

Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича
факультет педагогіки, психології та соціальної роботи
кафедра практичної психології

**Комунікативна компетентність у професійно-особистісному
становленні студентів-медиків**

Дипломна робота
Рівень вищої освіти – другий (магістерський)

Виконала:
студентка 6 курсу, групи 622
спеціальності 053 «Психологія»
спеціалізації «Практична психологія»
Андрушак Людмила Анатоліївна
Керівник:
канд. політ. наук, доц.: Фесун Г. С.

до захисту допущено:
протокол засідання кафедри
№ _____ від _____ 2022р.

Чернівці – 2022

Зміст

Вступ	3
Розділ I. Теоретичні основи дослідження комунікативної компетентності у психологічній науці	8
Теоретичний аналіз поняття комунікативної компетентності у процесі становлення майбутнього лікаря	8
Психологічні особливості комунікативної компетентності у професійній діяльності лікаря.....	21
Вплив індивідуально-психологічних особливостей на комунікативну компетентність майбутнього лікаря.....	32
Педагогічні умови розвитку комунікативної компетентності в умовах медичного вузу	38
Розділ II. Емпіричне дослідження особливостей комунікативної компетентності майбутніх лікарів	44
Характеристика вибірки та методів дослідження.....	44
Результати дослідження комунікативної компетентності майбутніх лікарів	47
Висновки.....	64
Список використаних джерел	66
Додатки	75

Вступ

Актуальність дослідження. Останніми роками дедалі більше уваги приділяється професійному становленню особистості. Комунікативна компетентність є одним із важливих факторів професійного успіху лікаря, необхідною навичкою XXI століття. Відповідно перед вищими установами медичного спрямування постає питання про необхідність вивчення орієнтації та факторів, які впливають на професійне самовизначення, успішне провадження діяльності, формування у майбутніх лікарів знань та навичок ефективної комунікативної взаємодії.

Проникнення у сферу медичного обслуговування передових технологій, широке використання новітньої техніки, а також застосування ефективних принципів управління вимагають обліку особистісних факторів, як у процесі професійної підготовки, так і протягом усього професійного шляху суб'єкта лікарської діяльності. Сьогодні є достатньо підстав розглядати професійне становлення суб'єкта праці як двоєдиний процес, що включає формування сукупності знань, умінь та навичок, з одного боку, та професійно значущих особистісних психологічних якостей, з іншого. Першою з названих складових традиційно приділяється суттєва увага, підтвердженням чого останнім часом стала реалізація в країні концепції розвитку вищої медичної освіти, проте проблема методології психологічного супроводу особистості лікаря на всіх етапах його професійного розвитку розроблена, на жаль, не достатньо.

При вивченні ефективності діяльності лікарів на перший план виступає співвідношення розвитку професійно важливих комунікативних якостей та професійних знань, яке всебічно представлене у працях вітчизняних (Ю. Бурмак, Н. Бутенко, С. Бухальської, О. Бойцової, І. Гуменної, Ю. Казакової, Я. Кульбашиної, Л. Манюк, О. Пометун, Н. Сури, А. Тітової) [6; 7; 8; 12; 16; 17; 25; 32; 48; 55; 57] та зарубіжних вчених (Г. Бреслав, В. Вілюнас, Дж. Вільямс, У. Джеймса, Д. Джонсона,

П. Друкера, К. Изард, В. Левінсона, М. Міллера, С. Роджерса, О. Тейлор, З. Фройда, та інші) [17; 67; 70; 71; 72; 73; 74].

Розуміння ролі й особливої значущості у професійній діяльності лікаря комунікативної складової сприяло появі в психологічній науці понять «комунікативна компетентність», «емпатія» як необхідних складових успішної реалізації особистості у професійній сфері (Г. Бреслав, Г. Гарднер, Д. Гоулман, Е. Джонса, В. Левінсона, М. Міллер, Н. Сури та інші) [55; 63; 65; 67; 69; 70; 71]. При чому, найбільш поширеним є вивчення психологічних особливостей структури, шляхів розвитку професійної компетентності особистості, оволодіння спеціальними властивостями, які дозволяють здійснювати процес діяльності та отримувати вагомі результати (Г. Білецька, А. Бочевар, Т. Вольфовська, Т. Скрябіна, О. Уваркіна, М. Філоненко) [4; 6; 10; 16; 17; 54; 58; 59].

Концепції, підходи у визначенні поняття «комунікація» розроблялися такими науковцями, як (Н. Бібік, М. Заброцький, Т. Іванькова, Ю. Казаков, М. Пригодій, С. Треумова [3; 19; 20; 25; 26; 50]. Основні підходи у визначенні поняття «комунікативна компетентність» відображено у наукових працях (Н. Василенко, Н. Іванькової, Н. Кіржі, Я. Кульбашиної, Л. Манюк, А. Мудрик, О. Пометун) [9; 20; 29; 32; 33; 38; 48]. Стосовно професійної компетентності варто згадати таких вчених, як (Ю. Вороненко, І. Гуменну, Н. Іванькову, Н. Кіржу, М. Пригодій, М. Філоненко, С. Цвіренко та інших) [11; 16; 20; 29; 50; 61; 62]. Вагомі результати у формуванні комунікативної компетентності студентів медичних закладів викладено у працях (О. Бойцової, А. Ільченко, Я. Кульбашної, Л. Романишиної, А. Тігової, З. Шарлович) [5; 22; 32; 51; 57; 65].

Як відомо, професійна лікарська діяльність має низку специфічних особливостей, і її успішність визначається не тільки, і не стільки власне професійними знаннями та навичками, скільки вміннями реалізувати їх у своїй діяльності за рахунок розвитку професійних якостей особистості [62, с. 236-238]. Праця лікаря характеризується тим, що у ній вагоме місце

займає висока частота міжособистісних контактів при спілкуванні з хворими та їхніми родичами. У діяльності лікаря комунікативна компетентність забезпечує здійснення ефективної комунікації (з пацієнтами, їхніми родичами, колегами тощо). Це така комунікація, яка сприяє просуванню у вирішенні проблем учасниками спілкування; забезпечує досягнення цілей спілкування з оптимальними витратами (відсутність нервово-психічних перевантажень) та призводить до досягнення взаєморозуміння між партнерами по спілкуванню [65, с. 132].

Випускники медичних вузів зазвичай відчують комунікативні труднощі у своїй професійній діяльності, недостатньо володіють необхідним арсеналом комунікативних знань, не завжди готові до сучасного та ефективного використання різноманітних комунікативних засобів впливу. Навчання у вузі, етап професіоналізації є сензитивним періодом у формуванні необхідних професійно-важливих якостей лікаря, основних особливостей індивідуального стилю професійної діяльності. У цьому важливе значення має навчальна стадія, де закладаються не лише базові компетенції, а й можливі передумови викривлень у професійній ролі [55, с. 190-192].

Таким чином, дослідження комунікативної компетентності студентів-медиків у процесі навчання у вузі є актуальним як у теоретичному, так і у практичному розумінні. Об'єктивні потреби суспільства у фахівцях, які володіють високою комунікативною компетентністю у професійній діяльності лікаря зумовили вибір теми нашого наукового дослідження: «Комунікативна компетентність у професійно-особистісному становленні студентів-медиків».

Мета роботи: на основі теоретичного аналізу робіт, присвячених опису феноменології професійної діяльності лікаря, вивчити основні психологічні особливості комунікативної компетентності майбутніх лікарів.

Об'єкт дослідження: професійно-значимі якості майбутніх лікарів, які забезпечують комунікативну основу для здійснення професійної діяльності.

Предмет дослідження: комунікативна компетентність у професійно-особистісному становленні студентів-медиків.

Гіпотеза дослідження: професійно-значимі якості майбутніх лікарів, які забезпечують комунікативну основу для здійснення професійної діяльності у студентів-педіатрів і студентів-стоматологів будуть відрізнятися.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз вивчення комунікативної компетентності у вітчизняній та зарубіжній літературі.
2. Вивчити психологічні складові особливостей комунікативної компетентності майбутніх лікарів.
3. Дослідити взаємозв'язки між блоками комунікативної компетентності майбутніх лікарів.
4. Окреслити психологічні особливості підвищення рівня комунікативної компетентності майбутніх лікарів у процесі професійної підготовки.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань, нами був використаний комплекс загальнонаукових теоретичних методів, як аналіз наукової літератури із зазначеної проблеми, систематизація, порівняння та узагальнення отриманих результатів дослідження; емпіричних – спостереження, тестування, анкетування; статистичні – кореляційний аналіз з наступною інтерпретацією та узагальненням отриманих результатів дослідження.

Щоб досягти мети нашого дослідження ми використали наступні психодіагностичні **методики:**

- методика «Діагностика рівня емпатійних здібностей», В. Бойко.

- методика «Діагностика комунікативно-соціальної компетентності» (КСК за фактором А), Н. Фетискіна.
- тест «Оцінка рівня комунікабельності», В. Рахівського.
- методика «Професійна комунікативна компетентність лікаря», Н. Яковлевої.

База дослідження. У дослідженні взяли участь 80 студентів-медиків Буковинського державного медичного університету, п'ятого курсу навчання. Всіх досліджуваних було поділено на 2 групи респондентів: перша група – студенти спеціальності «Педіатрія» (40 осіб), друга – студенти спеціальності «Стоматологія» (40 осіб).

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Повний обсяг роботи становить

Розділ I. Теоретичні основи дослідження комунікативної компетентності у психологічній науці

Теоретичний аналіз поняття комунікативної компетентності у процесі становлення майбутнього лікаря

Важливою особливістю ефективності медичної допомоги вважається професійна підготовка медиків. Однак, як зазначають зарубіжні психологи Р. Друкер та Д. Хаймс, кваліфікація є лише інструментом, більший чи менший ефект застосування якого залежить від інших сторін особистості лікаря, зокрема його комунікативної компетентності [67, с. 787-788; 68, с. 269-293].

Під компетентністю Н. Бібік розуміє «володіння знаннями та вміннями, що дозволяють висловлювати професійно грамотні судження, оцінки, думки» [3, с. 72]. При цьому О. Бойцова і О. Пометун, розмежовують поняття «компетенція» і «компетентність» [5, с. 36; 48, с. 13-17]. Вчені під компетенцією розуміють сукупність того, що має у своєму розпорядженні особистість, а компетентність розглядається, як сукупність того, чим вона володіє.

Комунікація розуміється, як спілкування, передача інформації від людини до людини, як специфічна форма взаємодії людей у процесі їх діяльності, що здійснюється, головним чином, за допомогою мови. Процес комунікації має значення для розвитку студентів, їх соціального самопочуття, успішності навчальної діяльності. Потреба в комунікації полягає у прагненні людини до пізнання та оцінки інших людей, а через них і за їх допомогою – до самопізнання, до самооцінки. М. Пригодій зазначає, що у розкритті змісту компетентності виділяються різні компоненти: передумови компетентності (здібності, талант, знання); діяльність людини (робота) як процес (її опис, структура, характеристика, ознаки); результати діяльності (плоди праці, зміни у об'єктах діяльності) [50, с. 183-185].

Комунікативна компетентність, на думку О. Миронової, оволодіння особистістю комунікативними якостями, пов'язаними з необхідністю взаємодіяти з іншими людьми, з об'єктами навколишнього світу та їх інформаційними потоками; вміння знаходити, перетворювати та передавати інформацію; виконувати різні соціальні ролі у групі та колективі [37, с. 32-67].

В якості теоретичної основи ми розглядаємо поняття, запропоноване М. Заброцьким, який розглядає комунікативну компетентність як рівень сформованості міжособистісного досвіду, тобто навченості взаємодії з оточуючими, який потрібний індивіду, щоб у рамках своїх здібностей та соціального статусу успішно функціонувати у даному суспільстві [19, с. 25]. Комунікативна компетентність тією чи іншою мірою притаманна всім і в багатьох людей вона формується стихійно з урахуванням міжособистісного досвіду спілкування, безпосередньо за умов їх взаємодії. Будучи продуктом колективної діяльності, міжособистісний досвід водночас є індивідуальним надбанням.

У наукових дослідженнях комунікативна компетентність студента-медика постає як його особистісна характеристика і є важливим засобом суб'єктного включення його до системи освіти. Тому вона тісно пов'язана з рівнем задоволеності студентів навчанням, успішністю взаємодії з одногрупниками, викладачами, при цьому значну роль відіграють емоційний стан та прояв навичок конструктивного реагування у конфліктних ситуаціях.

Комунікативна компетентність розвивається на основі комунікабельності, яка, закріплюючись у поведінці, є передумовою для розвитку таких якостей особистості, як спрямованість на спілкування, інтерес до людей, рефлексія та емпатія. Аналіз досліджень О. Бойцової, С. Бухальської, Т. Вольфовської показав, що процес комунікації у студентському віці найбільш яскраво проявляється у процесі індивідуально-особистісного спілкування, завдяки якому зростають здібності до соціальної адаптації [5; 8; 10]. Вирішуючи проблему розвитку комунікативної

компетентності студентів у вузі, можна досягти прискорення адаптаційних процесів. Комунікативна компетентність сьогодні розглядається як стрижнева складова у загальній професійній компетентності.

Науково-теоретичний аналіз показує, що поняття комунікативної особистості поєднує ряд позицій:

- здібності та вміння підтримувати та встановлювати необхідні контакти;
- сукупність знань, умінь та навичок, що забезпечують ефективну комунікацію;
- розуміти та бути зрозумілим;
- вміння узгоджувати свої вербальні та невербальні прояви у спілкуванні;
- здатність долати труднощі у спілкуванні [10, с. 13-16].

На думку більшості дослідників, наявність добре розвиненої комунікативної компетентності робить людину більш успішною та затребуваною як партнера соціальної взаємодії. У низці професій вона є значною детермінантою успішності та невід'ємним атрибутом професіоналізму. У зв'язку з цим, у психології виокремлюють загальну та професійну комунікативну компетентність, а також підкреслюється, що остання виникає не стихійно, а формується у системі навчальних та розвиваючих заходів з акцентом на розвиток етичних характеристик професіонала та ціннісних орієнтацій, адекватних гуманістичним принципам спілкування. Як зазначають ряд дослідників (О. Грінчук, І. Мельничук, Н. Яковлева та інші) у професійній лікарській діяльності значне місце займає висока частота міжособистісних контактів при спілкуванні з хворими та їх родичами, що, безсумнівно, висуває високі вимоги до комунікативної компетентності сучасного лікаря [15; 34].

На думку Ю. Остроус, комунікативна компетентність лікаря є позитивна спрямованість інтеракцій та відсутність реакцій ігнорування, високий рівень емпатії та самооцінки, ставлення до іншої людини, як

цінності, як до активного співучасника взаємодії. У ході лікувального процесу лікарям доводиться взаємодіяти з різними пацієнтами (тривожними, агресивними), на психіку яких впливає те чи інше соматичне захворювання, що змінює звичний спосіб життя і ставлення пацієнта до оточуючих і самого себе [47, с. 96-102].

Отже, лікар повинен вміти обрати тактику спілкування, максимально адекватну особистісним характеристикам хворої людини, її поведінка має точно збігатися з психологічними особливостями кожного пацієнта.

У зарубіжній психології питання ефективності та якості взаємодії пов'язуються з поняттями «communicative competence», «social competence», «interpersonal competence». Однак, незважаючи на різницю термінів, їх зміст зводиться до визначення складових, які забезпечують успішний довгостроковий позитивний контакт. До них найчастіше відносяться висока мотивованість спілкування, вибірковість соціального сприйняття, вміння зворотного зв'язку та самокорекції поведінки, а також специфічні особистісні риси: комунікабельність, готовність до спілкування, активність, сила впливу, позитивна Я-концепція [67; 68; 70].

Зарубіжний вчений Е. Вільямсон, вивчаючи переваги пацієнтів у виборі лікаря, дійшов висновку, що найбільш значущим фактором такого вибору належать способи спілкування з хворим, ситуативна комунікація, вміння орієнтуватися в потребах пацієнта, розуміти його установки, відкритість лікаря в процесі комунікації, яка заснована на великому досвіді лікаря та його внутрішній свободі та творчості. Погані комунікації з боку лікаря є головним фактором незадоволеності пацієнта та його родичів лікуванням, що проводяться, ведуть до нещасних випадків і подальшого судового розгляду [74, с. 78].

Необхідно зазначити, що на сучасному етапі розвитку медичної науки та практики, в умовах спеціалізації та технологізації лікувального процесу значення комунікативної компетентності лікаря значно зростає. Інтенсифікація діяльності вузьких фахівців у галузі медицини через

інструментальні та лабораторні методи обстеження призводять до збільшення числа контактів пацієнта з лікарями різних спеціальностей зі зниженням тривалості кожного з них, що створює додаткові труднощі у процесі спілкування лікаря та пацієнта. У цій ситуації у лікаря слабшає інтерес до цілісного уявлення про хворого, втрачає силу фундаментальний принцип медицини: «Лікувати не хворобу, а хворого». Тоді як, на думку А. Тітової, позитивний контакт лікаря з пацієнтом підвищує ефективність лікування навіть у разі його невисоких результатів [57, с. 98]. Т. Скрябіна у своєму дослідженні показав, що задоволеність спілкуванням з лікарем значною мірою визначає задоволеність наданою медичною допомогою загалом [54].

Таким чином, комунікативна компетентність лікаря є не лише необхідною умовою його ефективної діяльності, а й визначає успішність професійної адаптації молодого фахівця.

Комунікативна компетентність лікаря, що корелює з психологічним ефектом лікування, проявляється:

- у позитивній спрямованості інтеракцій та відсутності реакцій ігнорування;
- у високому рівні емпатії та самооцінки;
- у відношенні до іншої людини, як до цінності, як до активного співучасника взаємодії.

Сучасна практична медицина розширює своє поле зору: хворий більше не є лише носієм якогось хворого органу, чи хвороби, його необхідно розглядати та лікувати, як людину в цілому, оскільки «хвороба є наслідком неправильного розвитку відносин між індивідуумом та соціальними структурами, до яких він включений». Комунікативна компетентність лікаря дозволяє:

- краще розпізнавати та правильніше реагувати на вербальні та невербальні знаки пацієнтів та витягувати з них більше інформації;

➤ більш ефективно проводити діагностику, оскільки вона залежить, у тому числі, і від здатності лікаря виявити ті симптоми, причини яких можуть мати психологічну чи соціальну природу;

➤ домагатися схвалення пацієнтом плану лікування, оскільки дослідження показали, що тренування комунікативних навичок позитивно впливає на згоду пацієнта приймати призначений йому лікарський засіб;

➤ впливати на різні форми відображення хвороби (емоційна, інтелектуальна, мотиваційна) та активізувати компенсаторні механізми, підвищити психосоматичний потенціал особистості пацієнта, допомогти йому відновити зв'язок зі світом, подолати так звану засвоєну чи навчену безпорадність, зруйнувати стереотипи, сформовані хворобою, реагування.

Отже, комунікативна компетентність є однією з важливих складових професійної підготовки спеціалістів суб'єкт-суб'єктного типу діяльності, до яких належить професія лікаря. У контексті вдосконалення сучасної медичної освіти проблема пошуку психологічно обґрунтованих напрямів розвитку комунікативної компетентності у студентів-медиків постає як дуже актуальна. Чим краще сформовано у майбутнього лікаря ця професійно значуща якість, тим ефективніше його спілкування з пацієнтами.

