**Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу**

**Удосконалення комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта в процесі надання медичних послуг**

спеціальність 073 «Менеджмент»

освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров’я

Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконав здобувач

**Костельнюк Світлана Петрівна**

підпис

Науковий керівник:

доктор філософії, ст. викладач

**Микитюк Юлія Ігорівна**

підпис

Кваліфікаційну роботу допущено до

захисту «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 підпис

ТЕРНОПІЛЬ – 2021

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ВСТУП**…………………………………………………………………….. | 3 |
| **Розділ 1. Комунікативна взаємодія лікаря і пацієнта: її встановлення та особливості розвитку в медичних установах…………………….**……………………………………………... | 7 |
| **1.1.** Значимість професійної етики та професійно-етичних компетентностей у змістовому наповненні сучасної медичної освіти…... | 7 |
| **1.2.** Особливості взаємодії лікаря і пацієнта на сучасному етапі розвитку суспільства………………………………………………………... | 13 |
| **1.3.** Моделі взаємодії лікаря і пацієнтів в системі медичного обслуговування………………………….…………..………………………. | 18 |
| **Висновки до розділу 1**……………………………………...……………… | 25 |
| **РОЗДІЛ 2. Сучасна професійна підготовка майбутніх лікарів до професійного спілкування: методичні засади ………………………….** | 27 |
| **2.1.** Сутнісні ознаки структури і змісту професійної етично-комунікативної компетентності майбутніх лікарів ………………………. | 27 |
| **2.2.** Удосконалення професійної підготовки майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти до спілкування із пацієнтами………..... | 34 |
| **Висновки до розділу 2**…………………………...………………………… | 39 |
| **РОЗДІЛ 3. Дослідження шляхів удосконалення комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта в процесі надання медичних послуг**…….. | 40 |
| **3.1.** Вивчення особливостей комунікативної толерантності лікаря по відношенню до пацієнта у процесі спілкування………..………………… | 40 |
| **3.2.** Експериментальне дослідження на виявлення удосконаленої комунікативної взаємодії лікаря і пацієнтів …...……………….…………. | 45 |
| **Висновки до розділу 3**…………………………...………………………… | 53 |
| **ВИСНОВКИ………………..………………………………………………..** | 55 |
| **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ………………………………...** | 59 |
| **ДОДАТКИ……………………………………………………………….......** | 67 |

**ВСТУП**

**Актуальність теми.** Професія лікаря ‒ одна з небагатьох, що вимагають досконалого володіння прийомами і способами ефективного спілкування, як з пацієнтами, їхніми родичами, так і з колегами для досягнення взаєморозуміння, необхідного при вирішенні не тільки лікувально-діагностичних завдань, а й особистісних і сімейних проблемних ситуацій, здатних робити істотний вплив на результат конкретного захворювання і якість життя людини в цілому.

Комунікативна компетенція базується на вмінні продуктивно спілкуватися зі співрозмовником, уникаючи конфліктних ситуацій, будувати конструктивні відносини, досягати ефективності при обговоренні з пацієнтом питань щодо призначення діагностичних і лікувальних процедур, можливості надати посильну допомогу у вирішенні його сімейних і особистих проблем. Крім того, поняття комунікативної компетенції включає в себе володіння певними нормами спілкування, поведінки, тому слугує результатом засвоєння різних етнічних і соціально-психологічних еталонів, поведінкових стереотипів, стандартів та ін.

Нині актуальною є адекватна комунікація лікаря і пацієнта, що передбачає правильне розуміння хворого і відповідне реагування на його поведінку. Незалежно від того, в якому душевному стані знаходиться пацієнт, чи відчуває він гнів або печаль, занепокоєння, тривогу або відчай, лікар повинен вміти з ним взаємодіяти, адекватно будувати взаємини, домагаючись вирішення професійних завдань. Тому формування комунікативної компетентності у медичних закладах вищої освіти (МЗВО) становить одну з найважливіших завдань підготовки майбутнього лікаря, служить запорукою його подальшого особистісного і професійного розвитку та саморозвитку. Усе зазначене обумовлює актуальність теми кваліфікаційної роботи.

