from your card that you've just moved in to the area and perhaps you could tell me a little about your previous health as I won't get your records for another month, month or two. And then we can deal with your present problem.

PATIENT: Well. I've actually, I've always been very fit up till now but ...

DOCTOR: Have you ever been in hospital?

PATIENT: Oh, only when I was a child. I had an appendicitis when I was eight.

DOCTOR: Aha. And what's your job, what do you do?

PATIENT: Well, I work for the post office. I'm a postmaster.

DOCTOR: And I see that you're what, 58, now?

PATIENT: Yes.

DOCTOR: Have you always been with the post office?

PATIENT: Yes, well apart from my time in the army you know...

DOCTOR: I see. And you're married. Any family?

PATIENT: Yes, two girls and a boy.

DOCTOR: Fine. That's fine. Now can you tell me what seems to be the problem today?

PATIENT: Well, it's this terrible pain. I've got this terrible pain In my back. I've had it for more than a week now and it's...

DOCTOR: I see, and can you show me exactly where it is?

PATIENT: It's down here, here.

2. Read phrases used by a doctor. Decide which type of listening they refer to. Write A for active listening, B for reflective listening and C for empathic listening.

1. I can understand that it must be frightening for you. C
2. And do I understand correctly that the headache is the worst problem? _____
3. Tell me more. _____
4. So, we want to cover the headaches and the problem they cause at work, cough, colitis, and the medications for the colitis. Is that right? _____
5. That's fine. _____
6. I can see that must have been hard for you. _____
7. Patient: Well, I just want to throw something at him. He makes me so mad! Doctor: So you get mad when he gets on you? _____
8. OK. _____
9. Patient: I get so furious I could scream sometimes. Doctor: You get furious. _____
10. Fine. _____
11. You mentioned that your mother had rheumatoid arthritis; did you think that's what might be happening to you? _____
12. That's a tough situation. _____
13. Aha. _____
14. I can imagine. You've put up with a lot. _____
15. I see. _____
16. I can see that you have been very upset. _____

3. Read the end of the dialogue between a doctor and a patient from ex. 1. Add phrases showing that a doctor is a good listener. Use different types of listening. Practice the conversation.

DOCTOR: Now can you tell me what seems to be the problem today?

PATIENT: Well, it's this terrible pain. I've got this terrible pain in my back. I've had it for more than a week now.

DOCTOR: 1 _____ Can you show me exactly where it is?

PATIENT: It's down here, here.

DOCTOR: 2 _____ And does it go anywhere else?

PATIENT: Yes, it goes down my left leg. And I feel pins and needles in my foot.

DOCTOR: 3 _____ Is there all the time?

PATIENT: Yes, yes it is. It's keeping me awake at night and I can't get out into the garden.

DOCTOR: 4 _____

PATIENT: Yes, I've been taking aspirins but the pain, it just comes back again.

DOCTOR: 5 _____

PATIENT: Yes, I'm really exhausted by the pain.

Stage 4. Role play.

Work in pairs. Imagine that you are a doctor and a patient. Make up and act out the conversation between a doctor and a patient.

Role 1. You are a doctor. A patient comes to see you. You should find out what the patient's problems are. Question the patient; ask about his/ her complaints and symptoms. Make a patient feel that you are an attentive listener using different listening techniques. Write down the questions you should ask.

Follow the plan:

1. Determine the patient's chief complaint.
2. Determine the location and the type of pain.
3. Determine the duration of the chief complaint.
4. Assess any aggravating or relieving factors.
5. Assess associated problems.

Role 2. You are a patient who has got a sore throat. Your throat feels dry, itchy and scratchy. It is painful to eat, speak and swallow. You are completely exhausted. You feel headaches and fatigue. Your condition worsens at night. You should also say to a doctor that you often have a sore throat, about 3-4 times every autumn and winter. You are worried about this because you are a school teacher and sore throat prevents you from working. You think this might be an occupational disease. After sore throat is treated your voice is often hoarse, it's difficult for you to speak.

Role 3. You are a patient complaining of heart palpitations (a feeling of rapid pulse throughout the chest). You have had palpitations for three month, about twice a week. They start suddenly and last for 15 minutes. They are associated with feelings of panic, shortness of breath and dizziness. You should also say to a doctor that you are very anxious about palpitations because you are afraid that you might have a heart attack.

Stage 5. Discussions and problem-solving.

1. Work in groups. Think the problem situation over and offer your solution.

When doctors ask "Do you have any questions?" patients often answer "No", but actually they have a lot of questions and don't dare to ask. How can you encourage your patients to ask questions?

2. Do you agree or disagree?

"Listening to patients means intentionally listening to what is being said, while seeking to understand the other person's values, thoughts, and attitudes."

Unit 4. Explanations and body language

Stage 1. Motivation.

1. When talking with people, do you tend to focus more on what you say, your tone of voice, or your body language?

Psychologists described how we focus ourselves when being talked to:

7 percent of communication comes from the words we say;

38 percent comes from our tone of voice;

55 percent comes from our body language;

Let's focus on our body language as it is the most important.