Таким чином, аналіз наукових джерел дозволяє зробити висновок про те, що у процесі навчання у медичному вузі позитивні особистісні якості майбутнього лікаря, по можливості, повинні бути доведені до досконалості, а найважливішим фактором, що визначає ефективність цього процесу, слід розглядати безперервну психологічну освіту. Такий підхід дозволяє поєднати професійні знання, вміння, навички та особисті якості студента, що є основою готовності майбутнього лікаря усвідомлювати свої функції лікарської праці, професійної позиції, обирати оптимальні способи діяльності, співвідносити свої можливості з подоланням труднощів, які виникають при вирішенні професійних завдань та досягнення результатів.

У структурі спілкування виділяють три взаємопов'язані сторони: комунікативну, перцептивну та інтерактивну. Комунікативна сторона спілкування, або комунікація у вузькому значенні цього слова, полягає в обміні інформацією між партнерами, передачі та прийомі знань, ідей, думок та почуттів, і вимагає від учасників взаємодії здатності до самовираження, мимовільної експресивності, або так званої «здатності спонтанного кодування». Інтерактивна сторона спілкування полягає в обміні діями між сторонами, що спілкуються, тобто організації міжособистісної взаємодії. Відповідно, перцептивна сторона спілкування є процес пізнання людьми одне одного з наступним встановленням на цій основі певних міжособистісних відносин. Для ефективності у перцептивній та інтерактивній сторонах спілкування учасникам комунікації необхідні здібності розуміти себе та інших, прогнозувати міжособистісні ситуації [44, с. 314-322].

Комунікативна компетентність як інтегративна особистісна якість має складну структуру. У структурі комунікативної компетентності лікаря виділяють три взаємопов'язаних та відносно самостійних рівнів: *базовий (ціннісний), змістовний та інструментальний (операційний, технічний)*. *Базовий рівень* слід вважати основним, оскільки він забезпечує мотивацію спілкування та можливості становлення комунікативної компетентності, полегшуючи або, навпаки, ускладнюючи цей процес. Базові комунікативні характеристики впливають на всі рівні, багато в чому зумовлюючи як своєрідність когнітивних схем, що складаються в свідомості особистості, на основі яких будуть згодом будуватися комунікативні програми і плани (змістовний рівень), так і «індивідуальний малюнок» формуються і закріплюються рівень). При цьому показники, що входять до складу базового рівня найбільш стійкі, дуже консервативні, важко піддаються корекції [44, с. 38].

На *змістовному рівні* здійснюється переведення лікарських завдань у комунікативні, побудова програм та тактичних планів спілкування. Базовий

рівень включає особистісні якості лікаря, установки, ціннісні орієнтації та мотиви у комунікативній сфері.

Інструментальний рівень включає володіння комунікативними вміннями і навичками, що забезпечують управління ходом процесу спілкування, ефективний вплив на партнерів зі спілкування, а також оптимальну його саморегуляцію. Він має у своєму складі як загальні (наприклад, вміння слухати тощо), так і професійні комунікативні навички та вміння (наприклад, прийоми приєднання до пацієнта). Перший визначає прояв комунікативної компетентності у спілкуванні, в комунікативній поведінці індивіда. Він містить два підрівні: безпосередні дії в акті комунікації (вміння та навички спілкування) та знання про закономірності спілкування, про комунікативні властивості себе та інших. Другий рівень включає комунікативні цінності, орієнтації та специфіку мотивації загалом у даного суб'єкта, рівень його потреби у спілкуванні. Рівні комунікативної компетентності взаємопов'язані та взаємозалежні, як у будь-якому вигляді активності суб'єкта пов'язані між собою мотивація та поведінка. За формою та змістом комунікативна компетентність залежить від специфіки соціальних ролей, які виконує людина. На неї значний вплив має професія, оскільки вона багато у чому визначає вибірковість комунікативних інтересів та специфіку ділового спілкування. Доцільно розрізняти загальну та професійну комунікативну компетентність. Професійна комунікативна компетентність формується на основі загальної комунікативної компетентності та визначає ефективність ділового спілкування та діяльності в цілому [10, с. 13-16].

Ряд вітчизняних та зарубіжних авторів вважають, що професійна комунікативна компетентність має значний вплив на загальну комунікативну компетентність. Поступово професійні комунікативні навички та професійна комунікативна компетентність загалом стають значнішими для індивіда та накладають відбиток на загальну комунікативну компетентність [30; 32; 47; 67; 69; 74].

Аналіз численних літературних джерел та практичний досвід соціально-психологічного дослідження у комунікативних професіях дають підстави для того, щоб як необхідні та достатні компоненти, що відображають основні комунікативні установки та орієнтації особистості, запропонувати такі, як: емпатія, прийняття, відкритість.

Найбільш суттєвим та важливим показником базового рівня є емпатія, яка у комунікативній діяльності сприяє збалансованості міжособистісних відносин, робить поведінку людини соціально зумовленою.

Згідно з К. Роджерсом, здатність одного індивіда допомагати іншому, насамперед, залежить від створення теплих, щирих емпатійних відносин. Визначення емпатійної поведінки вченого свідчить про те, що лікар повинен відчувати внутрішній світ пацієнта так, якби це був його власний світ [72, с. 2-11]. У роботі, присвяченій комунікативній підготовці лікаря-стоматолога, Ю. Коленко, О. Ліновицька, Г. Мануйлова описують такі особливості діяльності лікаря-стоматолога: комунікативна наповненість на всіх етапах лікування; тимчасова спресованість діяльності; проведення значної кількості болючих маніпуляцій на рівні місцевої анестезії або без неї, що потребує попереднього психотерапевтичного впливу на пацієнта; подолання відомого бар'єру пацієнтами стоматологічного лікування [31].

У спілкуванні стоматолога зі своїми пацієнтами Ю. Коленко, О. Ліновицька, Г. Мануйлова виділяють такі етапи:

1. *«Комунікативна атака»*. Її завданнями є встановлення емоційного контакту, формування схильності пацієнта до лікаря; зняття зайвих емоційних нашарувань; встановлення довірливих відносин із пацієнтом, що дозволяє здійснити продуктивну лікувальну діяльність.

2. *Підтримка стосунків із пацієнтом під час лікування* зменшує больові ефекти та виконує такі завдання: ліквідація м'язової напруги у м'язово-лицьовій системі та, відповідно, створення оптимальних умов для лікування; відволікання хворого від неминучих больових відчуттів; навіювання, переконання у низькому рівні больових відчуттів, заспокоєння

пацієнта. Таким чином, можна перетворити пацієнта на співучасника лікувальної роботи.

3. *Післялікувальна «комунікативна обробка»*, яка часто не береться до уваги лікарями-стоматологами. Її цілі: підтвердження правильності проведеного лікування; отримання зворотної інформації про перебіг лікувального процесу, болючість та ефективність проведеного лікування; закріплення емоційного контакту з пацієнтом та орієнтація на ту ж продуктивність лікування та спілкування. Так можна створити позитивну установку пацієнта на подальше лікування, сформувати стійкий позитивний психічний стан, позитивне ставлення до профілактики захворювань ротової порожнини. Загалом, продуктивна комунікативна діяльність лікаря-стоматолога допомагає ефективно здійснювати лікування, активізує елементи психотерапії у лікувальній роботі; зменшує витрати часу на пацієнта; виключає з уявлень пацієнта про стоматологічне лікування відчуття страху; формує стійке позитивне ставлення до стоматологічної профілактики [31].

На думку Я. Кульбашної, комунікативні завдання, що стоять перед лікарем, та умови їх вирішення характеризуються такими моментами: наявність у значної частини пацієнтів психічної патології, відхилень в емоційній сфері, стан психічної напруженості; загострена увага більшості хворих до слів та невербальних засобів спілкування лікаря; детермінованість цілей та засобів комунікації лікаря приписами медичної деонтології; специфічні настанови пацієнта; ставлення комунікативних завдань до завдань профілактики, діагностики, прогнозу, терапії та реабілітації як засобу до цілей; дуже мізерна попередня інформація про партнера зі спілкування; жорстко лімітований час спілкування; дуже великі відмінності між пацієнтами за віком, професійною приналежністю, освітою, культурним рівнем [32, с. 113-118].

Можна відзначити такі комунікативні завдання, які стоять перед лікарем: дізнатися про психологічні особливості хворого; заспокоїти

пацієнта, зменшити його тривожність; розговорити хворого; отримати необхідні відомості; погасити конфлікт, зменшити агресивність; нав'язати надію на успішний результат лікування; висловити, донести до хворого своє співчуття; переконати його у помилковості уявлення про захворювання; на користь хворого приховати від нього щось або повідомити неповну інформацію; добитися повної довіри пацієнта; переконати хворого у необхідності суворо дотримуватись режиму або погодитися на операцію; направити розмову з пацієнтом у потрібне русло. У кожному конкретному випадку доводиться вирішувати одне чи кілька подібних завдань залежно від того, що знає лікар про хворого, які стосунки з ним встановлюються, які цілі діагностики, терапії чи реабілітації. Цей перелік, на думку Л. Манюк, не можна вважати ні вичерпно повним, ні таким, що задовольняє вимоги логічної суворості, проте він дає уявлення про специфіку спілкування лікаря з пацієнтом. Звідси також зрозуміло, що зазначена специфіка комунікативних завдань лікаря, умов та засобів їх вирішення повинні враховуватися під час професійної підготовки майбутніх лікарів, щодо психологічних дисциплін, спрямованих на формування у них відповідних знань, умінь та навичок спілкування. У структурі комунікативної компетентності лікаря виділяють мотиваційний, когнітивний, афективний, поведінковий та особистісний компоненти [33, с. 119-123].

Мотиваційний компонент утворює потреби у позитивних контактах, мотиви розвитку компетентності, а також цінності спілкування та мети. До когнітивного компонента відносяться соціальне сприйняття, уява та мислення, а також рефлексивні, оціночні та аналітичні здібності. У когнітивний компонент входять знання в галузі взаємовідносин людей (почерпнуті з художньої літератури, мистецтва, історії, буттєвого досвіду) та спеціальні психологічні знання.

Афективний (емоційний) компонент проявляється у різноманітних емоційних станах, позитивних і негативних емоціях, конфліктності, задоволеності партнером, собою, емоційній чутливості. Це здатність

адекватно і повно сприймати та оцінювати людей, а також взаємини, що складаються між людьми, прояв емпатії, корекція та розвиток установок, необхідних для успішного спілкування.

Поведінковий (регулятивний) компонент спонукає діяльність, вчинки, локалізацію, переміщення у просторі, виявляється у міміці, жестах, пантоміміці, промови. На поведінковому рівні це індивідуальна система оптимальних моделей міжособистісної взаємодії, і навіть суб'єктивного контролю комунікативної поведінки.

Особистісний компонент комунікативної компетентності включає певну сукупність індивідуальних якостей: висока мотивація на успішну комунікацію, комунікативна толерантність, афіляція, емоційна стабільність, емпатія, сензитивність до відкидання, високий комунікативний контроль тощо [26, с. 100-102].

Розвиток професійної комунікативної компетентності спирається на сукупність загальних засад цілісного педагогічного процесу, таких як міждисциплінарна координація, особистісно-орієнтована спрямованість навчання та активність студентів. Принцип міждисциплінарної координації розглядається, як уміння використовувати методологію, основні положення, апарат навчальних дисциплін, а також набуті навички для вирішення пізнавальних, навчальних та професійних завдань.

Відповідальність за розвиток здібностей професійного спілкування майбутнього лікаря у процесі навчання в умовах медичного вишу формально лежить на педагогічному складі кафедр, які викладають дисципліни гуманітарного та клінічного профілю. До перших, що закладають фундамент професійної комунікації, слід зарахувати психологію, іноземні мови, соціологію, філософію, які спрямовують свої зусилля на розвиток у студентів здібностей до емпатії, конгруентності – довірливого, відкритого спілкування і поведінки; толерантного ставлення до «іншої думки», конструктивності – здатності позитивно сприймати та запобігати чи вирішувати конфліктні ситуації; навичок співробітництва –

вміння працювати «у команді», взаємодії з іншими людьми, без обмеження їхніх прав та інтересів [15, с. 128-134].

Критерієм підвищення рівня розвитку зазначених психологічних якостей студента можна вважати його здатність до прийняття самостійних зважених рішень та усвідомлення відповідальності за їх наслідки; рефлексії – аналізу поведінки, здійснення самоконтролю особистісного розвитку.

Так, головними показниками комунікативної компетентності майбутнього лікаря є: в емоційній сфері – емпатія; у когнітивній сфері – рефлексія; у поведінковій сфері – інтеракція (планування майбутньої розмови, взяття на себе ініціативи у розмові, організація цілісного контакту, врегулювання конфліктних ситуацій, узгодження).

Здійснивши теоретичний огляд літературних джерел, ми дійшли висновку про те, що сучасний лікар повинен вміти створювати та зберігати коректні з терапевтичної та етичної точки зору відносини, використовувати ефективні навички слухання, запитувати та надавати інформацію, а також успішно працювати як член чи лідер команди охорони здоров'я. Таким чином, основною метою навчання комунікативної компетентності є підвищення ефективності підготовки фахівців медичного профілю та їх відповідності сучасним запитам шляхом створення у медичних навчальних закладах сприятливих умов для вільного та усвідомленого навчання майбутньої професійної діяльності, необхідної кваліфікації відповідно до особистісних інтересів, освітніх запитів та потреб ринку праці.

Психологічні особливості комунікативної компетентності у професійній діяльності лікаря

Професія лікаря – одна з небагатьох, які потребують досконалого володіння прийомами та способами ефективного спілкування як з пацієнтами, їхніми родичами, так і з колегами для досягнення взаєморозуміння, необхідного при вирішенні не тільки лікувальних, діагностичних завдань, а й особистісних та сімейних проблемних ситуацій, здатних істотно впливати на результат конкретного захворювання та якість життя людини в цілому [16, с. 83].

У професійній діяльності лікаря комунікативна компетентність забезпечує ефективність лікарського спілкування. Під ефективним лікарським спілкуванням можна розуміти таке спілкування лікаря з пацієнтами різного віку, їхніми батьками та родичами, яке сприяє адекватній реалізації лікарем своїх функцій у лікувально-профілактичному процесі (інструментальній, психологічній, соціально-психологічній, регулятивній, когнітивно-інформаційній, соціально-перцептивній та психотерапевтичній). Відносно стійка сукупність комунікативних властивостей і характеристик лікаря, що забезпечують успішність його взаємодії з усіма учасниками лікувально-профілактичного процесу є інтегративна особистісна якість, втрата якої означала би втрату здатності лікаря до здійснення ефективної комунікації [20].

Слід зазначити, що у психології критеріями ефективної комунікації вважають:

- 1) здатність просування у вирішенні проблем учасників спілкування;
- 2) забезпечення досягнення мети спілкування з оптимальними витратами (відсутність нервово-психічних перевантажень, адекватне витрачання психологічних ресурсів);
- 3) досягнення взаєморозуміння між партнерами зі спілкування.

Очевидно, що відповідність професійного спілкування лікаря всім цим критеріям буде означати успішну реалізацію ним потенціалу, який

закладений у комунікативній складовій діяльності лікаря. Якісна та професійна медична допомога населенню завжди була актуальною проблемою у будь-якій країні світу. Вона багатогранна та залежить від багатьох обставин. З одного боку, медичні працівники здійснюють свою професійну діяльність в умовах жорсткого ліміту часу, нестачі ліків та обладнання, що явно не стимулює їх до сприятливого спілкування з пацієнтами. З іншого боку, медичні працівники не прагнуть виявляти увагу, турботу, емпатію по відношенню до хворих та своїх колег. Цей факт обумовлений тим, що питання психології спілкування займають недостатньо місця у навчальних програмах медичних вузів [72, с. 2-11].

Сучасним лікарям не вистачає знань та умінь у галузі професійного спілкування з пацієнтами різними за темпераментом, настроєм, культурою поведінки, рівнем освіти, станом здоров'я. Зазвичай це обумовлено низкою протиріч, що мають місце у системі вищої медичної освіти: цілями формування всебічно розвиненої креативної, високопрофесійної особистості спеціаліста та реальними можливостями сучасної предметної системи навчання у медичному вузі; потребою у гуманізації, інтеграції медичної освіти та відсутністю цілісної теоретичної концепції підготовки фахівця; значною потребою у конкурентоспроможних фахівцях, які мають високу комунікативну компетентність, володіють ефективними комунікативними навичками, та недостатнім рівнем підготовки студентів у цьому аспекті; комунікативною взаємодією «лікар-пацієнт» у медичній деонтології, клінічній та медичній психології, що розглядається з позицій лікарського обов'язку та емпатії [38, с. 6-9].

Загалом надання медичної допомоги – складний процес, який може супроводжуватись виникненням важких психологічних ситуацій. Отже, однією з умов планування інтерактивної терапевтичної діяльності має стати попередження переважання негативних емоцій, зміни звичних параметрів спілкування. Очевидно, що важливо не тільки розвивати нові технології, мати можливість використовувати необхідні діагностичні та лікарські

засоби, а й домагатися того, щоб пацієнти дотримувалися рекомендацій лікаря. Тому майбутній лікар повинен мати властивості особистості, що сприяють організації взаємодії з пацієнтом та надання йому допомоги [59].

Таким чином, щоб лікар перейшов із патерналістської моделі взаємин до моделі співробітництва, йому необхідно перетворитися на слухача. Якщо раніше пацієнт мав наслідувати медико-діагностичну схему, то тепер лікар і пацієнт повинні прагнути разом, зрозуміти історію життя пацієнта. На сьогодні у сфері практичної медицини варто розширювати своє поле зору: хворий не повинен розглядатися, як носій якогось хворого органу, його слід розглядати та лікувати, як людину загалом. Тому потрібен погляд на пацієнта, як на суб'єкта професійної діяльності. Зі сказаного вище випливає, що вміння спілкуватися, або комунікативна компетентність, забезпечує взаєморозуміння, довіру у відносинах, ефективність у вирішенні поставлених завдань. Якщо пацієнт довіряє своєму лікарю, не сумнівається у правильності діагнозу та адекватності терапії, то він виконуватиме призначення, пройде всі необхідні діагностичні та терапевтичні процедури.

Комунікативна компетентність – одна з основних характеристик професійної компетентності фахівців медичного профілю починає формуватися ще у період навчання у медичному вузі, у процесі самостійного професійного спілкування з пацієнтами, і становить одне з найважливіших завдань підготовки майбутнього лікаря, що є запорукою його подальшого особистісного та професійного розвитку [58, с. 156-157].

На ранніх етапах навчання, майбутні лікарі зазвичай несвідомо, механізмом наслідування, копіюють стиль поведінки тих лікарів, чи викладачів, на чию думку орієнтуються та довіряють. І лише у процесі накопичення досвіду професійного спілкування молодий лікар уже усвідомлено починає використовувати різноманітні навички, що полегшують спілкування з пацієнтами». В основі розвитку комунікативної компетентності у сфері «людина – людина» лежить встановлення успішної взаємодії у різноманітних за змістом та структурою ситуаціях професійного

спілкування [54]. Акцент у цьому випадку робиться на тому, що фахівець у сфері медицини має не лише забезпечити повноцінне спілкування та досягти позитивних змін у діалозі «лікар – пацієнт», а й зберегти власний добробут.