**Аналіз останніх досліджень**. Багатоманітність проблем, що нині існують в охороні здоров’я привертають значну увагу багатьох науковців. Дослідженням теоретичних засад охорони здоров’я займалися науковці: Г. Беккер, Я. Ганіткевич, П. Самуельсон, Т. Шульц та ін. Теоретико-методологічні основи щодо надання медичної допомоги розкриті науковцями А. Зіменковським та Н. Ярош. Окремі питання управлінських та регулятивних процесів в охороні здоров’я відображено у наукових роботах Ю. Вороненка, О.Голяченка, В. Дроненко, Л. Дудікова, Л. Жаліло, Б. Криштопа та ін. Досліджували принципи управління сферою охорони здоров’я науковці Е. Бачило, Я. Радиш, І. Солонеко та ін. Вітчизняні науковці (А. Агаркова, О. Бабак, О. Галацан, Н. Железнякова, А. Мельник, В. Молодан, В. Москаленко, В. Пономаренко, А. Рождественська, І. Філатова, І. Шейман та ін.) досліджували питання дієвого регулювання якості надання медичних послуг та можливостей щодо напрямів їхнього удосконалення. Однак, незважаючи велику кількість наукових напрацювань в сфері охорони здоров’я, нині недостатньо опрацьованими залишаються проблеми, які повязані із належним забезпеченням комунікативної взаємодії лікаря із пацієнтами процесі надання медичних послуг та її удосконаленням. Це актуалізує виконання теми кваліфікаційної роботи та зумовлює постановку її мети і завдань.

**Мета кваліфікаційної роботи** полягає в окресленні особливостей комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта в процесі надання медичних послуг.

Відповідно до поставленої мети сформульовано основні взаємопов’язані **завдання дослідження:**

**‒** провести теоретико-методологічний аналіз педагогічної літератури з проблематики дослідження, конкретизувати поняття «професійна етика»;

– охарактеризувати важливість професійно-етичних компетентностей для професійної діяльності майбутнього лікаря;

– розкрити особливості та моделі удосконалення взаємодії лікаря і пацієнтів в системі медичного обслуговування.

– описати сутнісні ознаки структури і змісту професійної етично-комунікативної компетентності майбутніх лікарів.

– дати оцінку удосконаленій комунікативній взаємодії лікаря і пацієнта в процесі надання медичних послуг.

**Об’єкт дослідження –** процес комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта в процесі надання медичних послуг.

**Предметом дослідження** є механізм вдосконалення комунікативної взаємодії лікаря і пацієнтів в процесі надання медичних послуг.

Для вирішення поставлених завдань використовувалися такі взаємодоповнювальні **методи** **дослідження:** теоретичні – порівняльний, критичний, логічний аналіз наукової та методичної літератури, офіційної нормативно-правової документації; синтез, узагальнення, порівняння, моделювання, класифікація – для уточнення та змістовної конкретизації суті проблеми; емпіричні – збір та узагальнення незалежних даних.

**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що вперше конкретизовано поняття професійна етика, описаний генезис, зміст, сутнісні характеристики та типологія даного явища. Визначено професійно-етичні компетентності у змістовому наповненні сучасної медичної освіти.

Виявлено ознаки структури і змісту професійної етично-комунікативної компетентності майбутніх лікарів, проведена їх класифікація. Визначено особливості удосконалення підготовки майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти до професійного спілкування з пацієнтами. Виявлено особистісні та професійні ознаки, що сприяють комунікативній толерантності лікаря до пацієнта у процесі спілкування.

**Практичне значущість результатів дослідження** полягає у тому, що результати роботи створюють можливість для подальшого наукового осмислення та удосконалення комунікативних процесів, що відбуваються під час взаємодії лікаря і пацієнтів.

Результати дослідження дозволяють прогнозувати появу внутрішньо-особистісних та міжособистісних конфліктів в професійній діяльності лікаря та створювати умови для удосконалення комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта в процесі надання медичних послуг.

Матеріали дослідження можуть бути використані в практичній професійній діяльності лікарів у процесі міжособистісного комунікування з пацієнтами.