The non-verbal side of communications is often seen but ignored. In the simple routine of a doctor-patient encounter, the physician's ability to diagnose and treat a medical condition is a major communications exchange. And body language – the gestures, postures, expressions that communicate physical, mental or emotional states – is about

60 percent of the process. People are constantly throwing off a storm of signals. These may be silent (non-verbal) messages communicated through the sender's body movements, facial expressions, voice tone and loudness. Conscious or unconscious gestures and movements are always part of the process.

Let's discuss patients' stories after visiting a doctor.

"The physician hurriedly entered the examination room several minutes late, took furious notes, and turned away while I was talking."

"I could see that the doctor was listening and looking at me. I felt the personal attention by how the doctor looked into my eyes, not making any notes. I could see the interest."

1. What influenced the patient's opinion about the doctor?
2. Was nonverbal behavior of a physician appropriate in each case? Did it influence the patient's satisfaction?
3. Is body language important in doctor-patient communication? Why?
4. What can patient's body language say to a doctor?
5. What can doctor's body language say to a patient?
6. Can body language change the meaning of a verbal message?
7. What do people believe more – spoken words or body language?

A doctor may say to his patient, "There is nothing to worry about; you're going to be completely fine!" which is, one would assume, good news. If the doctor hesitates while speaking, however, and can't maintain eye contact for any length of time, the patient may interpret this as worry. The discrepancy between the doctor's verbal and nonverbal communication can cause the patient to worry about what the doctor may not be telling them.

The wrong body language can easily out-shout the spoken word, and the patient may never hear important medical information and instructions that they need. Conversely, if you want patients to be comfortable in a stressful environment, to truly understand what you have to communicate, and to trust you and your medical recommendations, work on your verbal and your non-verbal messaging.

Stage 2. Getting knowledge.

1. Brainstorming.

What nonverbal behavior discomforts patients?

2. Work in groups. Read advice for doctors how to communicate effectively with patients. Fill in the gaps with the words in frame.

Part 1.

unfolded, distance, interpret, maintain, lean, convey, focused

Good communication contains both verbal and nonverbal elements. Body language can often 1 _____ as much meaning to the patient as a spoken word. The doctor should learn to control the nonverbal behavior that the patient might 2 _____ in the wrong way and always remember to treat patients as he would like to be treated. The key to effective nonverbal behavior is to treat the patient with respect and give him/her full attention. The following strategies can help control your nonverbal behavior.

- ✓ Keep the chest area open and arms 3 _____ to avoid setting up a barrier between you and the patient.
- ✓ 4 _____ a relaxed body position, whether standing or sitting.
- ✓ Face the patient directly, 5 _____ slightly forward when speaking.
- ✓ Keep an appropriate 6 _____ from the patient.
- ✓ Remain still and 7 _____ on the patient who is telling you something that is clearly important to him.

Part 2.

provide, examination, ask, receive, terminology, remember, analogies

Most patients want to understand the basics of any health problem they experience, and any treatments they may 8 _____. Research also suggests that patients who are interested and knowledgeable about their illness do better than passive, less informed ones. To give answers that will be understood the doctor should:

- ✓ Use 9 _____ that the patient will understand rather than technical jargon.
- ✓ Explain what he is doing throughout 10 _____ or procedure.
- ✓ 11 _____ that the patient hears what a doctor says to others who are present.
- ✓ Use 12 _____ or similes to make complex information understandable.
- ✓ 13 _____ handouts, draw pictures.
- ✓ 14 _____ if there is anything that the patient would like to review again.

3. Listen to advice for doctors how to use body language and give answers. While listening, write down each piece of advice in two or three words and fill in the table. Work in groups and compare your tables.

How to control nonverbal behavior	How to give answers that will be understood

4. Work in groups. Read about explaining procedures in doctor-patient communication. Fill in the table after the text.

Doctors need to explain procedures to make them less frightening and thus reassure the patient. The future with *to be going to* is used as the clearest and most direct way to explain a procedure. For example: *We are going to give you a sedative. I am going to introduce a small needle into your vein. We are going to take a sample from your scalp.* Doctors often use fixed expressions with *What* to explain procedures. For example: *What we are going to do is to take a tiny sample of your skin. What happens next is that we insert the needle. What we need to do after that is stitch the wound.*

Adjectives are often used. For example: *It is a routine procedure. It is a very simple procedure. You will feel a tiny scratch, nothing more. We'll take a tiny sample.*

How to explain a procedure	
What to do	Examples
use <i>to be going to</i>	
use fixed expressions with <i>What</i>	
use adjectives	

Stage 3. Pair work.

1. Match body language examples and their meaning.

1 Finger tapping	a) a person is listening with interest in what others are saying
2 Touching or rubbing the nose	b) insecurity or lack of self-confidence
3 Placing finger tips together	c) hiding something, showing shyness or shame
4 Sucking in lips	d) a relaxed posture
5 Head tilted to one side	e) tired or impatient while waiting
6 Stroking the chin	f) a person is feeling confident of him or herself
7 Lowered head	g) control or authority
8 Patting hair	h) disbelief, rejection, or lying about something
9 Standing up straight, shoulders back	i) deep thought, trying to come up with some decision
10 Sitting, with legs apart	j) a reluctance to express thoughts and emotions

2. Decide which of statements are not very reassuring. Write R for reassuring statements and NR for not reassuring ones.

1. It's a very simple procedure.
2. We're just going to take some fluid from your backbone.
3. You'll just feel slightly sore after the test.
4. All you'll feel is a tiny scratch, nothing more.
5. It'll take ten minutes.
6. It only takes a few minutes.
7. It's not a pleasant procedure.
8. You'll hardly feel anything.