Серед підстав для побудови успішного професійного спілкування можна виділити загальний культурний та інтелектуальний рівень медичного працівника, що дозволяє знайти потрібні теми для вступу в контакт, зняття напруги та здійснення хорошої професійної підготовки. Велике значення має також розвинена самосвідомість, що забезпечує можливість ефективної рефлексії своєї комунікативної поведінки та сприяє виробленню необхідних індивідуальних способів корекції комунікативної поведінки. Тут можна виділити володіння техніками спілкування, до яких належать: техніка встановлення контакту, активне слухання, привернення уваги до тексту повідомлення, формування позитивної установки на продовження або повторення контакту, техніки цивілізованого психологічного впливу, а також техніки руйнування психологічних бар'єрів [42, с. 33-38].

У психології як основні психологічні критерії успішного спілкування виділяються такі, як свобода, легкість, контактність, спонтанність, адаптивність та комунікативна сумісність. Як інтегральна характеристика комунікативної поведінки, успішність розвивається з віком та накопиченням знань специфіки спілкування, набуттям та розширенням кола соціальних умінь, зростанням довіри до себе та своїх можливостей [32, с. 113-118].

До психологічних детермінант комунікативної компетентності лікаря можна віднести неспостережувані і спостережувані здібності суб'єкта професійної діяльності, в основі цього поділу покладена ідея про те, що компетентна комунікативна поведінка визначається з одного боку потенційними можливостями, а з іншого, є клас характеристик, які можна бачити при взаємодії з медичного працівника. З погляду зарубіжних дослідників Д. Гаймса і В. Левінсона, до неспостережуваних здібностей

можна віднести гнучкість у міжособистісному спілкуванні, рольову гнучкість, здатність до співпереживання, сприйнятливості [68; 70].

Гнучкість розглядається у дослідженнях вітчизняних та зарубіжних психологів як основна передумова компетентної комунікативної поведінки. Рольова гнучкість дозволяє входженню людини у роль, яку очікує від нього партнер. Емпатія та сприйнятливості дають можливість правильно оцінити себе, партнера та ситуацію. У перелік спостережуваних здібностей також входять: здатність до комунікації, до кооперації, до управління конфліктами та до роботи у команді [47, с. 96-102; 72, с. 2-11].

Таким чином, комунікативну компетентність лікаря можна також визначити, як здатність ефективно взаємодіяти, спільно розробляти плани дій та координувати свою професійну діяльність з іншими.

Важливою складовою високого рівня комунікативної компетентності постає здатність до кооперації та координації, що включає низку характеристик: здатність діяти ініціативно, встановлювати контакти та довірливі відносини; здатність встановлювати спільні цілі, готовність відповідати за наслідки спільних дій. До психологічних показників розвитку комунікативної компетентності належить здатність до управління конфліктами, у ході виконання професійної діяльності. Ця здатність включає своєчасне виявлення конфліктної ситуації, розуміння її можливих причин та етимології, пошук та апробація способів врегулювання, ініціативу та активність у застосуванні механізмів вирішення. У цілому, можна відзначити, що здатність до управління конфліктом полягає у свідомому виборі методів управління конфліктом та адекватної стратегії поведінки.

Серед психологічних детермінантів розвитку комунікативної компетентності виділяються специфічні вміння: комунікативні, соціально-перцептивні, інтерактивні [51, с. 73-80].

Серед *комунікативних умінь* виділяються:

✓ мовленнєві вміння, уміння гармонізувати зовнішні та внутрішні прояви,

- ✓ уміння отримувати зворотній зв'язок,
- ✓ уміння долати комунікативні бар'єри.

Група *інтерактивних умінь* включає:

✓ уміння будувати спілкування на гуманній, демократичній основі, ініціювати сприятливу емоційно-психологічну атмосферу,

- ✓ уміння самоконтролю та саморегуляції,
- ✓ уміння організовувати співпрацю,
- ✓ уміння керуватися принципами та правилами етики та етикету.

До *соціально-перцептивних умінь* відносяться:

✓ вміння адекватно сприймати та оцінювати поведінку партнера у спілкуванні, розпізнавати за невербальними сигналами його стан, бажання та мотиви поведінки,

- ✓ вміння справляти сприятливе враження.

Значущими детермінантами становлення необхідного рівня професійної комунікативної компетентності є відповідні якості особистості, що забезпечують розвиток цього виду компетентності. У даному випадку перш за все виділяється товарииськість. У товарииськості виражається «потреба людини в інших людях і контактах з ними, прагнення до цих контактів, їх інтенсивність і легкість, а також здатність людини до дружньої поведінки у ситуації спілкування та встановлення довірливих відносин, уміння не губитися у момент спілкування, прагнення взяти на себе ініціативу у контакті» [58, с. 156-157].

Таким чином, як показує проведений науково-теоретичний аналіз психологічних досліджень, можна виділити низку психологічних детермінантів, які продукують розвиток високого рівня комунікативної компетентності лікаря. В узагальненому вигляді їх можна об'єднати у наступні групи:

- *соціально-психологічні*: досвід взаємодії з компетентними людьми, які транслиували оптимальні моделі комунікативної поведінки;
- *особистісно-значущі*, що підтримують розвиток психологічної культури у спілкуванні стимули, що виходять від соціуму;
- *суб'єктивні*: здібності, що мають відношення до спілкування, комунікативні соціально-перцептивні, інтерактивні вміння;
- *навички підтримки позитивного контакту*;
- *вміння самореалізації та самоконтролю*;
- *особистісні комунікативні характеристики*: товариськість, контактність, гнучкість, емпатія, управління конфліктами та робота у команді.

На думку вітчизняних психологів, велику роль тут відіграють морально-етичні якості: гуманність, доброзичливість, толерантність, дружелюбність, які дозволяють оптимізувати спілкування.

У наукових дослідженнях комунікативна компетентність студента-медика постає як його особистісна характеристика і є важливим засобом суб'єктного включення його до системи освіти. Вона тісно пов'язана з рівнем задоволеності студентів навчанням, успішністю взаємодії студентів з одногрупниками, викладачами та співробітниками вузу, при цьому значну роль відіграють емоційний стан та прояв навичок конструктивного реагування у конфліктних ситуаціях [14, с. 102-104].

Формування комунікативної компетентності зумовлено також і особливостями лікарської діяльності: необхідність реалізації у медицині відповідного міжнародним нормам соціопсихосоматичного підходу до хвороби, що передбачає вміння лікаря будувати довірливе спілкування з пацієнтом, сприяти встановленню та підтримці психологічного контакту з метою збору інформації, а також передавати пацієнтові дані про діагноз, лікування, прогнози, способах реабілітації хворобливого стану; будучи необхідною умовою терапевтичного альянсу «лікар – пацієнт»,

комунікативна компетентність дозволяє формувати суб'єктну, важливу, основну позицію пацієнта у лікувальному процесі [8, с. 21-24].

Таким чином, комунікативна компетентність у студентів-медиків передбачає не лише наявність певних психологічних знань, а й сформованість деяких спеціальних навичок: уміння встановлювати контакт, слухати, читати невербальну мову комунікації, будувати бесіду, формулювати питання. Важливим є також володіння власними емоціями, здатність зберігати впевненість, контролювати свої реакції та поведінку в цілому. Адекватна комунікація передбачає правильне розуміння хворого та відповідне реагування на його поведінку [40, с. 112].

З огляду на це, професійно значущою якістю медичного працівника є комунікативна толерантність (як один із аспектів комунікативної компетентності) – толерантність, поблажливість. Комунікативна толерантність показує, якою мірою лікар сприймає та пояснює суб'єктивно небажані, неприйнятні йому індивідуальні особливості пацієнтів, негативні якості, засуджувані вчинки, звички і стереотипи мислення. Толерантність можна розглядати як багаторівневу самоосвіту [38, с. 6-9].

Особливий інтерес викликають питання, які особистісні характеристики сприяють розвитку та актуалізації толерантності. Огляд досліджень показує, що особистісні передумови толерантності можуть бути розглянуті на когнітивному, емоційному, комунікативному та ціннісно-смысловому рівнях, а також на рівні «ядра особистості» – самосвідомості.

До *когнітивних характеристик* толерантної особистості належать: критичність мислення, широта інтересів, усвідомлення та прийняття людиною складності, багатовимірності, відносності, неповноти та суб'єктивності власних уявлень та своєї картини світу, відкрита пізнавальна позиція, висока потреба у пізнанні, здатність сприймати іншу точку зору (децентрація), гнучкість мислення, що полягає у готовності змінити свої уявлення про об'єкт у зв'язку з новою інформацією, що надійшла.

Емоційні характеристики толерантності полягають у низькій тривожності, емоційній стійкості, емпатії, соціальній чутливості, оптимістичній емоційній реакції. При цьому центральним емоційним компонентом толерантної взаємодії є емпатія – здатність до співпереживання, співчуття. Емпатія, як спосіб гуманістичного спілкування передбачає безоцінкове прийняття, перебування в особистісному світі іншого, чутливість до його переживань і особистісних смислів. Комунікативні компоненти толерантності виражаються у здатності до встановлення партнерських відносин з іншими людьми, до побудови діалогу, уміння запобігати та конструктивно вирішувати конфліктні ситуації, розуміти думку та позицію співрозмовника [40, с. 121].

Таким чином, толерантність сприймається оточуючими як позитивний енергетичний прояв особистості. Людина, що має високий рівень комунікативної толерантності, досить врівноважена, передбачувана у своїх стосунках з партнерами і сумісна з дуже різними людьми. Завдяки цим перевагам створюється психологічно комфортна обстановка для спільної діяльності. Спілкуючись із толерантною особистістю, людина відчуває себе комфортно. Натомість відсутність комунікативної толерантності або її низький рівень пояснюється негативними реакціями індивіда на виявлені відмінності між підструктурами своєї особистості та особистості партнера. Чим виразніші негативні переживання людини з приводу своєрідності іншої, тим нижчий рівень толерантності, тим важче демонструвати прихильність до партнера, приймати його у всіх чи деяких проявах, стримувати невдоволення ним [47, с. 96-102].

Інша психологічна характеристика, що забезпечує комунікативну компетентність лікаря, – це емоційна стабільність, врівноваженість за відсутності імпульсивності, надмірної емоційної експресивності, зі збереженням контролю над емоційними реакціями та поведінкою в цілому. Емоційна стабільність допомагає лікарю у взаєминах із хворими уникати

«психологічних зривів», конфліктів. Інтенсивні емоційні реакції, які руйнують довіру хворого, лякають, насторожують його, також і стомлюють.

Навпаки, душевна рівновага лікаря, його спокійна доброзичливість, емоційна стабільність викликають у пацієнта почуття надійності, сприяють встановленню довірливих стосунків. У ситуації хвороби, як правило, підвищується рівень тривоги, що призводить до посилення емоційної нестійкості, що проявляється у дратівливості, плаксивості, запальності, агресивності. У більшості випадків спостерігається також астения, як одна з найбільш поширених і неспецифічних форм психічного реагування на різноманітні внутрішні та зовнішні патогенні фактори: психогенної, травматичної, соматогенної та іншої природи. Пацієнти з їх нестабільною психікою, тривожністю, невпевненістю, занепокоєнням, лабільністю емоційних реакцій потребують стабілізуючої впевненості лікаря. Особливо це важливо для хворих із соматичними хворобами (гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки, бронхіальна астма тощо). Психологічною характеристикою, що бере участь у формуванні комунікативної компетентності лікаря, є сензитивність до відкидання. Здатність сприймати негативне ставлення оточуючих, зокрема, пацієнтів, що може виникати на певних етапах лікування, надає лікареві своєрідний «зворотній зв'язок», що дозволяє йому коригувати свою поведінку у взаєминах із хворим. Сензитивність до заперечення не повинна бути надто високою. Інакше вона сприятиме зниженню самооцінки лікаря, блокуватиме його афіліативну потребу та загалом знижуватиме адаптивні та компенсаторні можливості [58, с. 156-157].

В основі формування комунікативної компетентності лежить така психологічна характеристика особистості, як прагнення перебувати разом з іншими людьми, належати до будь-якої соціальної групи, встановлювати емоційні взаємини з оточуючими, бути включеним у систему міжособистісних взаємин. Ця психологічна риса, потреба в інших людях, прагнення взаємодії з ними, у літературі позначається терміном «афіліація»

– потреба людини бути у суспільстві інших людей, прагнення до «приєднання». Внутрішньо (психологічно) афіліація виступає як почуття прихильності та вірності, а зовні – у товариськість, бажанні співпрацювати з іншими людьми, постійно перебувати разом із ними, в особливостях невербальної поведінки.

Психологічною якістю, що забезпечує адекватну комунікацію в системі взаємовідносин «лікар-хворий», є також емпатія, здатність до співчуття, співпереживання, співстраждання, своєрідна психологічна «включеність» у світ переживань хворого. Емоційна співучасть допомагає встановити психологічний контакт з хворим, отримати більш повну і точну інформацію про нього, про його стан, нав'язати запевнити у компетентності лікаря, адекватності здійснюваного ним лікувально-діагностичного процесу, вселити віру у одужання [60, с. 78].

Сучасне розуміння емпатії як розуміння емоційного стану, проникнення, відчуття у внутрішній світ іншої людини передбачає наявність трьох видів емпатії: а) емоційної емпатії, заснованої на механізмах ототожнення та ідентифікації; б) когнітивній (пізнавальній) емпатії, що базується на інтелектуальних процесах (порівняння та аналогії); в) предикативній емпатії, що виявляється у здатності до прогностичного уявлення про іншу людину, засновану на інтуїції. Аналіз особливостей розвитку поглядів на емпатії у психології виявляє неоднозначність поглядів, передусім, на природу і суть цього процесу. Таким чином, така якість лікаря, як емпатія може бути корисною у випадках невідповідності суб'єктивних ознак тих чи інших симптомів, що пред'являються хворим, об'єктивній клінічній картині захворювання у разі симулятивної поведінки [38, с. 6-9].

Враховуючи вище викладене, можна зробити висновок про те, що вивчення основних психологічних детермінантів розвитку комунікативної компетентності лікаря стає актуальним для підвищення якості професійної підготовки у студентів медичного вузу.

Вплив індивідуально-психологічних особливостей на комунікативну компетентність майбутнього лікаря

Професійна діяльність лікаря пов'язана з розробкою стратегії та тактики терапевтичного впливу і, отже, вимагає вміння прогнозувати події, передбачаючи можливі варіанти розвитку захворювання, ускладнення, наслідки фармакологічного лікування. У зв'язку з цим важливою є наявність у лікаря такої характеристики, як тривожність, яка впливає на його прогностичні можливості, виконуючи залежно від ступеня вираженості, як адаптивну, так і дезадаптивну роль.

Тривога – це емоція, спрямована у майбутнє, пов'язана з прогнозуванням, передбаченням, очікуванням можливих невдач, з формуванням відповідних відносин та установок. Як правило, емоція тривоги виникає у ситуаціях невизначеності та очікування, зумовлених дефіцитом інформації та важко прогнозованим результатом. Легкий ступінь тривоги (занепокоєння) – звичайна реакція на невизначеність, що сигналізує про можливу небезпеку та виконує у цьому випадку адаптивну функцію. Мобілізація під впливом емоції тривоги адаптивних, компенсаторних та захисних механізмів дозволяє більш ефективно протистояти можливій небезпеці.

Тривожність як властивість особистості дозволяє лікарю чуйно реагувати на зміни у стані пацієнта та вчасно вживати необхідних заходів. Хворим це сприймається, як розуміння його з боку лікаря, як професійна, емоційна підтримка, що підвищує ефективність комунікації «лікар - пацієнт». Проте інтенсивна тривога заважає лікареві адекватно оцінити ситуацію, визначити можливі варіанти її розвитку та вибрати найбільш правильне у цих обставинах рішення. Страх, паніка лікаря переривають його комунікацію з пацієнтом, руйнують психологічний контакт з-поміж них. Тривога лікаря «передається» хворому та додатково дезорганізує його [33, с. 119-123]. Під впливом тривоги можуть порушуватись різні функції організму, який реагує, наприклад, порушеннями сну, зниженням апетиту,

або, навпаки, його підвищенням (у деяких хворих у стані тривоги виникає булімія). Підвищена тривожність відзначається у багатьох пацієнтів, які страждають на різні захворювання і її посилення під впливом страху, що переживається лікарем, вкрай небажане. У цьому випадку хворий може відчувати безнадійність свого стану, перестає вірити у можливість одужання. Лікарі з високою особистісною тривожністю, схильні реагувати на будь-які зміни підвищенням тривоги, зазвичай малопривабливі для хворих, які надають перевагу більш стабільним та емоційно врівноваженим лікарям [17, с. 93].

Іншою характеристикою лікаря, яка здатна зруйнувати його комунікацію з пацієнтом, може бути депресивність. Якщо емоція тривоги спрямована у майбутнє, то депресія пов'язана з переживанням минулого, коли в уяві знову і знову виникають образи пережитих конфліктів, психотравмуючих подій. Минуле є суцільним ланцюгом невдач і неприємностей, формуючи відчуття безвиході, безнадійності, яке проектується у майбутнє. Втрачається перспектива, життя забарвлюється переживанням власної неповноцінності. Лікар, який має схильність до депресивних реакцій, не викликає довіри у хворого. Спостерігаючи, як лікар на будь-яку, найменшу невдачу, неточність, помилку реагує почуттям провини, хворий починає підозрювати його у некомпетентності, перестає йому вірити. Занурений у власні переживання лікар може не помітити покращення у стані пацієнта, вчасно не підтримати його, підкресливши симптоми одужання і, навпаки, «заражає» свого хворого на тужливу безнадійність, руйнуючи позитивні ефекти проведеної терапії [27, с. 418-427].

Ще одна психологічна характеристика, що ускладнює встановлення довірливих стосунків «лікар – хворий» – глибока інтровертованість лікаря. Інтроверсія – термін, введений у психологію К. Юнгом, визначається як спрямованість суб'єкта на самого себе, зверненість до власних відчуттів,

переживань, пізнавальних конструкцій, які по-своєму суб'єктивно інтерпретують навколишній світ.

Інтроверт орієнтується на власні цінності, ідеали, переконання, моральні та етичні норми [70, с. 1310-1318]. Інтровертована особистість, занурена у свій психологічний світ, зайнята собою, своїми почуттями, ідеями, враженнями, мало цікавиться іншими людьми, виявляючи беспорядність у ситуації, що потребує взаємодії та співпраці з оточуючими. Як правило, інтровертованість супроводжується недоліком інтуїції, чуйності, тактовності у міжособистісних відносинах, низьким рівнем емпатії з недостатньою здатністю відгукуватися на біль та страждання іншого, відгукуватися на занепокоєння та тривогу [26, с. 100-102].

Таким чином ці якості здатні знизити комунікативну компетентність лікаря, виступаючи в ролі «комунікативного бар'єру», що перешкоджає ефективному спілкуванню. Інтровертованість, виражена значною мірою, ускладнює встановлення психологічного контакту з хворим, взаємодії з ним не забезпечує необхідного рівня емоційної підтримки.

Ефективність медичної допомоги залежить від уміння лікаря спілкуватися з пацієнтом. Взаємини медичного працівника та хворого складаються індивідуально залежно від особливостей стану та особистості пацієнта, а також від індивідуально-психологічних особливостей лікаря, його загальної та професійної культури, дотримання принципів етики та деонтології [22, с. 29-38].