**Апробація результатів кваліфікаційного дослідження. За результатами дослідження опубліковано 3 тез доповідей на тему «**Особливості комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта в сучасному суспільстві**»** у ЗбірникуВсеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку» (Переяслав, 23 бер. 2021 р.); «Успішна професійно-комунікативна компетентність лікарів як важлива складова менеджменту в медичних закладах» у Збірнику I Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми менеджменту в умовах сучасних викликів» (Івано-Франківськ, 7−8 квіт. 2021 р.) та «Моделі взаємодії лікаря і пацієнта» у Збірнику ІІ Міжнародної науково-практичної конференції «Інновації в освіті: реалії та перспективи розвитку» (Тернопіль, ЗУНУ, 25 лист. 2021 р.).

Структура й обсяг кваліфікаційної роботи. Наше дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури та додатків. Робота містить 74 сторінки, з них – 58 сторінок основного тексту, 67 літературних джерел, 2 додатки та 2 таблиці.

**РОЗДІЛ 1**

**КОМУНІКАТИВНА ВЗАЄМОДІЯ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА: ВСТАНОВЛЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ**

**1.1. Значимість професійної етики, професійно-етичних компетентностей та комунікації у змістовому наповненні сучасної медичної освіти**

Розвиток уявлень про зміст професійної етики та професійно-етичної компетентності у вищій медичній освіті нерозривно пов’язані з історією її становлення й розвитку. На думку фахівців-дослідників розвитку вищої медичної освіти [22; 25; 26], в кінці ХХ – початку ХХІ століття відбулися кардинальні зміни у сфері охорони здоров’я та підготовки лікарів. Вони зумовлені переходом спочатку до індустріальних, а потім від індустріальних до науково-інформаційних технологій, виходом національної вищої медичної освіти з радянської освітньої системи та її входженням в європейський і світовий освітній простір, узгодженням національних стандартів вищої медичної освіти з європейськими вимогами. Крім цього, зазначений період (кінець ХХ – початок ХХІ століття) є важливим для дослідження ще й тому, що саме в цей час у теорії і практиці вітчизняної медичної освіти створено вагомий науковий доробок, що становить базу для вдосконалення різних аспектів професійної підготовки майбутніх фахівців у галузі медицини. На це вказують результати вивчення, аналізу і узагальнення українського досвіду з підготовки медичних працівників, з’ясування основних функцій, тенденцій розвитку вищої медичної освіти в Україні в ХХ – на початку ХХІ ст. [45].

Результати аналізу наукових джерел і нормативно-правових документів дозволяють стверджувати, що в системі вищої медичної освіти від 1991 року і донині здійснено низку реформ, що спрямовані на підвищення рівня якості підготовки медичних працівників, формування всебічно розвиненої особистості майбутнього фахівця в галузі медицини [46; 47; 48]. Загальнодержавна програма «Здоров’я – 2020: український вимір» [50], Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 7 липня 2011 року № 3611-VI, Концепція реформи фінансування системи охорони здоров’я [41] та ін. чинні нормативні документи України передбачають реорганізацію та оптимізацію системи охорони здоров’я, її орієнтування на пріоритетний розвиток первинної медичної допомоги – сімейної медицини [23, с. 19–23; 24, с. 167–171]. Це передбачає підготовку кваліфікованого лікаря первинної ланки, сімейного лікаря, якому притаманне гуманне ставлення до хворого. Однак якою б актуальною не була сьогодні проблема прискореного розвитку медичної науки і впровадження її досягнень у практику охорони здоров’я, розширення й укріплення матеріальної бази лікувальних закладів, оснащення їх новітньою технікою і апаратурою, науковець І. Мельник [42] вважає, що питання морально-етичних якостей лікаря його ставлення до свого професійного обов’язку й фахової підготовки нині залишаються вкрай важливими.

Особистість лікаря, його моральний вигляд і персональна підготовка у кінцевому результаті визначають успіх системи охорони здоров’я в державному масштабі [5]. Результати аналізу нормативних джерел, що відображають розвиток професійно-етичних тенденцій у медичній освіті кінця ХХ – початку ХХІ століття в Україні, дозволяють зробити висновок про те, що період демократичних перетворень у нашій державі характеризується прийняттям низки документів щодо морально-етичного та деонтологічного регулювання медицини. Йдеться, насамперед, про Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров’я» [45], де в статті 76 зазначено, що випускники медичних спеціальностей вищих медичних навчальних закладів дають Присягу лікаря України.