3. Change the explanations using *to be going to* and simplify the medical terms. Where indicated use the expressions with *What*.

1. A small sample of liver tissue is taken for analysis.
2. A patient is given a small dose of a sedative.
3. First, the upper abdomen is cleaned and numbed with a local anesthetic. (What)
4. Next, a small incision on the upper abdomen is made.
5. After that, a needle is inserted into this incision. (What)
6. Next, a sample is removed from liver.
7. First, the skin in some places on the scalp is cleansed. (What)
8. Next, 20 electrodes are attached to specific places on the scalp.
9. After that, a patient is asked to close the eyes and then open them for short periods or to breathe deeply. (What)

10. At the end of the recording, a patient is shown a light that flashes at different rates.

4. Match the phrases from doctor's explanation A-F with the headings 1-2 from the plan.

1. Explain the procedure.
2. Reassure the patient about the investigation.
3. Give some instructions on what a person should do after the procedure.
- 4 Introduce yourself.
5. Instruct the patient to take up the correct position.
6. Explain what you are going to do and why.

	<i>A Hello, my name is Dr. Reiman.</i>
	<i>B Now I am going to do a procedure called gastroscopy to have a look at your gullet and stomach.</i>
	<i>C It's a routine procedure. This may feel a little bit uncomfortable, but it won't take long, about a couple of minutes.</i>
	<i>D First, I am going to numb your throat with a spray. What we need to do after that is to pass a bendy tube with a tiny camera down through your throat into your stomach. And if we see anything there what we can do is to take a tiny tissue sample.</i>
	<i>E After the procedure you should spend about 30 minutes in the recovery room and then you can go home.</i>
	<i>F Now I want you to lie down</i>

5. Here is doctor's explanation during the procedure of blood taking. The explanation has been put in the wrong order. Rearrange it. Practice the explanation.

- a) First, I would like to explain the procedure.
- b) What we need to do after that is label them with your name and contact details and send them off for tests to the laboratory.
- c) The results will be returned in some time.
- d) Hello, I am Dr. Stevens. I am trained to take blood for laboratory tests or medical reasons.
- e) I am going to introduce a small needle into your vein and gently draw some blood for the full blood count test.
- f) Do you have any questions? Did you understand what I explained to you? Please sit down.
- g) Shall we start? If you feel unwell or uncomfortable, please let me know at once.

Stage 4. Role play.

Work in pairs. Imagine that you are a doctor and a patient. Make up and act out the conversation between a doctor and a patient.

Role 1. You are a doctor explaining the procedure of liver biopsy to a patient. Explain the procedure and reassure the patient. Use phrases from ex. 3 and plan from ex. 4. Use information about the procedure.

Liver biopsy procedure takes about 5 minutes. A patient lies on the back, with the right elbow out to the side and right hand under the head. It is important that a patient remains as still as possible during the procedure. A patient is given a small dose of a sedative just prior to the procedure. A doctor cleans and numbs an area on the upper abdomen with a local anesthetic (pain-relieving medication). A doctor makes a small incision on the upper abdomen and inserts a needle into this incision to take a small sample of liver tissue for analysis. After the procedure a patient should stay in a recovery room for up to 4 hours for observation. Minor pain or soreness may be felt at the biopsy site. If necessary, a pain medication is prescribed. A patient should avoid driving or operating machinery for at eight hours after the procedure.

Role 2. You are a doctor explaining the procedure of electroencephalography to a patient. Explain the procedure and reassure the patient. Use phrases from ex. 3 and plan from ex. 4. Use information about the procedure.

B. An electroencephalography is painless and a patient feels comfortable during the procedure. The whole procedure takes 1-1.5 hours. Around 20 electrodes (small metal discs) are attached to specific places on the scalp after the skin underneath has been cleansed. They are connected to an EEG machine by wires. The electrodes are stuck to the scalp using a special paste. A patient is usually lying down or sitting in a chair and is encouraged to relax. A doctor may ask a patient to close the eyes and then open them for short periods, to breathe deeply for approximately three minutes. At the end of the recording, a patient is shown a light that flashes at different rates. This is done to test the reactivity of the brain to the light. After a routine EEG, a patient can go home straight away and carry out activities as usual.

Role 3. You are a patient and a doctor is explaining you a procedure. Ask any questions you want about the procedure.

Stage 5. Discussions and problem-solving.

1. Do you agree or disagree?

“When the eyes say one thing, and the tongue another, a practiced man relies on the language of the first.”

2. Work in pairs. Think the problem situation over and offer your solution.

You are a private practitioner. You noticed that your patients know very little about the basics of health problems they experience. You want to give them some information about gastritis or diabetes. Make a leaflet for patients.