На жаль, багато медичних працівників будують свої взаємини з хворими стихійно, спираючись, головним чином, на свої здібності та наочний приклад колег. Зазвичай, внаслідок цього спілкування з хворим повністю залежить від ситуації: за сприятливого стану хворого контакт виникає, при небажанні пацієнта спілкуватися контакт неефективний. Відсутність контакту чи формальні відносини лікаря та пацієнта різко знижують інформативність анамнезу, погіршують результативність лікування. Передумовами виникнення позитивних психологічних відносин

та довіри між медичними працівниками та хворими є, безперечно, кваліфікація та досвід лікаря. Так, діагностичний процес для лікаря починається вже з моменту появи хворого: його зовнішнього вигляду, ходи, особливостей мови, пози та міміки. Проте не можна забувати, що хворий на початку взаємодії також оцінює лікаря з точки зору власних уявлень про його досвід та професійність. Різниця у тому, що, якщо лікар бачить кожного пацієнта на фоні нескінченної низки хворих, то для хворого лікар – це людина незвичайна, унікальна, якій він довіряє свій добробут, а також життя. Тому він допитливо і з особливою пристрасстю вивчає лікаря. Враження, що створюється у нього є фундаментом майбутнього психотерапевтичного впливу [24, с. 10-13].

Ю. Казаков, Є. Петров, Ю. Бурмак виділяють такі базові комунікаційні навички взаємовідносин «лікар-пацієнт», які належать до головних навичок, які дозволяють створювати ефективні партнерські взаємини. Тренування цих навичок повинно мати на меті досягнення базового рівня компетентності у таких сферах: відповідне оформлення робочого місця; привітання з пацієнтом; активне слухання; емпатія, повага, зацікавленість, теплота та підтримка; мова; співробітництво; навички збору інформації; мовчання; керування потоком інформації, вміння робити висновки [26, с. 100-102].

Необхідність у створенні відповідного робочого місця визначається тим, що це підвищує рівень усамітненості, підвищує комфорт та увагу до пацієнта. Невеликі деталі, такі як оформлення місця, де сидить співрозмовник, так, щоб це не було травмуючим і не збільшувало б дистанцію, або наявність штор, що створює відчуття усамітненості, сприятимуть успішному результату інтерв'ю.

Привітання пацієнтів сприятиме збереженню почуття власної гідності та заохочуватиме їх до участі у розмові. Використання імені пацієнта є доречним, коли він знайомий лікарю, при цьому лікар подає відповідний сигнал про те, що він дізнався про співрозмовника [74, с. 58].

Активне слухання включає використання як вербальних (словесних), і невербальних комунікативних прийомів. Лікар повинен чітко сигналізувати про те, що вся його увага зосереджена на пацієнті: робити це поглядом шляхом посилення сигналів, що позначають, що інформація приймається, контакт повинен підтримуватися таким чином, як кивання головою, фразами типу «вірно», «розумію». Бажання активно слухати найкраще демонструвати також шляхом використання відкритих запитань, що підштовхують співрозмовника до більш повних відповідей [68, с. 269-293].

Емпатія, повага, зацікавленість, теплота та підтримка – ці складові є серцевиною інтерперсональних навичок. Лікарям слід подавати зрозумілі сигнали, що говорять про їхню зацікавленість у сприйнятті проблеми пацієнта і того, який вплив ця проблема здійснює на їхнє власне життя, чи турбує вона їх, у чому полягають їхні сподівання та очікування [72, с. 2-11].

Мова, яку використовує лікар повинна також постійно контролюватися ступенем складності, яку вони використовують для своїх пояснень, зокрема, пояснення діагнозу та причин, що призвели до хвороби, а також пропозиції щодо лікування та причин, на яких ґрунтуються ці пропозиції [74, с. 65].

Взаємини співробітництва. Важливо, щоб пацієнт міг відчувати, що лікар ясно розуміє його потреби і готовий працювати разом з пацієнтом для їх задоволення. Це відбудеться у тому випадку, якщо план лікування є результатом ретельного пояснення думок і повного усвідомлення потреб пацієнта, що веде до поінформованого обговорення умов даного плану.

Закрите інтерв'ю. На додаток до навичок створення відповідної атмосфери, початку та продовження інтерв'ю, так само важливим є і спосіб його завершення. Лікар повинен подати зрозумілий сигнал про те, що інтерв'ю завершується, зазвичай шляхом підсумовування того, що було сказано, і того, що обговорювалося.

Навички збору інформації – головна, вирішальна частина взаємовідносин лікаря та хворого полягає у здатності вилучення інформації

у пацієнта. Основними навичками, необхідними для полегшення процесу збору інформації є ті, які допомагають полегшити залучення пацієнта до медичного інтерв'ю способом, що дозволяє лікареві домогтися правильної постановки діагнозу, виявлення симптомів або проблем пацієнта.

Мовчання. Необхідно навчитися правильному використанню мовчання, як способу надихнути пацієнта висловитися якомога повніше, торкнутися складних тем і згадати важливі відомості.

Управління потоком інформації. Хоча надання пацієнтам можливості для вільного спілкування є важливим, водночас студента треба навчити здатності тримати контроль над інтерв'ю шляхом тактовного спрямування змісту бесіди у сторону діагностики проблеми.

Підсумовування. Оскільки за час консультації може бути отримана велика кількість відомостей, студент повинен навчитися підсумовувати головні дані, що виникли у ході консультації», а також переконатися у тому, що це розуміння поділяє з ним його пацієнт.

Отже, специфіка спілкування у системі «лікар-пацієнт» обумовлена різними соціально-рольовими та функціональними позиціями суб'єктів. У процесі спілкування лікар прямо чи опосередковано здійснює свої функціональні обов'язки з управління процесом діагностики та лікування. Соціально-рольові позиції та функції суб'єктів спілкування у практичній медичній діяльності можуть бути різними. Важливу роль відіграє також і психологічний фактор: чи є лікар гармонійно розвиненою особистістю з морально-етичними підвалинами, чи вміє входити у контакт з людьми і грамотно взаємодіяти з ними – все це є важливою складовою особистості лікаря як професіонала.

Педагогічні умови розвитку комунікативної компетентності

в умовах медичного вузу

Сучасні соціальні умови та соціальні потреби виявляють необхідність розвитку комунікативної компетентності у майбутніх спеціалістів системи охорони здоров'я. Зважаючи на те, що найважливішим фактором, що визначає успіх лікування – це взаємодія між лікарем і пацієнтом, розвиток навичок спілкування є особливо необхідним. Компетентність у сенсі сприймається як високий рівень суспільно-практичного досвіду суб'єкта, рівень його навченості адекватним соціальним та індивідуальним формам активності, що дозволяє людині у межах своїх здібностей і соціального статусу успішно та ефективно функціонувати у суспільстві. Важливими складовими діяльності лікаря є не лише його знання та вміння, особливості професійного мислення, а й особисті якості, вміння спілкуватися з пацієнтом. Тому професійна компетентність лікаря включає не лише спеціальну медичну підготовку, загальнолюдську культуру, а й соціально-психологічні аспекти його особистості, його ціннісні орієнтації, комунікативну грамотність [65, с. 221].

Процес розвитку комунікативної компетентності у студентів медичного вузу має свою специфіку, що передбачає виділення особливих педагогічних умов для реалізації поставленого завдання. На думку Н. Яковлевої успішність виділення педагогічних умов залежить:

- від чіткості визначення кінцевої мети або результату, який має бути досягнутий,
- від розуміння того, що вдосконалення педагогічного процесу досягається не за рахунок однієї умови, а їхнього взаємопов'язаного комплексу;
- на певних етапах педагогічні умови можуть виступати як результат, досягнутий у процесі реалізації [64, с. 48-49].

Таким чином, як педагогічні умови розвитку комунікативної компетентності у студентів, майбутніх лікарів, було запропоновано такі, як

впровадження у педагогічний процес відповідного елективного курсу; спрямованість навчально-виховного процесу на встановлення особистісно-орієнтованої взаємодії; застосування активних методів навчання.

На думку науковця інституту НАПН України, Т. Полонської, система елективних курсів стає дедалі актуальною, хоча й не повною мірою розробленою. Практична користь впровадження у педагогічний процес елективних курсів очевидна. Вони дозволяють у більш поглибленій, розгорнутій формі навчати студентів тим знанням, вмінням, навичкам, які є потрібними для ефективно майбутньої діяльності студента, але не входять до обов'язкової частини змісту освіти. Вибір форм, методів навчання під час проведення елективних курсів безпосередньо залежить від спрямованості курсів. Це можуть бути лекції, практикуми, семінари. Завершує вивчену тему звітне заняття, де студенти презентують творчу роботу, реферат, чи доповідь [49, с. 111-119].

Елективні курси водночас мають відповідати низці умов. Так, змістовно-технологічна складова елективних курсів має відповідати наступним характеристикам: особистісне значення; професійна спрямованість; актуальність з погляду підготовки професійних кадрів та особистісного розвитку студентів; соціалізація та адаптація студентів; загальнонаукові, інтелектуальні, професійні вміння та навички, ключові компетенції; розвиваючий характер. Елективні курси сприяють розвитку пізнавальної самостійності, творчості, дослідницьких умінь та навичок. Практична спрямованість – програма елективних курсів вибудовується таким чином, щоб сформувавши вміння практичної діяльності в галузі знань; контрольованість, можливість встановлення на будь-якому етапі навчання ступеня досягнення поставлених цілей. Також необхідно зазначити, що одним із завдань елективних курсів є їхня спрямованість на активізацію самостійної діяльності студентів [49, с. 111-119].

Спрямованість навчально-виховного процесу на встановлення особистісно-орієнтованої взаємодії є наступною педагогічною умовою у

розвитку комунікативної компетентності. Освітній процес, є цілісним процесом взаємозв'язку процесів виховання та навчання, характеризується спільною діяльністю та співпрацею суб'єктів з метою найповнішого розвитку особистості студента. І в даному контексті найбільше відповідає визначенню організація саме особистісно-орієнтованого навчання, а, отже, і особистісно-орієнтованої взаємодії [22, с. 29-38].

На думку О. Габорець особистісно-орієнтоване навчання виникло у процесі педагогічного пошуку педагогів-новаторів, а також у практиці створення інноваційних навчальних закладів, регіональних планів та програм освіти [13]. Роботи методологічного характеру, в яких обґрунтовано необхідність та можливість особистісно-орієнтованої освіти, їх основні положення викладені у роботах І. Мельничук, М. Пригодій, Л. Романишиної, І. Хмеляр, М. Лукашук [34; 50; 51, с. 73-80].

Особистісний підхід у педагогіці визначається як послідовне, індивідуальне ставлення педагога до кожного, хто навчається, передбачає допомогу в усвідомленні себе особистістю, у виявленні та розкритті своїх можливостей. Дослідження показують, що реалізація принципів особистісно орієнтованого навчання у вузі потребує серйозної структурно-дидактичної та психологічної реконструкції процесу викладання. Як дидактичні умови на першому плані виступають цільові, змістовні, процесуальні характеристики навчальних предметів, коректна постановка мети, запровадження специфічних ситуацій у навчальний матеріал, відповідність завдань викладання ідеям особистісного підходу, актуалізація навчального діалогу [28, с. 24-27].

Таким чином, орієнтація на особистісну парадигму від викладача та студента наявності стану готовності здійснювати свою діяльність у рамках зазначеної парадигми та відповідних установок на процес взаємного спілкування. У зв'язку з цим мета навчальної діяльності студента має стати об'єктом взаємного вибору, продуктом результату попередньої спільної діяльності. Тоді процес навчання буде заснований на самореалізації та

самопізнанні, що дозволить реалізувати завдання особистісно-орієнтованого навчання.

Дослідження Т. Кир'ян, Н. Кіржі, М. Філоненко, З. Шарлович свідчать, що основною тенденцією розвитку освітньої системи є перетворення традиційно-функціональної моделі в особистісно-орієнтовану [28; 29; 60; 65]. Особистісно-орієнтована освіта – це не розвиток особистості із заданими властивостями, а створення умов для повноцінного прояву і, відповідно, розвитку особистісних функцій студентів. Особистісні функції – це, у даному випадку, не характерологічні якості, а ті прояви людини, які реалізують феномен «бути особистістю». До таких функцій належать: виборча (вибір цінностей та життя); опосередкована (стосовно зовнішніх впливів та внутрішніх імпульсів поведінки); функції відповідальності за прийняті рішення, забезпечення автономності та стійкості внутрішнього світу, творчого перетворення; самореалізації (прагнення визнання свого образу «Я» оточуючими, Забезпечення рівня духовності відповідно до прагнень) [60, с. 47].

Зазначені вище аспекти свідчать про те, що особистісно-орієнтоване навчання містить величезну кількість позитивних аспектів:

- визнання кожного студента самостійною, унікальною, автономною особистістю, що має цінний суб'єктивний досвід, особистісно значущі способи діяльності;
- взаємозв'язки розвитку інтелектуальної (теоретичне мислення), афективної, операційно-діяльної сторін людської особистості, що визначають її цілісність у навчально-виховному процесі;
- спрямованості на розвиток ціннісно-сміслового ставлення студентів до процесу пізнання;
- практики діалогових форм спілкування у процесі навчання;
- розробки варіативних навчальних завдань, відповідно до особливостей індивідуальності студентів [60, с. 49].

У процесі розвитку комунікативної компетентності студентів одним із найважливіших питань стає пошук методів підготовки майбутнього медичного працівника до спілкування з пацієнтами. Виходячи з цього, наступною педагогічною умовою ефективного розвитку комунікативної компетентності у студентів медичного вишу є запровадження активних методів навчання. Головна мета використання активних методів навчання у навчальних закладах, щоб зняти основну суперечність між навчальною та професійною діяльністю. У цьому протиріччі можна виділити чотири основні сторони:

1. Різні предмети навчальної та професійної діяльності. Навчання значною мірою спрямоване на засвоєння знань, що подаються або вербально, або у відповідній навчальній літературі. Критерієм ефективності навчання для багатьох викладачів є те, наскільки добре ця навчальна інформація вивчена, засвоєна та відтворена під час контролю. У реальній діяльності будь-якого фахівця потрібні не абстрактні знання, а вміння ефективно вирішувати професійні завдання. Звідси виникає проблема застосування знань практично. Інакше кажучи, проблема професійної адаптації фахівця.

2. У традиційній навчальній діяльності головне – сприйняття та пам'ять. У професійній діяльності медичного працівника головне – мислення. Основним засобом розвитку, якого має бути вирішення різних завдань, що містять конкретні проблеми майбутньої діяльності спеціаліста.

3. У навчальній діяльності всі знання жорстко класифіковані, «розсіпані» з навчальних предметів, усередині кожного предмета з окремих навчальних тем. У реальному житті від фахівця потрібне цілісне, системне знання.

4. Навчальна діяльність є «професією» студента. За цей час він звикає виконувати свої «професійні» обов'язки індивідуально. А після завершення освіти та здобуття реальної професії вся його діяльність проходить у колективі. Звідси впливає ще одна проблема – проблема не лише професійної, а й соціальної адаптації фахівця, проблема його входження до

виробничого колективу, проблема вибудовування міжособистісних стосунків. Можливості колективу у підвищенні ефективності навчальної діяльності при традиційному навчанні практично не використовуються [59]. Можна виділити ряд відмінностей активних методів навчання традиційного навчання: активізація мислення студентів; навчання відбувається в умовах вирішення проблемних ситуацій; активність студентів у порівнянні з активністю викладача; реалізація можливостей спільного, групового засвоєння знань, умінь та навичок.

Таким чином, під активними методами навчання розуміються ті методи, при використанні яких навчальна діяльність набуває творчого характеру. Сьогодні активні форми навчання набули актуальності у вишах, оскільки зараз склалися сприятливі умови для інноваційних ідей. До активних методів навчання у педагогічній літературі традиційно відносять неімітаційні та імітаційні. Такий поділ методів є досить приблизним і умовним, проте це сприяє їх упорядкуванню та класифікації. Неімітаційні методи включають проблемні лекції та семінари, тематичні дискусії, мозковий штурм, круглий стіл, педагогічні ігрові вправи. Імітаційні методи, у свою чергу, поділяються на ігрові та неігрові. До ігрових методів можна віднести ділові (навчальні, виробничі, дослідницькі) ігри та ігрове проектування. Неігрові методи включають аналіз конкретних ситуацій, імітаційні вправи, тренінги [60, с. 56].

Загалом аналіз спеціальної літератури показав, що освітній потенціал медичного вузу у розвитку комунікативної компетентності у студентів реалізується недостатньо, і передбачає необхідність цілеспрямованої педагогічної роботи, а також дотримання ряду педагогічних умов: «комунікативна компетентність у професійно-особистісному становленні майбутнього лікаря»; впровадження в педагогічний процес відповідного елективного курсу (наприклад, «Комунікативна компетентність / майстерність у студентів медичного вузу»); спрямованість навчально-виховного процесу на встановлення особистісно-орієнтованої взаємодії.

Розділ II. Емпіричне дослідження особливостей комунікативної компетентності майбутніх лікарів

Характеристика вибірки та методів дослідження

Метою нашого дослідження є вивчення основних психологічних особливостей комунікативної компетентності майбутніх лікарів.

У ході нашого дослідження ми намагалися вирішити наступні завдання:

- вивчити психологічні складові особливостей комунікативної компетентності майбутніх лікарів;
- дослідити взаємозв'язки між блоками комунікативної компетентності майбутніх лікарів.

У ході нашого дослідження для розв'язання поставлених завдань, щоб досягти мети нашого дослідження ми використали наступні психодіагностичні методики:

Методика «Діагностика рівня емпатійних здібностей», В. Бойко має на меті дослідити вияви емпатії (здатності особистості співпереживати проблемам інших людей). У результаті відповідей досліджуваних на запитання аналізуються показники окремих шкал і загальна сумарна оцінка рівня емпатії. Оцінки на кожній шкалі можуть варіюватися від 0 до 6 балів і вказувати на значущість конкретного параметру в структурі емпатії особистості.

Оцінки за шкалами виконують допоміжну роль в інтерпретації основного показника рівня емпатії. Сумарний показник теоретично може змінюватися у межах від 0 до 36 балів. За наявними попередніми даними, можна вважати: 30 балів і вище – надзвичайно високий рівень емпатії; 29 – 22 – середній; 21 – 15 – низький; менше 14 балів – дуже низький.

Методика «Діагностика комунікативно-соціальної компетентності» (КСК за фактором А), Н. Фетискіна призначена для отримання більш повного уявлення про особистість, складання ймовірнісного прогнозу успішності її професійної діяльності.

Дана методика включає у себе наступні шкали: товариськість, логічне мислення, емоційна стійкість, безпечність, чутливість, незалежність, самоконтроль, схильність до асоціальної поведінки.

Також дана методика включає у себе твердження, розташовані в циклічному порядку, з тим щоб забезпечити зручність відліку за допомогою трафарету. Для кожного запитання передбачені три альтернативних відповіді.

Варто зазначити, що дана методика розрахована на вивчення окремих особистісних факторів у осіб із середнім і вищою освітою.

Також ми звертали особливу увагу на те, чи зрозуміли респонденти інструкцію, чи готові щиро відповісти на поставлені запитання. Разом з тим, було зазначено, що слід відповідати на всі запитання і небажано часто використовувати проміжні відповіді та роздумувати над ними.