Обов’язки, закріплені у клятві Гіпократа, є моральними вимогами до професії [27]. Етичний кодекс лікаря України затверджено 24–27 вересня 2009 року на Х з’їзді Всеукраїнського лікарського об’єднання, який відбувся у Євпаторії [22]. Основна мета кодексу – впорядкувати відносини між лікарями, пацієнтами, медичними організаціями, а також визначити етичні норми під час проведення наукових досліджень.

У європейських державах Етичний кодекс лікаря використовують для регламентування морально-правових аспектів діяльності медичних працівників з 1949 року, коли Генеральна асамблея ВМА у Лондоні затвердила Міжнародний кодекс медичної етики. У жовтні 2008 року Україна стала членом цієї асоціації, тому вітчизняний етичний кодекс розробляли з урахуванням міжнародних вимог. Як зазначає Б. Веденко, естетична медицина слугує кроком «…до покращення медичного обслуговування населення» [5, с. 244–247].

Необхідно зазначити, що Світове лікарське товариство (WMA) як єдина міжнародна організація, котра об’єднує усіх лікарів без огляду на національність чи спеціальність, запропонувало встановити загальні стандарти у лікарській етиці. З часу свого заснування в 1947 році WMA працювало над тим, щоб запобігти будь-яким виявам неетичної поведінки у лікарській практиці.

Етичний кодекс лікаря України визначає, що головними фундаментальними цінностями є життя та здоров’я людини, а діяльність лікаря має бути спрямована на їх збереження від народження. Крім цього, кодекс вимагає від лікаря гуманного ставлення та поваги до пацієнтів, співчуття та доброзичливості, милосердя, толерантності, довіри, порядності та справедливості [22]. У кодексі наголошується на тому, що лікар має керуватися совістю – головним суддею на його професійному шляху.

Результати аналізу нормативних і наукових джерел вказують на те, що на початку ХХІ століття вітчизняна медична університетська освіта орієнтується на інтеграцію в європейський освітній простір. Про це свідчить постійне вдосконалення системи медичної освіти України, пошук інноваційних методів і технологій навчання, законодавче врегулювання забезпечення рівного доступу всіх громадян України до якісної медичної освіти, а також забезпечення неперервності навчання впродовж усього життя. Основні положення щодо змісту, організаційних форм навчання у вищій школі закріплено в Конституції України, законах України «Про освіту» [49], «Про вищу освіту» [47]. Національній доктрині розвитку освіти України у ХХІ столітті [48], основних засадах розвитку вищої освіти України в контексті Болонського процесу, Концепції розвитку вищої медичної освіти в Україні, Національної стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року. Питання підготовки студентів в системі охорони здоров’я порушено в документах ЮНЕСКО, зокрема Доповіді міжнародної комісії з освіти ЮНЕСКО для ХХІ століття, в якій акцентовано увагу на необхідності підвищення якості професійної підготовки фахівців, гуманістичній спрямованості підготовки.

Отож, у майбутнього лікаря в процесі навчання дуже важливо сформувати морально-етичне ставлення у своїй професії до пацієнтів. Якщо ж майбутній медик має дефіцит такого гуманного мислення, то це викликає невизначеність дій лікаря, що загрожує порушенням ним норм професійної етики. Проведені науковцями дослідження [53; 56] показали, що серед майбутніх лікарів знаходиться хоча б одна особа, що має антигуманну життєву позицію щодо виправдання аморальних вчинків багатьох відомих в історії лікарів. Вони вважають, що експерименти на людях цілком виправдані задля досягнень у галузі медицини, щоб у майбутньому врятувати безліч хворих людей. На їхнє переконання цілком прийнятно проводити досліди на ув’язнених, затятих злочинцях-рецидивістах, убивцях і ґвалтівниках. І ця ситуація має місце практично у всіх медичних ЗВО.

Відповідно, постають складні педагогічні питання гуманного виховання і навчання студентів-медиків. Навчання етичній поведінці з молодших курсів спонукає студентів до того, що етичні професійні норми стають невід’ємною частиною їхньої професійної діяльності впродовж усього життя. Підтвердженням зазначеного є те, що у вітчизняній традиції випускник медичного ЗВО, відповідно до клятви Гіппократа [27], обов’язково дає ще клятву лікаря.