Unit 5. Empathy and Advice

Stage 1. Motivation.

According to recent studies, patients whose doctors listen to them and demonstrate an understanding of their concerns comply more with those doctors' orders, are more satisfied with their treatment, and enjoy better health – for instance, they get over a cold more quickly and show physiological signs of a stronger immune system. In addition, evidence suggests that physicians with higher empathy levels experience less stress, cynicism, and burnout than those with less empathy.

1. Do you know the meaning of the word “empathy”? Choose from the explanations given below what empathy means.

- a) A feeling deep pleasure as a result of one's own achievements or qualities.
- b) The state of feeling annoyed, impatient, or slightly angry.
- c) A feeling of self-assurance arising from an appreciation of one's own abilities.
- d) The ability to understand and share the feelings of another.
- e) Feelings of pity and sorrow for someone else's misfortune.

Empathy is a critical component of communication that has attracted increasing attention in recent years. Empathy in a clinical context is the physician's ability to understand patients' emotions, which can facilitate more accurate diagnoses and more caring treatment.

2. If you were a patient, would you like your doctor to be empathetic?

3. Do doctors need to show empathy? How does it affect patients?

4. How can doctors show empathy?

5. Can doctors be empathetic when they have no more than 15 minutes with each patient?

And I'd like to finish with a story told by a doctor.

"I wonder why it is that not a single medical practitioner has said to me that they are sorry to hear I am ill. Such a banal social convention: I am sorry to hear about your illness." When I read this, about three months ago, I thought "She's talking about me!" In my hurry to make a diagnosis, rule out a serious cause or uncover my patients' ideas, concerns or expectations, I rarely showed concern, expressed sorrow or sympathy. I was good at showing interest I think, but never showed a social convention so banal as, "I'm so sorry," on giving a diagnosis of cancer, or "that sounds awful for you," to someone whose operation went badly, or "I can barely imagine how hard that must be, tell me how do you cope?" to someone who is depressed, or, "I can see you're frightened, it's ok, I'm going to look after you", to someone having an asthma attack. I realized that it's very easy to show empathy and my patients really need it.

Stage 2. Getting knowledge.

1. Work in groups. Read advice for doctors how to express empathy and fill in the gaps in *You should do* list with one word. Compare your lists.

How the doctor responds to the patient during the course of the interview will determine not only how much information he/she will obtain, but will help build stronger rapport with the patient. The doctor needs to respond to the patient in a caring,

humane and respectful way. This is called empathy and is considered the most important of all when dealing with the patient's feelings.

The terms sympathy and empathy are often confused. Sympathy is when you feel sorry for the patient but do not feel the same emotions or are not in the same situation. Empathy is when you place yourself in your patient's situation and respond based on either similar personal experience or through understanding. Without empathy, the patient will never feel that the doctor understands his/her situation and that the doctor will eventually help them. By showing empathy, the doctor allows the patient to express his/her hidden fears which is the best way to build patient trust.

Empathy can be shown in several ways, for example, nodding your head, making a statement, or asking a question can show empathy. To demonstrate empathy the doctor may use the following strategies:

- ✓ assert that grief is an appropriate response;
- ✓ provide privacy for expressing grief, sorrow, or pain;
- ✓ give patients "permission" to voice their views;
- ✓ encourage patients to talk about their feelings;
- ✓ in the case of life-threatening illness, be honest and realistic, but don't remove all hope.

The following expressions may show doctor's empathy: *What worries you most? What are your worries about this? It's completely natural for you to have worries. I am sure that we can alleviate the problem. It's not easy to change habits but giving up smoking will improve your condition.*

To express empathy you should:

- try to convince that _____ is a natural reaction;
- provide _____;
- allow patients to tell their _____;
- foster talking about patients' _____;
- be truthful, but give _____;
- tell patients that you understand their feeling and will try to help.

2. Read about ways of giving advice and fill in the gaps in the rules below.

There are several ways to give advice. There are two modal verbs a doctor often uses for giving advice: "*should / should not*", "*ought to / oughtn't*". Both mean the same thing and are often used for strong advice. For example: *You should do more exercise. You shouldn't drink so much beer.*

To make advice less strong a doctor can use the modals *could, can, might*. For example: *You may try to give up smoking. You could try to loose weight. You might do some exercise.*

To make advice less direct, a doctor can use a question. For example: *Did you think of giving up smoking? How about doing some more exercise?* A doctor can also start an indirect advice with *It's better...* For example: *It's better to start doing exercise gradually.*

Recommendation is another good way of giving advice that isn't too direct. A doctor can use the words "*suggest*" or "*recommend*". For example: *I would suggest doing more exercise. I would recommend limiting the consumption of alcohol.*

Rules. Which verb form comes after each phrase: infinitive or verb+ing?

- To give strong advice we use *should* / *shouldn't* + _____ or *ought to* / *oughtn't to* + _____.
- To make advice less strong we use *could*, *can*, *might* + _____.
- To give indirect advice we use *Did you think of* + _____? or *How about* + _____?
- To give indirect advice we use *It's better to* + _____.
- To give recommendation we use *I would suggest* + _____ or *I would recommend* + _____.