Тест «Оцінка рівня комунікабельності», В. Рахівського спрямована на визначення рівня комунікабельності. Респондентам пропонується відповісти на 20 запитань, поставивши у графі «так» знак (+); у графі «немає» знак (-). На обмірковування кожного питання відводиться трохи більше 1 хвилини.

Користуючись оцінною шкалою, визначається рівень комунікабельності. Низький рівень комунікабельності означає, що людина не прагне спілкування, відчуває себе скуто у новій компанії, воліє проводити час наодинці з собою, обмежує свої знайомства, відчуває труднощі у встановленні контактів з людьми та у виступі перед аудиторією, погано орієнтується у незнайомій ситуації, не обстоює свою думку, важко переживає образи. Разом з тим прояв ініціативи у громадській діяльності вкрай занижений, у багатьох справах він вважає за краще уникати прийняття самостійних рішень. Середній рівень комунікабельності свідчить про те, випробуваний прагне контактів із людьми, не обмежує коло своїх знайомств, відстоює свою думку, планує свою роботу. Він швидко знаходить друзів, постійно прагне розширити коло своїх знайомств,

займається громадською діяльністю, допомагає близьким, друзям, виявляє ініціативу у спілкуванні, із задоволенням бере участь в організації громадських заходів, здатний приймати самостійне рішення у скрутній ситуації. Однак потенціал цих нахилів не відрізняється високою стійкістю.

Високий рівень комунікабельності означає, що респондент активно прагне організаторської та комунікативної діяльності, відчуває у цьому потребу. Швидко орієнтується у ситуаціях, невимушено поводить себе у новому колективі. У важливій справі або складній ситуації вважає за краще приймати самостійне рішення, відстоює власну думку. Може вносити пропозиції у незнайому компанію, любить організовувати різноманітні ігри, заходи, наполегливий у діяльності, яка його приваблює. Сам шукає такі справи, які задовольняли б його потреби у комунікативній та організаторській діяльності.

Методика «Професійна комунікативна компетентність лікаря», Н. Яковлевої спрямована на дослідження особливостей комунікативної компетентності, її проявів та рівня вираженості у майбутніх лікарів.

Дана методика дозволяє всебічно оцінити рівень сформованості комунікативної компетентності майбутнього лікаря, а саме за 4 блоками. Зокрема, I-й блок визначає рівень вираженості загальних комунікативних цінностей (базовий); II-й блок характеризує рівень включеності комунікативної складової у професійну лікарську діяльність (змістовний рівень комунікативної компетентності лікаря); III-й блок відображає володіння загальними комунікативними навичками та вміннями на основі самооцінки (інструментальний, технічний, операційний рівень комунікативної компетентності лікаря); IV-й блок характеризує рівень розвитку професійних комунікативних умінь і навичок виходячи з самооцінки (інструментальний, технічний, операційний рівень комунікативної компетентності лікаря). Оцінка ступеня вираженості блоків комунікативної компетентності лікаря здійснюється за трьома градаціями: сильно виражений рівень, середній і невиражений рівень.

Результати дослідження комунікативної компетентності майбутніх лікарів

Емпірична база дослідження. У дослідженні взяли участь 60 студентів-медиків Буковинського державного медичного університету, п'ятого курсу навчання. Всіх досліджуваних було поділено на 2 групи: перша група – студенти спеціальності «Педіатрія» (30 осіб), друга – студенти спеціальності «Стоматологія» (30 осіб).

На першому етапі було проведено дослідження за діагностичними методиками. Визначено та описано особливості комунікативної компетентності майбутніх лікарів.

На другому етапі проведено аналіз одержаних результатів, який дозволив виявити особливості комунікативних компетентностей студентів-стоматологів та студентів-педіатрів, порівняти комунікативні особливості майбутніх лікарів різних напрямків навчання. Отримані результати показали виразність комунікативної компетентності майбутніх лікарів, що опосередковується профілем медичної спеціальності.

Психологічною якістю, що забезпечує адекватну комунікацію у системі взаємовідносин «лікар-хворий» є емпатія, як здатність до співчуття, співпереживання, як своєрідна включеність у світ переживань хворого. До досліджуваних параметрів віднесені товариськість, емпатія і показники соціально-комунікативної компетентності.

Для діагностики емпатії, як необхідної властивості особистості в контексті вивчення основних характеристик комунікативної компетентності застосовувалася *методика В. Бойко «Діагностика рівня емпатійних здібностей»*.

Майбутній лікар повинен мати високий рівень розвитку емпатії, який характеризується чутливістю до потреб та проблем оточуючих, емоційною чуйністю, товариськістю, здатністю швидко встановлювати контакти, вмінням попереджати конфлікти і знаходити компромісне рішення. Як показують результати, кількість студентів з високим рівнем емпатії

становить 5% від загальної кількості респондентів. Ці дані можна пояснити тим, що при високому рівні емпатії лікарю зазвичай властиве розвинене на дуже високому рівні співпереживання, тонка чутливість щодо настрою співрозмовника, відчуття провини через побоювання спричинити іншим людям занепокоєння, підвищена психологічна вразливість та ранимість. Однак, такі якості перешкоджають виконанню професійної рольової поведінки внаслідок емоційних навантажень, емоційного та фізичного виснаження при надмірному емпатійному залученні до переживань хворого.

Низький рівень емпатії виявлено у 60% від загальної кількості респондентів. Такі показники можна пояснити тим, що для ефективного професійного спілкування найбільш важливими є не постійні співпереживання пацієнту, а володіння дієвою емпатією. Це означає, що показник емпатії не повинен бути занадто високим для досягнення ефективною комунікації. В іншому випадку вирішення інших завдань лікарської діяльності (зокрема, постановка діагнозу, надання лікувальної допомоги) буде утрудненим, а іноді й неможливим. У 35% респондентів було виявлено середній рівень емпатії.

Таблиця 2.1.

Загальний показник результатів дослідження за методикою «Діагностика рівня емпатійних здібностей» В. Бойко (%)

Вибірка	високий рівень емпатії	середній рівень емпатії	низький рівень емпатії
студенти-медики	5%	35%	60%

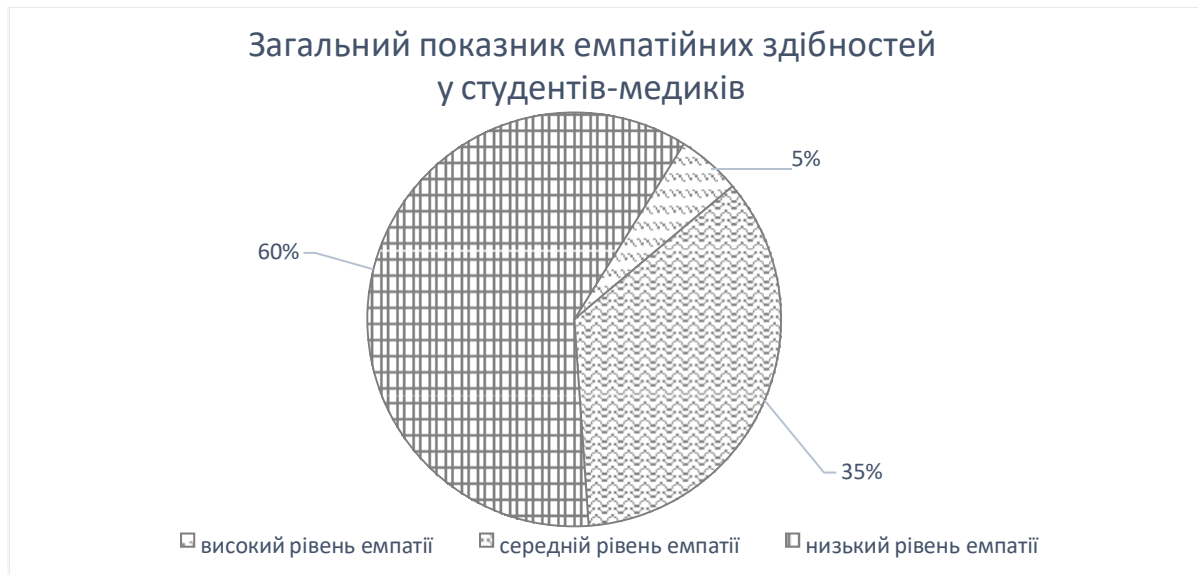


Рис. 2. 1. Відсоткове співвідношення (%) емпатійних здібностей у майбутніх лікарів

Порівняння виразності рівня емпатійних здібностей у представників різних спеціальностей показало, що низький рівень емпатійних здібностей більше виражений у студентів-стоматологів (77%) та меншою мірою виражений у студентів-педіатрів (55%); середній рівень переважає у студентів-педіатрів (41%) і високий рівень емпатійних здібностей найбільш яскраво виражений також у педіатрів (4%).

Таблиця 2.2.

Результати дослідження за методикою «Діагностика рівня емпатійних здібностей» В. Бойко у студентів-медиків (у %)

вибірка	високий рівень емпатії	середній рівень емпатії	низький рівень емпатії
студенти-педіатри	4%	41%	55%
студенти-стоматологи	1%	22%	77%



Рис. 2. 2. Відсоткове співвідношення (%) емпатійних здібностей студентів-педіатрів та студентів-медиків

Для дослідження комунікативної компетентності нами застосовувалася методика «Діагностика комунікативно-соціальної компетентності» (КСК за фактором А) Н. Фетискіна.

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що більш як половина респондентів (61%) мають високий рівень комунікативно-соціальної компетентності. Вони здатні легко встановлювати контакт на основі поваги та зацікавленості до співрозмовника, також характеризуються високим рівнем самооцінки, здатні висловлювати свою думку, у 38% респондентів був виявлений середній рівень комунікативно-соціальної компетентності. Для цих студентів характерні відкритість, легкість та товариськість. Разом з тим, у 2 % опитаних був виявлений низький рівень комунікативно-соціальної компетентності, що свідчить про нетовариськість, замкнутість та недружелюбність.

Таблиця 2.3.

Загальний показник результатів дослідження за методикою
«Діагностика комунікативно-соціальної компетентності»
(КСК за фактором А) Н. Фетискіна у студентів-медиків(%)

Вибірка	високий рівень комунікативно- соціальної компетентності	середній рівень комунікативно- соціальної компетентності	низький рівень комунікативно- соціальної компетентності

студенти- медики	2%	38%	61%
---------------------	----	-----	-----

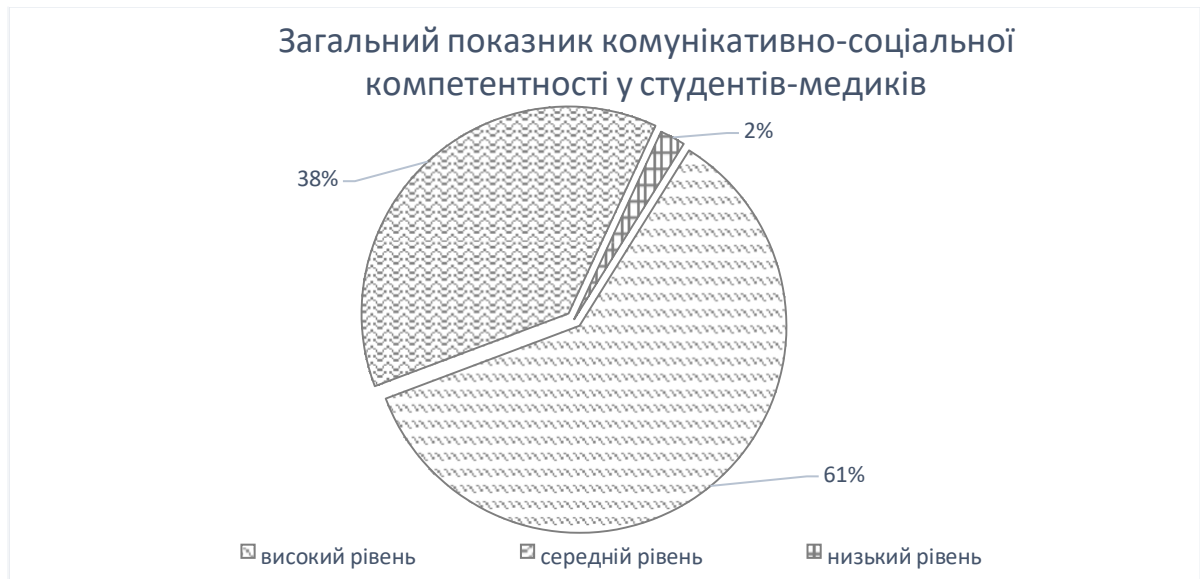


Рис. 2. 3. Відсоткове співвідношення (%) комунікативно-соціальної компетентності майбутніх лікарів

Порівняння виразності рівня комунікативно-соціальної компетентності (за фактором А) у представників різних спеціальностей показало, що низький рівень комунікативних здібностей виражений у студентів-педіатрів (3%); середній рівень переважає у студентів-стоматологів (45%) та студентів-педіатрів (58%) та високий рівень комунікативно-соціальних здібностей більше виражений у студентів-педіатрів (39%), ніж у студентів-стоматологів (28%).

Отримані дані свідчать про те, що у студентів-педіатрів та студентів-стоматологів переважає середній рівень комунікативно-соціальної компетентності. Це можна пояснити тим, що студенти-педіатри мають більш тривале та регулярне спілкування з пацієнтами та їхніми родичами у процесі професійної взаємодії, порівняно з іншими фахівцями у сфері надання медичних послуг. До цієї категорії майбутніх лікарів висуваються високі вимоги щодо комунікативної компетентності, вміння психологічно правильно будувати відносини з хворими і водночас залишатися у межах професійної ролі у процесі цих відносин.

Результати дослідження за методикою «Діагностика комунікативно-соціальної компетентності» (КСК за фактором А) Н. Фетискіна у студентів-медиків (у %)

вибірка	високий рівень емпатії	середній рівень емпатії	низький рівень емпатії
студенти-педіатри	4%	41%	59%
студенти-стоматологи	1%	22%	77%



Рис. 2. 4. Відсоткове співвідношення (%) комунікативно-соціальної компетентності студентів-педіатрів та студентів-медиків

Загалом, не зважаючи на деякі відмінності у показниках зазначеної вибірки, слід констатувати, що більш як половина студентів-медиків (60%) мають високий рівень комунікативно-соціальної компетентності. Ці студенти – хороші співрозмовники, вміють слухати, зрозуміти, оцінити та прийняти позицію іншого, вибрати вербальні та невербальні засоби спілкування відповідно до поставлених цілей та завдань, доброзичливі, емоційно чуйні, комунікабельні. Вони мають високий рівень готовності до діалогу, здатні порозумітися, домовитися з різними людьми, бути толерантними, відкритими та щирими. Це професійно значуща особистісна якість у поєднанні з відповідною спеціальною підготовкою дозволить успішно здійснювати свою лікарську діяльність у майбутньому.

Для визначення рівня комунікабельності у студентів використовувався тест «Оцінка рівня комунікабельності» (В. Ряхівського).

У результаті проведеного дослідження було встановлено, що 45% опитаних мають високий рівень комунікабельності, що свідчить про те, що дана категорія студентів здатна легко встановлювати контакт, комунікабельні, люблять висловлюватися з різних питань, охоче знайомляться з новими людьми, бувають у центрі уваги, нікому не відмовляють у проханнях, хоч і не завжди можуть їх виконати та намагаються брати участь у всіх дискусіях; у 52% респондентів було виявлено середній рівень, для яких характерні відкритість, легкість і товариськість і у 3% опитаних був виявлений низький рівень, що свідчить про нетовариськість та замкнутість, нова робота та необхідність нових контактів є дискомфортними та виводять їх із рівноваги.

Таблиця 2.5.

Загальний показник результатів дослідження за методикою «Оцінка рівня комунікабельності» (В. Ряхівського) у студентів-медиків(%)

Вибірка	високий рівень комунікабельності	середній рівень комунікабельності	низький рівень комунікабельності
студенти-медики	45%	52%	3%

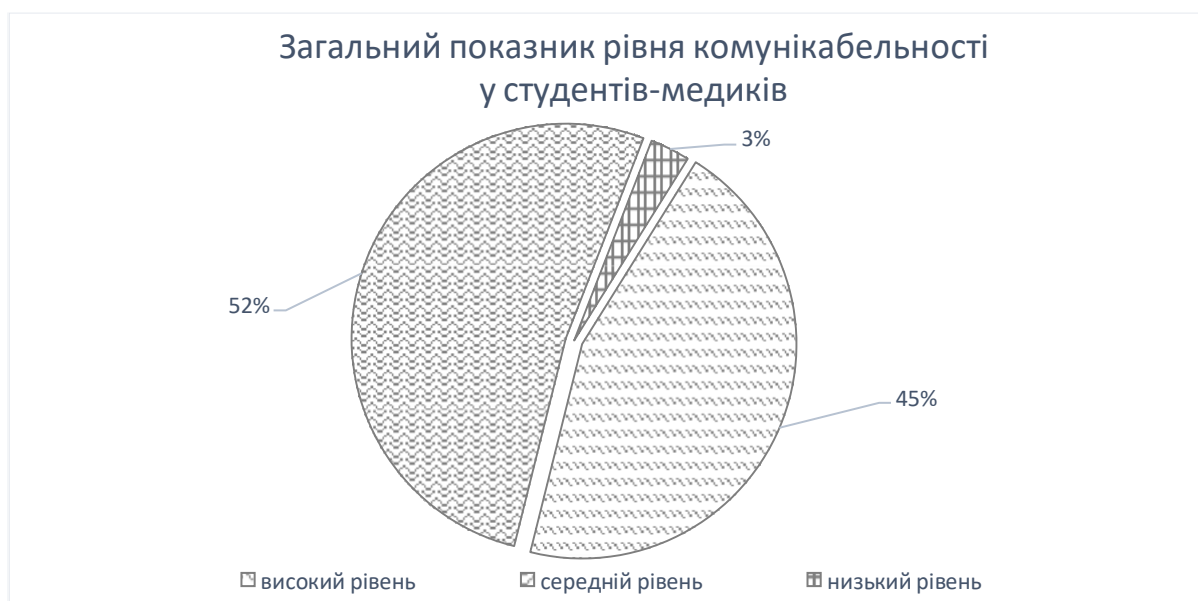


Рис. 2.5. Відсоткове співвідношення (%) рівня комунікабельності майбутніх лікарів

Порівняння виразності за рівнем комунікабельності у представників різних спеціальностей показало, що низький рівень комунікативних здібностей виражений у студентів-педіатрів (2%), у студентів-стоматологів (1%); середній рівень переважає у студентів-стоматологів (67%) та у студентів-педіатрів становить – (58%). Проте високий рівень комунікативних здібностей більше виражений у студентів-педіатрів (40%), ніж у студентів-стоматологів (32%).

Отримані дані свідчать про те, що у студентів-педіатрів та студентів-стоматологів переважає середній рівень комунікативної компетентності. Разом з тим високий рівень комунікативної компетентності переважає у студентів-педіатрів. Ймовірно, такі результати свідчать про те, що у процесі навчання та практики студенти-педіатри налаштовані на ефективну взаємодію з пацієнтами. Оскільки від майбутнього педіатра суттєво залежить здатність встановлювати контакт з дитиною та дорослим, а відтак і його успішне становлення у професійній сфері, він зобов'язаний володіти високою комунікативною компетентністю у сфері побудови таких відносин.

Таблиця 2.6.

Результати дослідження за методикою «Оцінка рівня комунікабельності» (В. Ряхівського) у студентів-медиків(%)

вибірка	високий рівень комунікабельності	середній рівень комунікабельності	низький рівень комунікабельності
студенти-педіатри	40%	58%	2%
студенти-стоматологи	32%	67%	1%

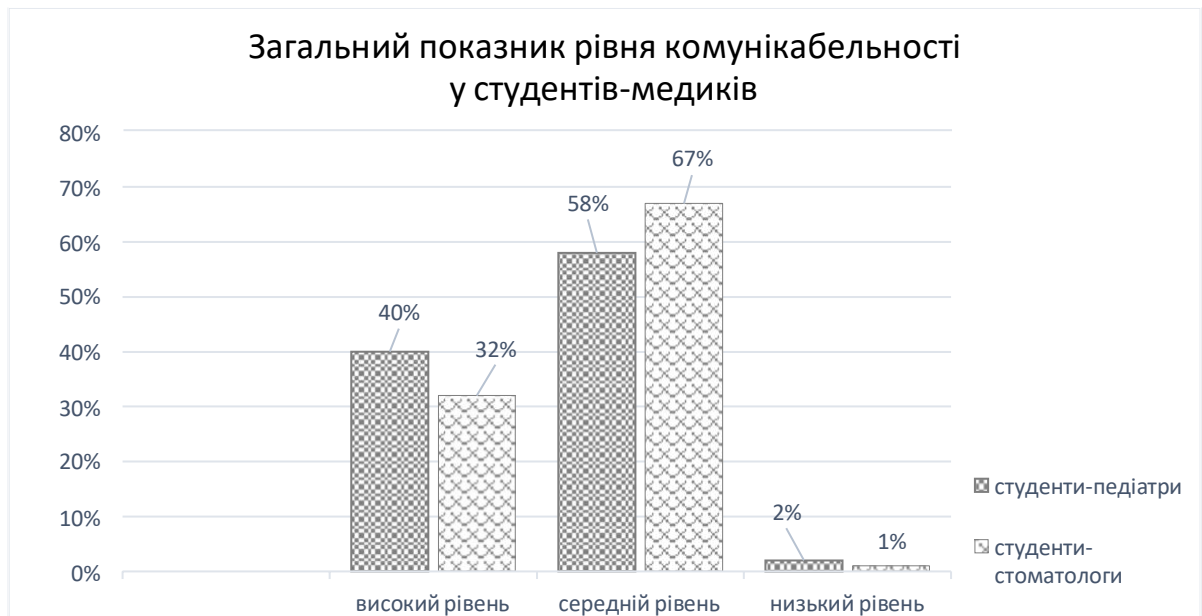


Рис. 2. 6. Відсоткове співвідношення (%) емпатійних здібностей студентів-педіатрів та студентів-медиків

Отже, загалом у студентів спостерігається високий та середній рівень комунікабельності, що свідчить про те, що ці студенти не губляться у новій обстановці, швидко знаходять нових друзів, постійно прагнуть розширити коло своїх знайомих, займаються громадською діяльністю, допомагають близьким, друзям, виявляють ініціативу у спілкуванні, здатні прийняти самостійне рішення у скрутній ситуації. Все це вони роблять не з примусу, а відповідно до внутрішніх устремлінь.

Загалом слід констатувати, що більше половини студентів-медиків мають високий рівень сформованості комунікативної компетентності та характеризуються: яскраво вираженою потребою у спілкуванні та встановленні продуктивних контактів з людьми, вмінням контролювати себе, керувати вираженням своїх емоцій та станів.

Таким чином, комунікативна компетентність є однією з важливих складових професійної компетентності, яку необхідно розвивати у процесі підготовки лікарів. Від уміння спілкуватися, встановлювати та розвивати взаємини з людьми багато у чому залежить професійна успішність лікаря.

Щоб більш детально дослідити особливості комунікативної компетентності, її прояви та ступінь вираженості у майбутніх лікарів, ми

використали методу «Професійна комунікативна компетентність лікаря», Н. Яковлевої.

Дана методика дозволяє оцінити рівень сформованості комунікативної компетентності майбутнього лікаря більш глибоко, а саме за 4 блоками. Зокрема, I-й блок визначає рівень вираженості загальних комунікативних цінностей (базовий); II-й блок характеризує рівень включеності комунікативної складової у професійну лікарську діяльність (змістовний рівень комунікативної компетентності лікаря); III-й блок відображає володіння загальними комунікативними навичками та вміннями на основі самооцінки (інструментальний, технічний, операційний рівень комунікативної компетентності лікаря); IV-й блок характеризує рівень розвитку професійних комунікативних умінь і навичок виходячи з самооцінки (інструментальний, технічний, операційний рівень комунікативної компетентності лікаря).

Оцінка ступеня вираженості блоків комунікативної компетентності лікаря здійснюється за трьома градаціями: сильно виражений рівень, середній і невиражений рівень.

При оцінці рівня професійної комунікативної компетентності майбутніх лікарів за методикою Н. Яковлевої були отримані результати, які представлені у таблиці.

Таблиця 2.7.

Частота показників комунікативної компетентності майбутніх лікарів (студенти-стоматологи, у %)

Блоки комунікативної компетентності майбутніх лікарів	Рівень вираженості комунікативної компетентності майбутніх лікарів		
	сильний	середній	не виражений
I	30%	71%	-
II	-	74%	26%
III	1%	98%	-
IV	5%	95%	-

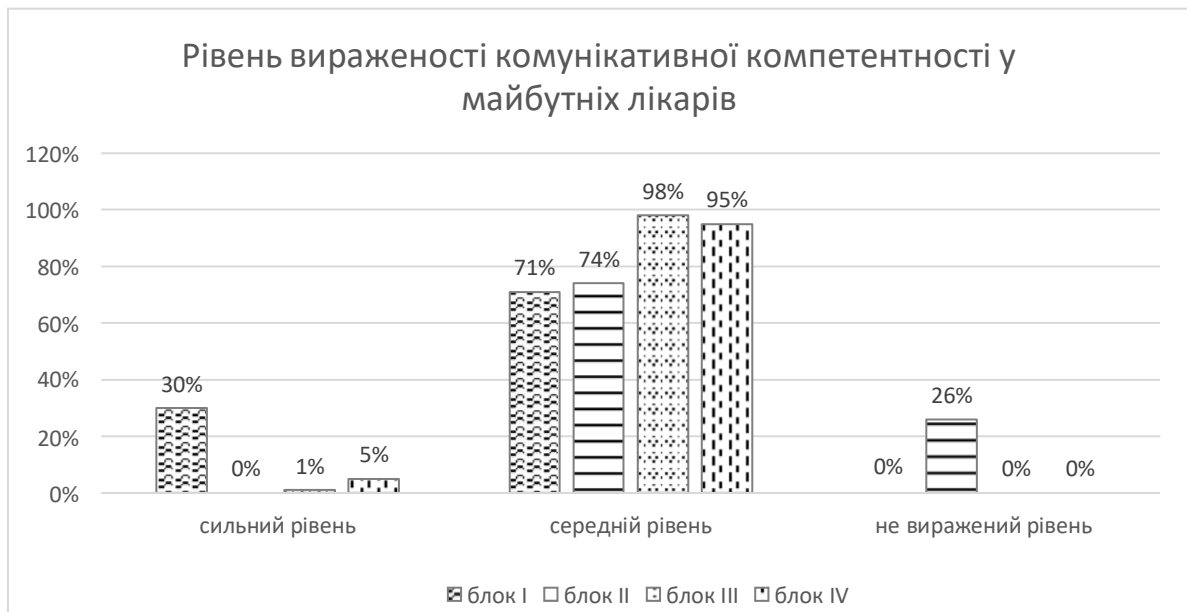


Рис. 2. 7. Відсоткове співвідношення (%) комунікативної компетентності студентів-стоматологів

Таблиця 2. 8.

Частота показників комунікативної компетентності майбутніх лікарів (педіатрія, у %)

Блоки комунікативної компетентності майбутніх лікарів	Рівень вираженості комунікативної компетентності майбутніх лікарів		
	сильний	середній	не виражений
I	37%	64%	-
II	1%	79%	20%
III	12%	88%	-
IV	12%	87%	1%

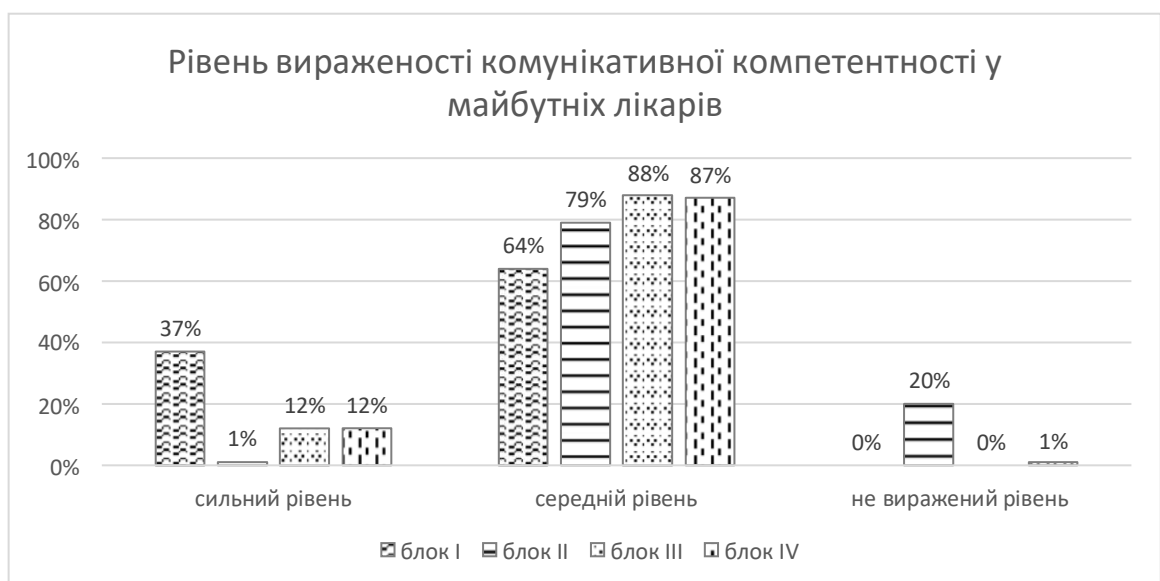


Рис. 2. 8. Відсоткове співвідношення (%) комунікативної компетентності студентів-педіатрів

Слід зазначити, що у більшості респондентів в обох групах спостерігався середній рівень виразності комунікативної компетентності за всіма блоками: загальний комунікативний рівень, змістовний рівень, загальні комунікативні навички та вміння на основі самооцінки, рівень професійних комунікативних умінь і навичок виходячи з самооцінки (I блок – 71% – у 1-й групі, 64% – у 2-ій; II – 74% і 79%, III – 98% та 88%; IV – 95% та 87% – відповідно). Рівень показників усіх блоків у майбутніх лікарів обох спеціальностей оцінюється, як середньо виражений.

Порівняння виразності показників комунікативної компетентності майбутніх лікарів за блоками у студентів-стоматологів та педіатрів представлені у таблиці.

Таблиця 2.9.

Вираженість показників комунікативної компетентності майбутніх лікарів (педіатрія та лікувальна справа, у %)

Блоки комунікативної компетентності майбутніх лікарів	Спеціальність педіатрія			Стоматологи		
	Середнє значення		SD	Середнє значення		SD
	в балах	в стенах		в балах	в стенах	
I	55,85	6	5,729	54,81	6	5,622
II	52,87	5	6,579	51,46	5	5,706
III	52,97	6	5,277	50,11	5	4,598
IV	53,06	6	4,858	51,29	5	3,835

Примітка: * – $p \leq 0,05$, низький рівень значимості

Аналізуючи дані таблиці, можна зробити висновок, що рівень вираженості показників комунікативної компетентності у майбутніх лікарів обох спеціальностей є середньо виражений за всіма блоками.

Порівняльний аналіз за критерієм відмінностей Колмогорова-Смирнова показав, що є достовірно значущі відмінності у ступені вираженості комунікативної компетентності у майбутніх лікарів за III блоком ($m_l=50,11$, $m_p=52,97$ при $p \leq 0,05$), що характеризує ступінь включеності комунікативної складової у професійну лікарську діяльність.

Це означає, що рівень усвідомлення важливості знань та застосування професійних комунікативних навичок та умінь у майбутніх педіатрів вищий, ніж у студентів-стоматологів. На наш погляд, саме цей блок забезпечує побудову програми спілкування лікаря з хворим, переведення лікарських завдань у комунікативні (змістовний рівень комунікативної компетентності у майбутніх лікарів).

Крім того, є відмінність у рівні сформованості професійних комунікативних навичок та умінь (блок IV), ($m_l=51,29$, $m_p=53,06$ при $p \leq 0,05$). Це, ймовірно, пояснюється тим, що студенти-педіатри пройшли цілеспрямовану навчальну практику у роботі з пацієнтами у рамках спеціалізації, причому у групах хворих різного віку від новонароджених до підлітків.

Відмінності у ступені вираженості блоків III та IV, ймовірно, пов'язані з тим, що лікарі-педіатри розуміють особливості спілкування з хворими дітьми: говорити з дитиною набагато важче, ніж з дорослою людиною; для цього треба вміти правильно сприймати її зовнішні прояви; особливості її суперечливого внутрішнього світу, враховувати можливу емоційну реакцію на звернене до неї слово.

Крім того, однією з особливостей професійного спілкування майбутнього лікаря-педіатра при безпосередньому контакті з хворою дитиною є ще й необхідність взаємодії і з дорослими, частіше батьками. У цьому випадку система «лікар-хворий» доповнюється ще одним учасником – родичом, і є вже не діадою, а тріадою.

У результаті за допомогою рангової кореляції Спірмена виявлено такі зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів. Значимі кореляційні зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів відображені у таблиці 4.

Значимі кореляційні зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів

Блоки комунікативної компетентності у майбутніх лікарів	III	IV
I	0,269***	0,225**
II	-	0,469***
IV	0,319***	-

Примітка: * – $p \leq 0,05$ – низький рівень значимості; ** – $p \leq 0,01$ – середній рівень значимості; *** – $p \leq 0,001$ – високий рівень значимості.

Виявлено позитивний слабкий зв'язок між блоками I та III ($R_s=0,269$ при $p=0,001$) та блоками I і IV ($R_s=0,225$ при $p=0,01$). Відповідно такі результати свідчать про те, що чим сильніше виражені комунікативні цінності (базовий рівень), тим краще у студентів будуть розвинені професійні комунікативні вміння та навички (блок IV, що відображає технічний рівень комунікативної компетентності у майбутніх лікарів) і тим сильніше вони будуть включені до професійної лікарської діяльності в майбутньому (блок III, що характеризує змістовний рівень комунікативної компетентності у майбутніх лікарів).

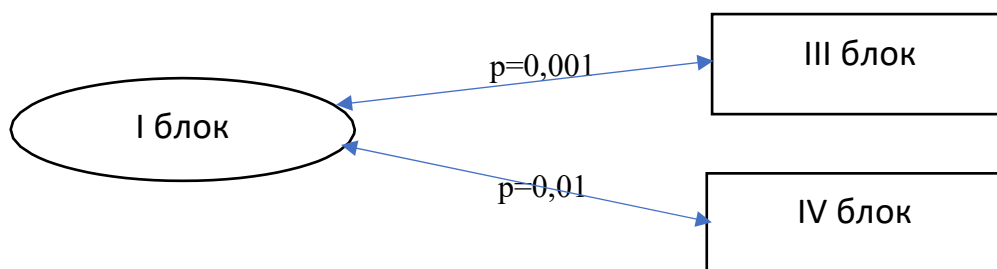


Рис. 2. 9. Кореляційні зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів

Розуміння важливості включеності комунікативних цінностей до професійної лікарської діяльності призводить до успішного освоєння загальних комунікативних технік, які у свою чергу будуть основою для розвитку спеціальних комунікативних навичок та умінь.

Наші результати дослідження співвідносяться з поглядами науковців, які працюють у даному напрямку досліджень. Зокрема, на їхню думку,

базові комунікативні характеристики, як би «прогривають» всі вищі рівні та суттєвим чином сприяють розвитку, як змістовного (блок III), так і технічного (блок IV) рівнів.

Встановлено позитивний помірний зв'язок між блоками II та IV ($R_s=0,469$ при $p=0,001$). Респонденти з добре розвиненими загальними комунікативними вміннями (блок II) найчастіше мають і більш виражені професійні комунікативні навички та вміння (блок IV), ніж ті, у кого показники II блоку не сформовані.

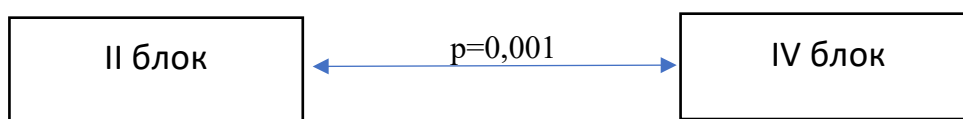


Рис. 2.10. Кореляційні зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів

Високий рівень II блоку значно впливає на формування IV блоку також на високому рівні. На наш погляд, це відповідає теоретичним положенням про те, що професійна комунікативна компетентність формується на основі загальної комунікативної компетентності особистості.

Обидва блоки (II і IV) відображають технічний (операційний, інструментальний) рівень комунікативної компетентності, який забезпечує актуалізацію необхідних навичок та умінь у ході виконання комунікативних дій, спрямованих на вирішення комунікативних завдань як загальних (блок II), так і професійних (блок IV). При цьому поступово професійні комунікативні навички та професійна комунікативна компетентність загалом стають більш значними для людини, накладають свій відбиток на загальну комунікативну компетентність. Звідси можна зробити висновок про визначальний вплив блоку IV на блок II.

Також виявлено найбільш значущий позитивний помірний зв'язок між блоками III та IV ($R_s=0,319$ при $p=0,001$). Ймовірно, недостатній рівень самооцінки, відтак успішність у спілкуванні на її основі, змушує людину сумніватися у необхідності включення комунікативної складової у

професійну діяльність, і, навпаки, успішне володіння спільними комунікативними навичками призводить до усвідомлення їх важливості для успішного застосування у професійній сфері. Можна припустити, що чим вищий ступінь вираженості властивостей із блоку III у майбутнього лікаря, тим краще він опанує професійні комунікативні навички та вміння. Оскільки (III блок) відображає рівень включеності комунікативної складової у професійну лікарську діяльність, забезпечує переведення медичних завдань у комунікативні, то, ймовірно, усвідомлення цього призводить до більш мотивованого освоєння комунікативних навичок та умінь у професійній сфері.