Stage 3. Pair work.

1. To give advice, make sentences using the phrases below:

1. should / eat smaller, more-frequent meals.
2. better / avoid spicy, acidic, fried or fatty foods.
3. recommend / avoid alcohol
4. ought to / manage stress.
5. shouldn't eat / sugar and sugary foods, white rice, bread and flour.
6. suggest / limit fried and high fat food.
7. better / eat more fruit and vegetables.
8. recommend / stop smoking / limit alcohol.
9. ought to / monitor blood sugar.
10. should / get plenty of potassium.
11. shouldn't / eat much saturated fat.
12. better / decrease salt in the diet.
13. recommend / increase physical activity.
14. think of / limit alcohol.
15. ought to / monitor blood pressure at home.

2. Read the statements made by a doctor. Decide which of them express empathy. Write E for those which express empathy and NE for those which don't.

1. I think it's possible that you have a condition called glaucoma.
2. I understand that you are worried but try to calm down.
3. Your condition is serious but there is still a lot we can do to help you.
4. Your baby has a heart condition which developed before her birth.
5. You shouldn't worry. It's quite a common condition and there is an effective treatment.
6. Here is a prescription for tablets which you ought to take two of every six hours.
7. You said you were worried because your friend had a similar problem. What worries you about this?

8. I'm sorry to tell you but the news isn't good.
9. When people try to make changes like this, at first it seems difficult.
10. Some patients can have a mild sore throat for a day or two after the procedure.

Stage 4. Role play.

Work in pairs. Imagine that you are a doctor and a patient. Make up and act out the conversation between a doctor and a patient.

Role 1. You are doctor and your task is to explain a patient the treatment you are planning for him. Use different ways of giving advice and try to express empathy. Use the information from the patient's card №1.

Patient's card №1

SURNAME	<i>Smith</i>	FIRST NAMES	<i>Sam</i>
AGE	<i>45</i>	SEX	<i>M</i>
OCCUPATION	<i>Office clerk</i>		
DIAGNOSIS	<i>Acute gastritis</i>		
MANAGEMENT	<i>Omeprazole 40 mg orally once a day in the morning + clarithromycin 500 mg orally 3 times a day for 14 days.</i> <i>Eat smaller, more-frequent meals. Avoid spicy, acidic, fried or fatty foods. Avoid alcohol. Manage stress.</i>		

Role 2. You are doctor and your task is to explain a patient the treatment you are planning for her. Use different ways of giving advice and try to express empathy. Use the information from the patient's card №2.

Patient's card №2

SURNAME	<i>Rush</i>	FIRST NAMES	<i>Mary</i>
AGE	<i>53</i>	SEX	<i>F</i>
OCCUPATION	<i>Insurance lawyer</i>		
DIAGNOSIS	<i>Type 2 diabetes</i>		
MANAGEMENT	<i>Glucophage orally 850 mg once a day with meal.</i> <i>Eat regular meals. Avoid sugar and sugary foods, white rice, bread and flour. Limit fried and high fat food. Eat more fruit and vegetables.</i> <i>Stop smoking. Limit alcohol. Blood sugar monitoring.</i>		

Role 3. You are doctor and your task is to explain a patient the treatment you are planning for him. Use different ways of giving advice and try to express empathy. Use the information from the patient's card №3.

Patient's card №3

SURNAME	<i>Bradford</i>	FIRST NAMES	<i>Daniel</i>
AGE	<i>48</i>	SEX	<i>M</i>
OCCUPATION	<i>Teacher</i>	MARITAL STATUS	<i>Single</i>
DIAGNOSIS	<i>Hypertension</i>		
MANAGEMENT	<i>Acebutolol 400 mg orally once a day.</i> <i>Eat healthy diet rich in fruits, vegetables, whole grains, poultry, fish and low-fat dairy foods. Get plenty of potassium. Eat less saturated fat. Decrease salt in the diet. Increase physical activity. Limit alcohol. Monitor blood pressure at home.</i>		

Role 4. You are a patient and a doctor is explaining you the treatment. Ask any questions you want about it.

Stage 5. Discussions and problem-solving.**1. Work in groups. Think the problem situation over and offer your solution.**

You have a patient who is really afraid of needles and doesn't want to get a tetanus shot. How can you use empathy to help the patient feel less frightened, while still doing what you need to do?

2. Do you agree or disagree?

"Empathy can be taught and doctors should be trained for empathy."

Notes for a teacher**Unit 1. How to make a great first impression with patients****Fill in the gaps with the words in frame.**

1 record, 2 expression, 3 greeting, 4 introducing, 5 accompany, 6 agreement, 7 permission, 8 eye contact, 9 expressions, 10 face, 11 clothed, 12 impression, 13 amount, 14 dedicate, 15 attention, 16 interaction.

Decide what category each question refers to: a. personal details; b. family history; c. social history.

2 b, 3 c, 4 c, 5 b, 6 a, 7 a, 8 a, 9 a, 10 a, 11 a, 12 a.

Read the patient's answers and write the questions a doctor should ask.

1 What is your full name? 2 What is your date of birth? 3 Do you work? 4 Can you tell me what your address is? 5 What is your telephone number? 6 Do you have any children?

Unit 2. The course of the interview**Before reading, check these phrases with your teacher.**

chief complaint – основні скарги хворого (при першому зверненні до лікаря)
 history of present illness – історія даної хвороби

social history – соціальний анамнез
 family history – сімейний анамнез
 open-ended question – відкрите питання
 close-ended question – закрите питання
 leading question – навідне питання
 obtain the information – одержувати інформацію
 provide the information – надавати інформацію
 suggest – наводити на думку, підказувати (думку, ідею)

Write these headings in A-F in the table.

B determining the duration of the chief complaint, C determining the location of pain, D determining the type of pain, E assessing any aggravating or relieving factors, F assessing any associated problems.

Read the patient's answers and write the questions a doctor should ask.

1 What do you complain of? 2 In which part of the chest do you feel pain? 3 How would you describe the pain? 4 When did you first notice this pain? / When did the pain start? 5 Does anything make it better? 6 And have you had anything else with it?

Unit 3. Listening a patient

Before reading, check these phrases with your teacher.

active listening – активне слухання
 reflective listening – рефлексивне слухання
 empathic listening – емпатійне слухання
 wince – морщення
 pose a question – ставити запитання
 convey empathy – виражати співчуття
 subtle changes in facial expression – незначні зміни виразу обличчя
 nod the head – кивати головою
 brief confirmations – коротке підтвердження
 sympathetic and supportive – співчутливий і підтримуючий
 dismiss – пропускати, ігнорувати

Read the dialogue between a doctor and a patient. How does the doctor show that he is listening to the patient attentively? What type of listening does the doctor use? Underline phrases which prove that.

The doctor uses active listening because he uses phrases like:

Aha. I see. Fine. That's fine.

Read phrases used by a doctor. Decide which type of listening they refer to. Write A for active listening, B for reflective listening and C for empathic listening.

Active. Aha. I see. Fine. That's fine. OK. Tell me more.

Reflective. And do I understand correctly that the headache is the worst problem?

So, we want to cover the headaches and the problem they cause at work, cough, colitis, and the medications for the colitis. Is that right?

Patient: Well, I just want to throw something at him. He makes me so mad! Doctor: So you get mad when he gets on you?

Patient: I just get so furious I could scream sometimes. Doctor: You get furious. You mentioned that your mother had rheumatoid arthritis; did you think that's what might be happening to you?

Empathic. That's a tough situation.

I can see that must have been hard for you.

I can imagine. You've put up with a lot.

I can see that you have been very upset.

I can understand that it must be frightening for you.

Read the end of the dialogue between a doctor and a patient from ex. 1. Add phrases showing that a doctor is a good listener. Possible answers.

1 More than a week.

2 I see.

3 Aha / Pins and needles.

4 And do I understand correctly that the pain is really severe?

5 I can see that must have been hard for you.

Unit 4. Explanations and body language

Work in groups. Read advice for doctors how to communicate effectively with patients. Fill in the gaps with the words in frame.

1 convey, 2 interpret, 3 unfolded, 4 Maintain, 5 lean, 6 distance, 7 focused, 8 receive, 9 terminology, 10 examination, 11 Remember, 12 analogies, 13 Provide, 14 Ask.

Match body language examples and their meaning.

1 – e, 2 – h, 3 – g, 4 – j, 5 – a, 6 – i, 7 – c, 8 – b, 9 – f, 10 – d.

Decide which of statements are not very reassuring. Write R for reassuring statements and NR for not reassuring ones.

1. It's a very simple procedure. R

2. We're just going to take some fluid from your backbone. R

3. You'll just feel slightly sore after the test. R

4. All you'll feel is a tiny scratch, nothing more. R

5. It'll take ten minutes. NR

6. It only takes a few minutes. R

7. It's not a pleasant procedure. NR

8. You'll hardly feel anything. R

Match the phrases from doctor's explanation A-F with the headings 1-2 from the plan.

Introduce yourself.	<i>A Hello, my name is Dr. Reiman.</i>
Explain what you are going to do and why.	<i>B Now I am going to do a procedure called gastroscopy to have a look at your gullet and stomach.</i>
Reassure the patient about	<i>C It's a routine procedure.</i>

the investigation.	<i>This may feel a little bit uncomfortable, but it won't take long, about a couple of minutes.</i>
Explain the procedure.	<i>D First, I am going to numb your throat with a spray. What we need to do after that is to pass a bendy tube with a tiny camera down through your throat into your stomach. And if we see anything there what we can do is to take a tiny tissue sample.</i>
Give some instructions on what a person should do after the procedure.	<i>E After the procedure you should spend about 30 minutes in the recovery room and then you can go home.</i>
Instruct the patient to take up the correct position.	<i>F Now I want you to lie down</i>

Here is doctor's explanation during the procedure of blood taking. The explanation has been put in the wrong order. Rearrange it.