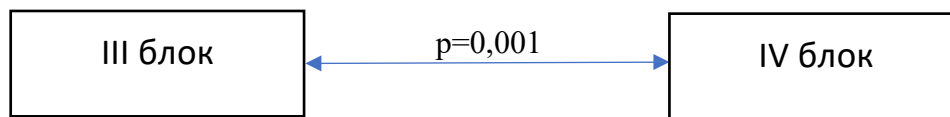


Рис. 2. 10. Кореляційні зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів

Також високий рівень блоку IV передбачає наявність високого рівня III. При низькому рівні професійних навичок та умінь (блок IV), блок III може мати високу вираженість, або може бути не виражений взагалі. Очевидно, це пояснюється тим, що досить висока вираженість самих професійних комунікативних умінь і навичок можлива, як при усвідомленні значущості включення комунікативної складової до професійної лікарської діяльності (високі показники блоку III), так і за недостатнього або низького усвідомлення цього факту (не вираженість блоку III). В останньому випадку навчання цих навичок відбувається спонтанно, автоматично, ґрунтуючись на наслідуванні лікарського оточення.

Отже, всі рівні комунікативної компетентності: ціннісний (базовий) рівень (відображений у блоці I), змістовний (блок III) та технічний (операційний, інструментальний) (блоки II та IV) тією чи іншою мірою визначають один одного та є взаємозалежними.

На наш погляд, це емпірично підтверджує, з одного боку, теоретичні погляди на структуру комунікативної компетентності лікаря. З іншого боку,

пояснюється теоретичними положеннями про те, що комунікативна компетентність є багаторівневою інтегральною якістю особистості (сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей), має у своїй структурі три рівні: базовий, змістовний і операційний, – компоненти яких взаємопов'язані і взаємозалежні, то ж впливають один на одного. Причому професійна комунікативна компетентність формується на основі загальної комунікативної компетентності, що пояснює наявність кореляційних зв'язків та впливу блоку I, що відображає базовий (ціннісний) рівень професійної комунікативної компетентності, на інші блоки. Базові комунікативні характеристики як би «прогрівають» всі рівні, багато в чому зумовлюючи як своєрідність когнітивних схем, що складаються у свідомості особистості, на основі яких згодом будуватимуться комунікативні програми і плани (змістовний рівень), так і «індивідуальний малюнок» комунікативних навичок та вмінь (технічний рівень), які формуються і закріплюються. Змістовний рівень забезпечує побудову програм і тактичних планів спілкування, переведення лікарських завдань у комунікативні (блок III). Операційний рівень (технічний, інструментальний) включає володіння як загальними комунікативними вміннями та навичками, що забезпечують управління ходом процесу спілкування, ефективний вплив на партнерів зі спілкування, а також оптимальну його саморегуляцію (блок II), так і професійними комунікативними навичками та вміннями, що дозволяють налагодити ефективну комунікацію у системі «лікар-хворий» (блок IV). Поступово професійні комунікативні навички (професійна комунікативна компетентність загалом), стаючи більш значимими для людини, накладають свій відбиток на загальну комунікативну компетентність.

Звідси з'являються кореляційні зв'язки та вплив блоків IV, що характеризує безпосередньо професійні комунікативні навички та вміння лікаря, та блоку III, що відображає включеність їх до лікарської професії, на формування загальних комунікативних умінь та навичок (блок II).

Висновок

Таким чином, у результаті нашого дослідження ми дійшли наступних висновків:

1. Виразність комунікативної компетентності майбутнього лікаря опосередковується профілем медичної спеціальності: педіатри мають вищу ступінь комунікативної компетентності порівняно з представниками спеціальності стоматологія.

2. Комунікативна компетентність майбутнього лікаря різних спеціальностей відрізняється вираженістю показників, що характеризують включеність комунікативної складової до професійної лікарської діяльності, тобто на змістовному рівні, і за розвиненістю професійних комунікативних навичок та умінь, а саме на інструментальному (технічному, операційному) рівнях.

При цьому вираженість комунікативної компетентності майбутнього лікаря не відрізняється на ціннісному (базовому) рівні.

3. Для більш повного розкриття сутності комунікативної складової професійного становлення майбутнього лікаря необхідно продовжити вивчення структурних компонентів їх комунікативної компетентності, зв'язків та факторів, що впливають на її формування та розвиток, поглибивши концептуальний аспект проблеми. Можливо це допоможе виявити закономірності динаміки розвитку комунікативної компетентності лікаря на наступних етапах професіоналізації.

4. Аналіз емпіричних результатів дослідження дозволяє виділити низку проблем у становленні комунікативної компетентності майбутнього лікаря, зміст яких може оцінюватися, як замовлення психологічної допомоги: розвиток емпатії та способів презентації емпатії для зниження емоційної напруги пацієнта під час прийому; розвиток комплексу професійно-значимих характеристик, що належать до професійної компетенції лікаря: доброзичливість, терплячість, стійкість, рішучість, емпатія, гнучкість, самостійність; для повнішого розкриття сутності комунікативної складової

професійно-особистісного становлення майбутнього лікаря варто й надалі вивчати структурні компоненти його комунікативної компетентності, особливостей, що впливають на її розвиток. Можливо це допоможе виявити закономірності динаміки розвитку комунікативної компетентності лікаря на наступних етапах професіоналізації.

Професійна комунікативна компетентність формується на основі загальної комунікативної компетентності, що пояснює наявність кореляційних зв'язків та впливу блоку I, що відображає базовий (ціннісний) рівень професійної комунікативної компетентності, на інші блоки. Базові комунікативні характеристики як би «прогрівають» всі інші рівні, зумовлюючи як своєрідність когнітивних схем, що формуються у свідомості особистості, на основі яких згодом будуються та закріплюються комунікативні програми і плани (змістовний рівень), так і «індивідуальний малюнок» комунікативних навичок та вмінь (технічний рівень).

Змістовий рівень забезпечує побудову програм і тактичних планів спілкування, переведення лікарських завдань у комунікативні (блок III). *Операційний рівень* (технічний, інструментальний) включає володіння як загальними комунікативними вміннями та навичками, що забезпечують управління ходом процесу спілкування, ефективний вплив на партнерів зі спілкування, а також оптимальну його саморегуляцію (блок II), так і професійними комунікативними навичками та вміннями, що дозволяють налагодити ефективну комунікацію у системі «лікар-хворий» (блок IV). Поступово професійні комунікативні навички (професійна комунікативна компетентність загалом), стаючи більш значимими для людини, накладають свій відбиток на загальну комунікативну компетентність.

Список використаних джерел

1. Абатуров О. Є., Агафонова О. О. Досвід дистанційного викладання педіатрії студентам четвертого курсу у медичних вишах України в умовах пандемії COVID-19. Здоров'є ребенка. Вип.3. 2020. С. 201–203.
2. Аряєв М. Л., Капліна Л. Є., Сеньківська Л. І., Павлова В. В. Перший досвід дистанційного навчання в медичних вузах України в умовах COVID-19-карантину. Здоров'є ребенка, 2020.3. С. 195–199.
3. Бібік Н. М. Компетентнісний підхід: рефлексивний аналіз застосування. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи. Бібліотека з основної політики / під. заг. ред. О. Овчарук. Київ: К.І.С., 2004. – 112с.
4. Білецька Г. Критерії, показники й рівні сформованості природничо-наукової компетентності майбутніх екологів. Освіта та педагогічна наука. – 2014. – 67№ 2/163. С. 19–24.
5. Бойцова О.М. Структура інформаційної компетентності та її аналіз для процесу професійної підготовки / О. Бойцова, Бронікова С. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід / С. Бронікова, 2020. – 72 с.
https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/596/%D0%97%D0%B1%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2-web_final.pdf
6. Бочевар А. Г. Стан сформованості інформаційно-комунікативної компетентності майбутніх юристів. Наука і освіта. – 2016. – № 1. – С. 5–10.
7. Бутенко Н. Ю. Комунікативна майстерність викладача: навчальний посібник. Київ : КНЕУ, 2005. – 329 с.
8. Бухальська С. М, Мельничук О. С. Компетентнісно зорієнтований розвиток студента в системі навчально-виховної та методичної роботи медичного коледжу як умова модернізації вищої медичної освіти. Нова педагогічна думка. – 2014. – № 3. – С. 21–24.

9. Василенко Н. В. Професійна комунікативна компетентність фахівця: психолого-педагогічні аспекти мережевої комунікації / Н. Василенко. – Харків, 2016. – 112 с.
10. Вольфовська Т. Комунікативна компетентність молоді як одна з передумов досягнення життєвої мети / Т. Вольфовська // Шлях освіти. – 2001. – № 3. – С. 13–16.
11. Вороненко Ю. В. Безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів: нові принципи побудови системи. Медична освіта. – 2011. – № 2. – С. 41- 44.
12. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Бусел. – К., Ірпінь : ВТФ "Перун", 2001. – 1440 с.
13. Габорець О. А. Інтеграція медичних і педагогічних технологій з професійної підготовки майбутнього лікаря URL :
<https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/interconf/article/view/1197>
14. Гилюн О. В. Освітні мотивації студентської молоді / О. Гилюн // Грані: наук.-теорет. і громад.-політ. Альманах / Дніпропетр. нац. університет імені О. Гончара ; Центр соц.-політ. досл. – 2012. – № 1. – С. 102–104.
15. Грінчук О. І. До проблеми соціально-психологічної та комунікативної компетентності в управлінській діяльності / О. Грінчук // Актуальні проблеми психології: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія. – К.: Інститут психології ім. Г. Костюка АПН України, 2002. – Т. 1, ч. 4. – С. 128–134.
16. Гуменна І. Р. Підготовка майбутніх лікарів до професійної комунікації на засадах міждисциплінарної інтеграції: дис. канд. пед. наук : 13.00.04/ Рівне : НУВГП, 2016., 270 с.
17. Джонсон Девід В. Соціальна психологія: тренінг міжособистісного спілкування / Девід Джонсон; пер. з англ. В. Хомика. – К.: КМ Академія, 2003. – 288 с.

18. Діагностика комунікативної соціальної компетентності (КСК) // Н. Фетискін, В. Козлов, Г. Мануйлов. Соціально-психологічна діагностика розвитку особистості і малих груп. К., 2002. – С. 138-149.
19. Заброцький М. М. Максименко С. Д. Комунікативна компетентність учителя: сутність і шляхи формування / М. Заброцький, С. Максименко. – Київ-Житомир: Волинь, 2000. – 32 с.
20. Іванькова Н. А. Формування змісту інформаційно-комунікаційної компетентності майбутніх лікарів як елемента їхньої професійної підготовки. [URL:http://www.chasopys.ps.npu.kiev.ua/archive/66-2019/22.pdf](http://www.chasopys.ps.npu.kiev.ua/archive/66-2019/22.pdf)
21. Ільницька О. М., Попович З. Б. Сучасні підходи до вищої медичної освіти України. Педагогічні науки. Випуск 133. – 2017. – С. 90–96.
22. Ільченко А. А. Роль педагога у підготовці студентів-інтернів до санітарно-просвітницької діяльності: компетентнісний підхід. Вісник післядипломної освіти. – 2016. – Вип. 1. – С. 29–38.
23. Ільченко А. А. Характеристика педагогічних форм та методів профілактичної діяльності медичних фахівців / А. Ільченко. Медична освіта. 2016. – № 1. – С. 24.
24. Ісаєва О. С., Шумило М. Ю. Оновлені стандарти освіти лікарів – фахівців нової генерації. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, VI (72), Issue: 174, 2018 Sept. – С.10–13.
25. Казаков Ю. М., Петров Є. Є., Треумова С. І. Компетентнісний підхід як засіб підвищення якості вищої медичної освіти. – С. 82-83. URL: http://elib.umsa.edu.ua/jspui/bitstream/umsa/9975/1/Kazakov_Pidvyshchennia_profesii_noi_pidhotovku_likariv.pdf (дата звернення 21.01.2021).
26. Казаков Ю. Г., Петров Є. Є., Бурмак Ю. Г., Треумова С. І., Іваницька Т. А. Практико-орієнтований підхід до підготовки майбутніх лікарів: методологічні та практичні аспекти. – С.100–102. URL: http://elib.umsa.edu.ua/jspui/bitstream/umsa/13579/1/Kazakov_Praktiko_orientovaniy_pidhid.pdf (дата звернення 21.01.2021).

27. Кажно І. В. Детермінанти особистісного становлення студентів медиків на етапі професійного навчання. Зб. наук. праць КПНУ ім. І. Огієнка, Інст. психології ім. Г. Костюка АПН України. Проблеми сучасної психології. – 2010. – Випуск 8. – С. 418-427.
28. Кир'ян Т. І. Реалізація особистісно-орієнтованого підходу до навчання і формування особистості майбутніх медсестер у ВНЗ України I–I рівнів акредитації (кінець XX-початок XI ст.). Science Rise. Pedagogical Education. 2017. – № 1. – С. 24 – 27.
29. Кіржа Н. В. Формування комунікативної компетентності студентів в інформаційно-освітньому середовищі медичного коледжу. Ljubljana School of Business. Collective monograph «Modern approaches to knowledge management development». Ljubljana, Slovenia, 2020. – С. 368-378.
30. Корніяка О. М. Вивчення розвитку комунікативної компетентності студентів // Психолінгвістика: Зб. наук. праць ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет ім. Григорія Сковороди». – Переяслав-Хмельницький: ПП «СКД», 2009. – Вип. 3. – С.60 – 69.
31. Коленко Ю., Ліновицька О., Малунова Г. Комунікативна компетентність майбутніх лікарів-стоматологів як необхідна складова оптимізації системи надання стоматологічних послуг // Національний медичний університет ім. О. Богомольця. Сучасна стоматологія, № 5. – Київ: Україна, 2019.
<file:///C:/Users/Admin/Downloads/press,+22.pdf>
32. Кульбашна Я. Формування загальних компетентностей майбутніх лікарів / Я. Кульбашна, О. Ткачук. Педагогічний процес: теорія і практика. 2016. – Вип. 4. – С. 113–118.
33. Манюк Л. Технологія врахування лінгвістичних особливостей фахової комунікації майбутніх лікарів. Педагогічний процес: теорія і практика. – № 4 (55), 2016. – С.119–123.

34. Мельничук І. М. Філософсько-методологічні засади професійної підготовки майбутніх фахівців соціономічних професій. Медична освіта. 2012. – № 3, – С. 55–60.
35. Микитенко П. В., Лапінський В. В. Проектування міждисциплінарної інтеграції медичної інформатики. Інформаційні технології і засоби навчання. 2020, Т.75, №1. – С. 26 – 41.
36. Методика Бойко Джерело <https://studfile.net/preview/4030677/page:12/>
37. Миронова О. І. Формування інформаційної компетентності студентів як умова ефективного здійснення інформаційної діяльності. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2010. – № 17 (204). – Київ, 2010. – С. 32-67.
38. Мудрик А. К. Соціальний інтелект та соціальна компетентність / А. Мудрик // Практична психологія та соц-на робота. – 2006. – № 3. – С. 6-9.
39. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 23.03.2020 №698 URL: https://moz.gov.ua/uploads/3/19644-dn_23032020_698_dod.pdf
40. Наливайко О. Б. Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки : дис.... канд. пед. наук : 13.00.04. Вінниця, 2016. – 286 с.
41. Ничкало Н. Г. Розвиток професійної освіти і навчання в контексті європейської інтеграції. – К.: Педагогіка і психологія: 2008. – № 1. – С. 57-69.
42. Нікогосян Л. Р., Асєєва Ю. О. Аксіологічний підхід у системі професійно-педагогічної підготовки майбутніх фахівців медичної галузі / Л. Нікогосян, Ю. Асєєва. Science and Education, 2017, Issue 4. – С. 33–38.
43. Ніколаєва С. Ю. Цілі навчання іноземних мов в аспекті компетентнісного підходу / С. Ніколаєва // Іноземні мови. – 2010. – № 2. – С. 11-17.
44. Обозов М. М. Психологія міжособистісних відносин / М. Обозов. – К.: Либідь, 1990. – 191 с.

45. Орбан-Лембрик Л. Е. Детермінанти соціально-психологічної компетентності / Л. Орбан-Лембрик // Вісник Прикарпатського університету. [Вип. XIII-XIV. Педагогіка]: наук. журнал / ред. рада : В. Грещук, С. Возняк, В. Кононенко [та ін.]. – Івано-Франківськ, 2005. – С. 314–322.
46. Орду К. С. Проект робочої програми «Основи інформаційно-комунікативної компетентності для майбутніх сімейних лікарів». Актуальні питання клінічної медицини: матеріали: XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю м. Запоріжжя. 20 листопада 2020 р. Запоріжжя, 2020. – С.149–52.
47. Остраус Ю. М. Критерії, показники та рівні сформованості професійно комунікативної культури майбутніх сімейних лікарів. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету ім. М. Коцюбинського. – 2016. – Випуск 47. – С. 96 -102.
48. Пометун О. Компетентності та компетенції: до визначення понять в українському педагогічному контексті / О. Пометун // Відкритий урок: розробки, технології, досвід. – 2004. – № 17–18. – С. 13–17.
49. Полонська Т. К. Елективні курси як невідемний компонент іншомовної освіти середній і вищій школі // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький держ. пед. ун-т ім. Григорія Сковороди». К.: Гнозис, 2014. – С. 111-119.
https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=uk&user=OtTJHN8AAAAJ&citation_for_view=OtTJHN8AAAAJ:0EnyYjriUFMC
50. Пригодій М. А. Визначення теоретичних аспектів змісту комунікаційної компетентності сучасного фахівця / М. Пригодій // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Шевченка. – Чернігів : ЧНПУ, 2014. – Вип. 117. – С. 183-185.
51. Романишина Л. М., Хмеляр І. М., Лукашук М. М. Формування ключових компетентностей майбутніх фахівців у процесі навчання в медичному коледжі. Наукові записки. – 2011. – № 2. – С.73–80.

52. Русалкіна Л. Комунікативно-діяльнісний підхід як невідемний складник іншомовної підготовки майбутніх лікарів.

URI: <http://repo.odmu.edu.ua:80/xmlui/handle/123456789/3810>

53. Скрипник Л. М. Дистанційна медична освіта: сучасні реалії та проблеми / Л. Скрипник. Архів клінічної медицини, 2 (18), 2012. – С. 116-118.

54. Скрябіна Т. О. Зміст спецкурсу «Аксіологічні засади діяльності лікаря у контексті вищої медичної освіти».

URL: <http://nvd.luguniv.edu.ua/archiv/NN17/12stovmo.pdf>

55. Сура Н. А. Іншомовна професійна компетентність: головні принципи та компоненти процесу навчання професійно орієнтованого спілкування / Н. Сура // Вісник Луганськ. держ. пед. ун-ту ім. Т. Шевченка. – 2003. – № 4 (60). – С. 190-192.

56. Сучасні можливості підвищення мотивації студентів до навчання / Л. Беш, Б. Дмитришин, О. Беш [та ін.] // Львівський клінічний вісник. – 2017. – № 1 (17). – С. 60–64.

Режим доступу: <http://lkv.biz/wp-content/uploads/2017/05/Besh-L.-et-al.2017.pdf>.

57. Тітова А. В. Формування професійної компетентності майбутніх сімейних лікарів із використанням веб-технологій: дис.... канд. пед. наук : 13.00.04. Полтава, 2020. – 358 с.

58. Уваркіна О. В. Комунікативна культура як фактор формування особистості студента-медика / О. Уваркіна // Інформенергетика III тисячоліття: соціолого-синергетичний та медико-екологічний підходи : зб. наук. праць. – К.: Кривий Ріг, 2003. – № 2. – С. 156–157.

59. Філоненко М. Дослідження взаємозв'язку ефективності професійної підготовки майбутнього лікаря та сформованості його особистісних структур.