- d) Hello, I am Dr. Stevens. I am trained to take blood for laboratory tests or medical reasons.
- a) First, I would like to explain the procedure.
- e) I am going to introduce a small needle into your vein and gently draw some blood for the full blood count test.
- b) What we need to do after that is label them with your name and contact details and send them off for tests to the laboratory.
- c) The results will be returned in some time.
- f) Do you have any questions? Did you understand what I explained to you? Please sit down.
- g) Shall we start? If you feel unwell or uncomfortable, please let me know at once.

Unit 5. Empathy and Advice

Do you know the meaning of the word "empathy"? Choose from the explanations given below what empathy means.

- d) The ability to understand and share the feelings of another.

Work in groups. Read advice for doctors how to express empathy and fill in the gaps in *You should do* list with one word. Compare your lists.

To express empathy you should:

- try to convince that grief is a natural reaction;
- provide privacy;
- allow patients to tell their views;
- foster talking about patients' feelings;
- be truthful, but give hope.

1. Read the statements made by a doctor. Decide which of the express empathy. Write E for those which express empathy and NE for those which do not.

1 NE, 2 E, 3 E, 4 NE, 5 E, 6 NE, 7 E, 8 E, 9 E, 10 NE.

REFERENCES:

1. Bakic-Miric N. M., Bakic N. M. Successful doctor-patient communication and rapport building as the key skills of medical practice. *Facta Universitatis. Series : Medicine and Biology*. 2008. Vol. 15, №2. P. 74-79. URL: facta.junis.ni.ac.rs/mab/mab200802/mab200802-08.pdf (Last accessed: 20.06.2019).
2. Kurtz S. Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2002. №29 (Suppl. 2). P. 23-29. DOI: 10.1017/S0317167100001906
3. Platt F. W., Gaspar D. L., Weston W., Coulehan J. L., Fox L., Adler A. J., Weston W. W., Smith R. C., Stewart M. “Tell me about yourself”: the patient-centered interview. *Annals of Internal Medicine*. 2001. Volume 134. Number 11. P. 1079-1085. DOI: 10.7326/0003-4819-134-11-200106050-00020
4. Menahem S., Shvartzman P. Is our appearance important to our patients? *Family Practice*. 1998. Volume 15. Issue 5. P. 391–397. DOI: 10.1093/fampra/15.5.391.
5. Tongue J. R., Epps H. R., Forese L. L. Communication skills for patient-centered care. *The Journal of Bone & Joint Surgery*. 2005. Vol. 87-A, №3. P. 652-658. URL: healthcarecomm.org/wp-content/uploads/2011/05/Tongue-2005-.pdf (Last accessed: 20.06.2019).
6. The Center for Healthcare Communication. URL: www.communicatingwithpatients.com (Last accessed: 20.06.2019).

Додаток Я

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ
Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

Статті у наукових фахових виданнях України

1. Остраус Ю. М. Підходи до визначення сутності поняття «професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів». *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія* : зб. наук. пр. Вінниця, 2014. Вип. №42. Ч. I. С. 242-247.
2. Остраус Ю. М. Комунікативні якості як критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Педагогічні науки* : зб. наук. пр. Бердянськ, 2016. Вип. 1. С. 172-179.
3. Остраус Ю. М. Критерії, показники та рівні сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Педагогіка і психологія* : зб. наук. пр. Вінниця, 2016. Вип. №47. С. 96-102.
4. Остраус Ю. М. Мотиваційний критерій професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів: методика діагностики та рівень сформованості. *Педагогіка та психологія* : зб. наук. пр. Харків, 2016. Вип. 52. С. 320-330.
5. Остраус Ю. Ціннісні орієнтації як критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Педагогічні науки* : зб. наук. пр. Полтава, 2016. Вип. 65. С. 65-71.
6. Остраус Ю. М. Реалізація аксіологічного підходу до формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Педагогічні науки* : зб. наук. пр. Херсон, 2017. Вип. LXXV. Т. 2. С. 164-170. (Індексується в міжнародній наукометричній базі Copernicus).
7. Остраус Ю. М. Формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів у процесі застосування діалогових технологій навчання. *Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми* : зб. наук. пр. Київ-Вінниця, 2018. Вип. 51. С. 334-338. (Індексується в міжнародній наукометричній базі Copernicus).

Статті в зарубіжних наукових періодичних виданнях

8. Остраус Ю. М. Практично-діяльнісний критерій сформованості професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. Budapest, 2016. IV (43). Issue 88. P. 37-41. (Індексується в міжнародній наукометричній базі Copernicus).
9. Остраус Ю. М. Принципи формування професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Virtus : scientific journal*. Canada, Montreal, 2017. July #15. P. 133-137. (Індексується в міжнародних наукометричних базах Scientific Indexing Services (USA), Citefactor (USA), International Innovative Journal Impact Factor (EU)).