URL:

http://psytir.org.ua/upload/journals/8/authors/2015/Filonenko_Myroslava_Myroslavivna_doslidzhennya_vzajemovv'yazku_efektyvnosti_pr

[ofesijnoi pidgotovky maibutnogo likarya ta formovanosti yogo osobystisnyh
strukt ur.pdf](#)

60. Філоненко М. М. Методика викладання у вищій медичній школі на засадах компетентнісного підходу: Методичні рекомендації для викладачів та здобувачів наукового ступеню доктора філософії (PhD) ВМ(Ф)НЗ України. Київ, 2016. – 88 с.
61. Філоненко М. М. Психологія спілкування / М. Філоненко. – Київ: Центр учбової літератури, 2012. – 240 с.
62. Цвіренко С. М., Похилько В. І., Артёмова Н. С., Зюзіна Л. С., Соловійова Г. О. Важливість контролю якості підготовки студентів у вищих навчальних медичних закладах. Актуальні питання контролю якості освіти у вищих медичних навчальних закладах: Матеріали науково-практ. конф. з міжнародною участю, м. Полтава. (22 березня 2018 р. Полтава): РВВ УМСА, 2018. – С. 236-238.
63. Хміль Ф.І. Ділове спілкування / Ф.Хміль. – К.: Академвидав, 2004. – 280 с.
64. Чеботарьова І. О. Структура комунікативної компетентності керівника ЗНЗ; порівняльний аналіз у вітчизняних та англомовних джерелах. Проблеми інженерно-педагогічної освіти. – 2016. – № 48-49.
65. Шарлович З. П. Формування професійно-педагогічної компетентності медичних сестер сімейної медицини в процесі фахової підготовки : дис.... канд. пед. наук : 13.00.04. Житомир, 2015. – 338 с.
66. Шмідт Ю. О. Місце іншомовної комунікативної компетентності в системі підготовки військових фахівців / Ю. Шмідт // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Шевченка. – Чернігів, 2011. – Вип. 90. – С. 112-116.
67. Druker P. Management: Tasks. Responsibilities. Practices. New York, 1985. P. 783, 787—788.
68. Hymes D. On Communicative Competence / D. Hymesin, J. B. Prideand, J. Holmes (eds.) – NewYork : Harmondsworth : Penguin, 1972. – P. 269-293.

69. Jones E. E. Toward a general theory of strategic self-presentation / E. E. Jones, T. S. Pittman // Psychological Perspectives on the Self. – 1982. – № 1.
70. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Health Aff. 2010; 29 (7): 1310–1318 p.
71. Miller, M. N., & McGowen, K. R. The Painful truth: Physicians are not invincible/ M. N. Miller & K. R. McGowen // Southern Medical Journal, 2000. – P. 966–972.
72. Rogers C. R. Empathic: An unappreciated way of being/ C. R. Rogers// Counseling Psychologist. – 1975. -5. – P.2–11.
73. Taylor O. L. Cross-Cultural Communication: An Essential Dimension of Effective Education / O. L. Taylor // School of Education: The Mid-Atlantic Equity Center. – 2004.
[URL://archive.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Npdntu_pps/2011_9/boytsova.pdf](http://archive.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Npdntu_pps/2011_9/boytsova.pdf).
74. Williams J. R. Medical Ethics Manual. 3rd edition. The World Medical Association, Inc., 2015. 134 p. URL:
https://www.wma.net/wpcontent/uploads/2016/11/Ethics_manual_3rd_Nov2015_en.pdf.

Додатки

Додаток А

Таблиця 1

Загальний показник результатів дослідження за методикою «Діагностика рівня емпатійних здібностей» В. Бойко (%)

Вибірка	високий рівень емпатії	середній рівень емпатії	низький рівень емпатії
студенти-медики	5%	35%	60%

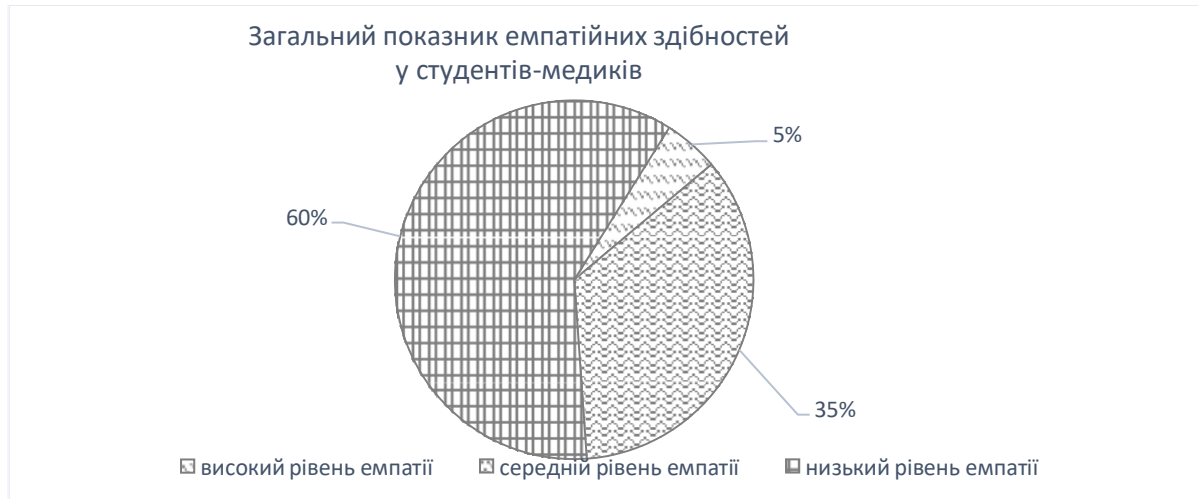


Рис.1. Відсоткове співвідношення (%) емпатійних здібностей у майбутніх лікарів

Додаток Б

Таблиця 2

Результати дослідження за методикою «Діагностика рівня емпатійних здібностей» В. Бойко у студентів-медиків (у %)

вибірка	високий рівень емпатії	середній рівень емпатії	низький рівень емпатії
студенти-педіатри	4%	41%	55%
студенти-стоматологи	1%	22%	77%



Рис. 2. Відсоткове співвідношення (%) емпатійних здібностей студентів-педіатрів та студентів-медиків

Загальний показник результатів дослідження за методикою «Діагностика комунікативно-соціальної компетентності»

(КСК за фактором А) Н. Фетискіна у студентів-медиків(%)

Вибірка	високий рівень комунікативно-соціальної компетентності	середній рівень комунікативно-соціальної компетентності	низький рівень комунікативно-соціальної компетентності
студенти-медики	2%	38%	61%

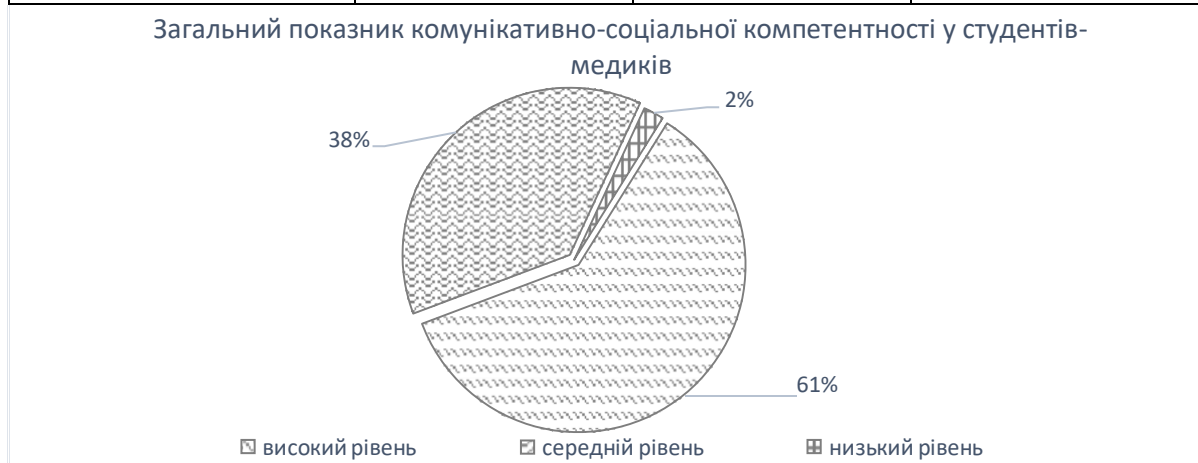


Рис. 3. Відсоткове співвідношення (%) комунікативно-соціальної компетентності майбутніх лікарів

Результати дослідження за методикою «Діагностика комунікативно-соціальної компетентності» (КСК за фактором А) Н. Фетискіна

у студентів-медиків (у %)

вибірка	високий рівень емпатії	середній рівень емпатії	низький рівень емпатії
студенти-педіатри	4%	41%	59%
студенти-стоматологи	1%	22%	77%

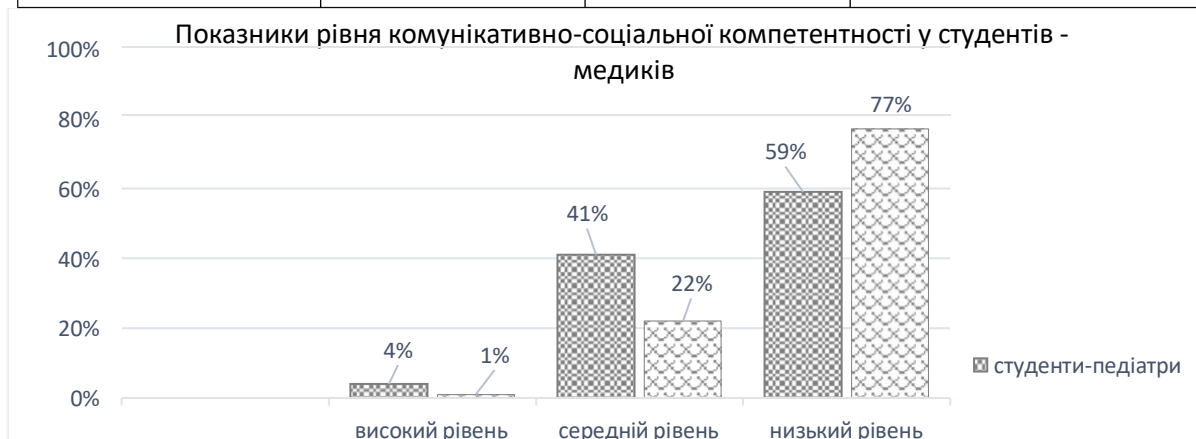


Рис. 4. Відсоткове співвідношення (%) комунікативно-соціальної компетентності студентів-педіатрів та студентів-медиків

Загальний показник результатів дослідження за методикою «Оцінка рівня комунікабельності» (В. Ряхівського) у студентів-медиків(%)

Вибірка	високий рівень комунікабельності	середній рівень комунікабельності	низький рівень комунікабельності
студенти-медики	45%	52%	3%



Рис. 5. Відсоткове співвідношення (%) рівня комунікабельності майбутніх лікарів

Результати дослідження за методикою «Оцінка рівня комунікабельності» (В. Ряхівського) у студентів-медиків(%)

вибірка	високий рівень комунікабельності	середній рівень комунікабельності	низький рівень комунікабельності
студенти-педіатри	40%	58%	2%
студенти-стоматологи	32%	67%	1%



Рис. 6. Відсоткове співвідношення (%) емпатійних здібностей студентів-педіатрів та студентів-медиків

Частота показників комунікативної компетентності майбутніх лікарів
(студенти-стоматологи, у %)

Блоки комунікативної компетентності майбутніх лікарів	Рівень вираженості комунікативної компетентності майбутніх лікарів		
	сильний	середній	не виражений
I	30%	71%	-
II	-	74%	26%
III	1%	98%	-
IV	5%	95%	-

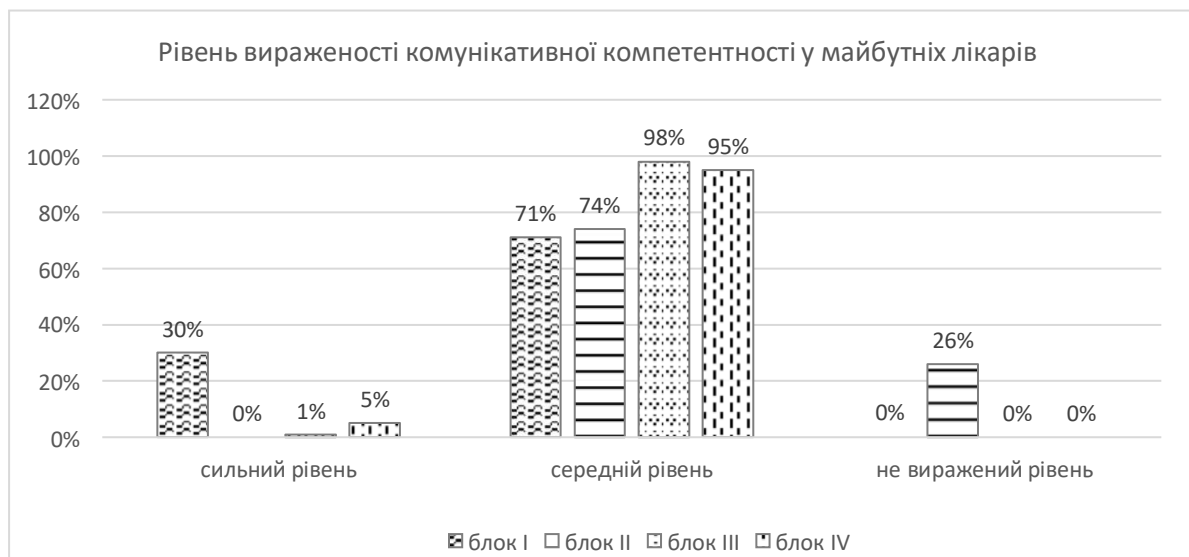


Рис. 7. Відсоткове співвідношення (%) комунікативної компетентності студентів-стоматологів

Частота показників комунікативної компетентності майбутніх лікарів (педіатрія, у %)

Блоки комунікативної компетентності майбутніх лікарів	Рівень вираженості комунікативної компетентності майбутніх лікарів		
	сильний	середній	не виражений
I	37%	64%	-
II	1%	79%	20%
III	12%	88%	-
IV	12%	87%	1%

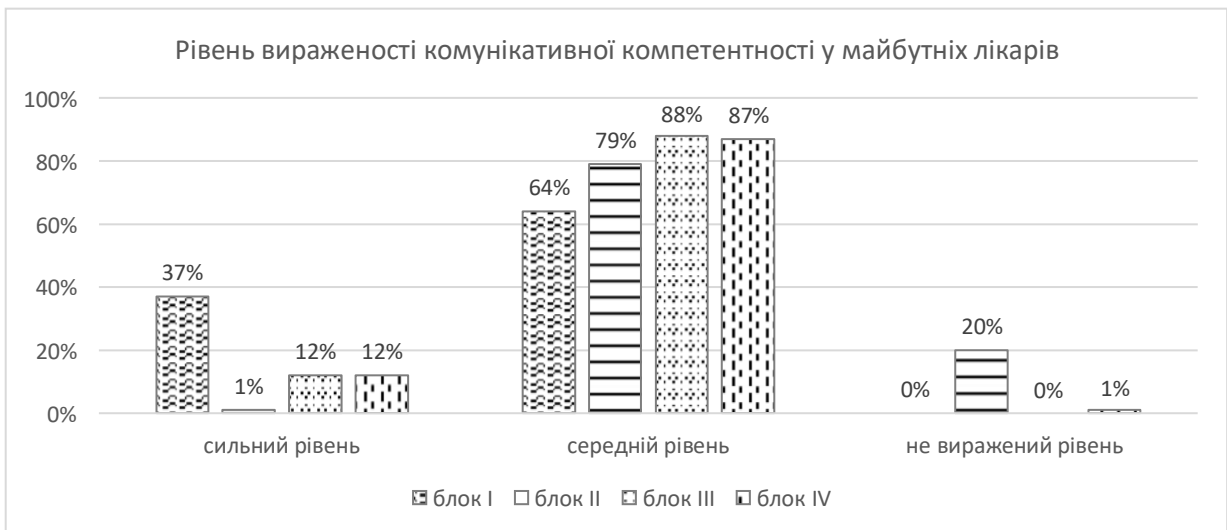


Рис. 8. Відсоткове співвідношення (%) комунікативної компетентності студентів-педіатрів

Додаток I

Таблиця 9

Вираженість показників комунікативної компетентності майбутніх лікарів (педіатрія та лікувальна справа, у %)

Блоки комунікативної компетентності майбутніх лікарів	Спеціальність педіатрія			Стоматологи		
	Середнє значення		SD	Середнє значення		SD
	в балах	в стенах		в балах	в стенах	
I	55,85	6	5,729	54,81	6	5,622
II	52,87	5	6,579	51,46	5	5,706
III	52,97	6	5,277	50,11	5	4,598
IV	53,06	6	4,858	51,29	5	3,835

Примітка: * – $p \leq 0,05$, низький рівень значимості

Таблиця 10.

Значимі кореляційні зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів

Блоки комунікативної компетентності у майбутніх лікарів	III	IV
I	0,269***	0,225**
II	-	0,469***
IV	0,319***	-

Примітка: * – $p \leq 0,05$ – низький рівень значимості; ** – $p \leq 0,01$ – середній рівень значимості; *** – $p \leq 0,001$ – високий рівень значимості.

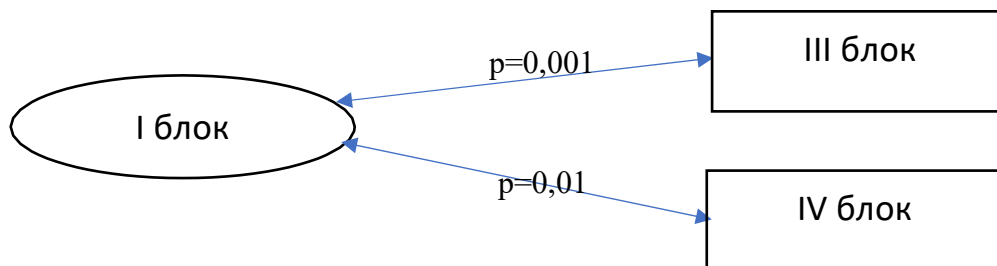


Рис. 9. Кореляційні зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів

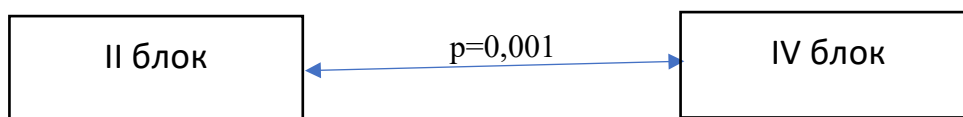


Рис. 10. Кореляційні зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів

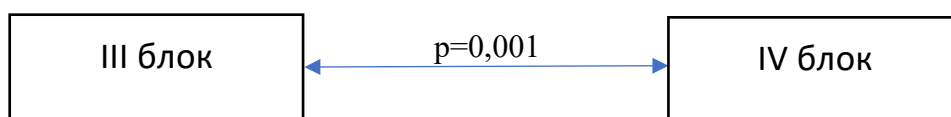


Рис. 10. Кореляційні зв'язки між блоками комунікативної компетентності у майбутніх лікарів