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

10. Остраус Ю. М. Структурні компоненти професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень* : зб. наук. пр. Вінниця, 2014. Вип. 3 (6). С. 300-304.
11. Остраус Ю. М. Джерела та рушійні сили професійного самовдосконалення особистості. *Інноваційний розвиток вищої освіти: глобальний та національний виміри змін* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 4-5 березня 2014 р. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2014. Т. 1. С. 278-282.
12. Остраус Ю. М. Комунікативні уміння майбутніх лікарів. *Мовні дисципліни в контексті розвитку сучасної вищої школи* : матеріали Всеукр. дистанційної наук.-практ. конф. з міжнародною участю, 13-14 листопада 2014 р. Харків : Тім Пабліш Груп, 2014. С. 241-242.
13. Остраус Ю. М. Комунікативні якості майбутніх фахівців професій типу «людина-людина». *Теоретичні та методичні засади особистісно-професійного розвитку майбутнього вчителя* : матеріали Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф., 26-27 листопада 2014 р. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2014. С. 122-125.
14. Остраус Ю. М. Ціннісні орієнтації як компонент професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. *Україна наукова* : матеріали XI Міжнар. наук. інтернет-конф., 16-18 грудня 2014 р. Київ : ТОВ ТК «Меганом», 2014. Част. 2. С. 22-29.
15. Остраус Ю. М. Cognitive component of future family physicians' professional communicative culture. *Economics, science, education: integration and synergy* : materials of International scientific and practical conference, 18-21 January 2016. Bratislava, Slovak Republic, 2016. Vol. 2. P. 24-25.
16. Остраус Ю. М. Формування гуманістичних ціннісних орієнтацій майбутніх сімейних лікарів шляхом застосування методу case-study. *Новітні чинники впливу на формування особистості студента – майбутнього лікаря* : матеріали XVI Міжнар. наук.-практ. конф., 23 березня 2016 р. – Київ : КМУ УАНМ, 2016. С. 113-116.
17. Остраус Ю. М. Застосування діалогових технологій у професійній підготовці майбутніх сімейних лікарів. *Педагогіка: традиції та інновації* : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., 17-18 лютого 2017 р. м. Запоріжжя. Херсон : Видавничий дім «Гельветика», 2017. Ч. 2. С. 31-34.
18. Остраус Ю. М. Ділова гра як метод розвитку професійно-комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів *Стан та основні проблеми розвитку науки та освіти: теорія і практика* : матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., 28-29 квітня 2017 р. Київ : ГО «Інститут інноваційної освіти», 2017. С. 21-24.
19. Остраус Ю. М. Successful doctor-patient communication as the key objective of teaching English for Medical Purposes. *Pedagogika. Nowoczesne badania podstawowe i stosowane* : zbior artykułow naukowych konferencji Miedzynarodowej naukowo-praktycznej, 29.04-30.04.2017, Sopot. Warszawa: Wydawca: Sp. z o. o. "Daimond trading tour", 2017. P. 47-48.
20. Остраус Ю. М. Сутність поняття «професійна комунікація сімейного лікаря». *Актуальні наукові проблеми. Розгляд, рішення, практика* : матеріали II

- Міжнар. наук.-практ. конф., 26-27 травня 2017 р. м. Одеса. Київ : ГО «Інститут інноваційної освіти», 2017. Ч. 1. С. 22-26.
21. Остраус Ю. М. Механізм формування комунікативних умінь майбутніх сімейних лікарів. *Актуальні питання, проблеми та перспективи розвитку гуманітарного знання у сучасному інформаційному просторі: національний та інтернаціональний аспекти* : зб. наук. пр. за матеріалами XIV Міжнар. наук.-практ. конф., 30-31 травня 2017 р. Монреаль : СРМ «ASF», 2017. С. 72-74.
 22. Остраус Ю. М. Педагогические условия формирования профессионально-коммуникативной культуры будущих семейных врачей. *Problems of interpersonal relations in conditions of modern requirements to quality of education and the level of professional skills of experts* : peer-reviewed materials digest (collective monograph) published following the results of the CLII International Research and Practice Conference, 21st–26th September, 2017. London : IASHE, 2017. P. 27-29.
 23. Остраус Ю. М. Професійно-комунікативна культура майбутніх сімейних лікарів: підходи до формування. *Forming of modern educational environment: benefits, risks, implementation mechanisms* : proceedings of International scientific-practical conference, 29th September, 2017. Tbilisi : Baltija Publishing, 2017. P. 84-87.
 24. Остраус Ю. М. Діалог як принцип модернізації вищої медичної освіти. *Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень* : зб. наук. пр. Вінниця, 2018. Вип. 9 (12) С. 224-227.
 25. Остраус Ю. М. Застосування блог-технології для підвищення англомовної компетенції майбутніх лікарів. *Актуальні проблеми сучасної науки та наукових досліджень* : зб. наук. пр. Вінниця, 2018. Вип. 10 (13). С. 200-203.

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

26. Кондратюк А. Л., Остраус Ю. М. Методичні рекомендації та завдання до проведення практичних занять з англійської мови та формування професійно-комунікативних умінь майбутніх лікарів. Вінниця, 2016. 52 с.
27. Остраус Ю. М. Комунікативна компетентність як складова професійно-комунікативної культури викладача ВНЗ. *Професійно-педагогічна компетентність* : навч. посібн. / за ред. І. Л. Холковської. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2018. С. 209-216.