Професійна етика та ефективно сформовані професійно-етичні компетентності не можуть обійтися без результативної комунікації, що є формою взаємодії різноманітних суб’єктів і об’єктів в процесі професійної діяльності. Комунікація є процесом двостороннього обміну важливою інформацією як між фахівцями, так і між установами і громадськістю за допомогою соціально-комунікативних технологій. Ефективність такої безпосередньої комунікації багато в чому зумовлена механізмами зворотного зв’язку.

У системі управління медичними установами, можна виокремити два типи зворотних зв’язків: об’єктні та суб’єктні. Об’єктні зворотні зв’язки відображають рівень, глибину, адекватність сприйняття об’єктами управління впливів цих установ як суб’єктів управління. Для суб’єктивних зворотніх зв’язків характерна доцільність і раціональність власної, внутрішньої організації і діяльності медичних установ, як суб’єктів управління (їх підсистем, та окремих складових).

 Здійснення комунікації спрямоване на ефективний обмін інформацією між:

– медичними працівниками (лікарями, медсестрами) і керівництвом;

– медичною установою, медичними працівниками та громадянами як споживачами медичних послуг [32; 33].

Комунікації в медичних закладах спрямовані на надання точної інформації в необхідних обсягах для всіх, хто до неї залучений. Мета комунікацій полягає в отриманні від сторони, яка приймає інформацію, повного розуміння відправленого повідомлення. Про те, як засвідчує медична практика, створення ефективної та надійної системи обміну інформацією, що характеризується повнотою, достатністю, інформаційністю та гнучкістю є нині ще досить складною проблемою. Це обумовлюється тим, що для медичної установи важливою є комунікація із клієнтами медичних послуг.

Комунікація в медичних установах забезпечується наступними визначальними функціями:

– інформаційна, що слугує для передачі відомостей, які необхідні для прийняття рішень, їх ідентифікації та надання їм оцінки;

– мотиваційна, яка спонука медичних фахівців до виконання ними результативної діяльності;

– контрольна, що спрямована на оцінювання поведінки лікарів на основі ієрархії і підпорядкованості;

 – експресивна, яка допомагає емоційно виражати почуття, переживання та ставлення до того, що відбувається під час професійної діяльності.

До основних технологій, які використовуються при наданні медичної допомоги належить інформаційно-комунікативні технології [36, с. 119–121]. Вони включають системні, віртуальні, мультимедійні, телекомунікаційні технології, Інтернет-технології та моніторингові технології.

Розвиток комп’ютерної комунікаційної інфраструктури значно впливає на розширення та поглиблення змістового поняття «інформаційно-комунікаційні технології професійної діяльності медичного працівника» [14, с. 3–15; 34]. З’ява у медичних працівників нових засобів-інструментів роботи з інформацією конкретно змінює уявлення про нові медичні практики, стимулює розвиток нових форм і методів лікувального процесу.

Таким чином, ефективна комунікація в медичних закладах відображає не стільки процес передачі інформації, а й її сприйняття, розуміння та засвоєння інформації. Відповідно до взаємодіючих сторін розрізняють нині такі види комунікацій: організаційну, міжособистісну, зовнішню, внутрішню, горизонтальну, вертикальну, висхідну, низхідну, формальну та неформальну. Розвиток сучасних комунікативних медичних технологій безпосередньо пов’язаний з розвитковістю медичної науки та активізацією використання закладами охорони здоров’я сучасних комунікативних технологій.

**1.2. Особливості комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта на сучасному етапі розвитку суспільства**

Стан вітчизняної охорони здоровʼя привертає все більшу увагу громадян, засобів масової інформації, експертів і вчених. У центрі цього проблемного поля лежить взаємодія пацієнтів з лікарями, при цьому особливої значимості набуває обговорення взаємовідносин з приводу вибору і визначення змісту лікування.

Нині багато вітчизняних та закордонних вчених, такі як І. Геменна [9], Є. Гриффін [10], К. Кончович [30], І. Мельник [42], Ф. Блох [60], В. Дроненко [63], Ю. Карпенко [64], І. Каватацопулос [65], Дж. Сільверман [66] та ін. вважають, що комунікативна взаємодія є важливим лікувальним фактором, визначальним в більшості випадків успіх, як психологічного консультування, психотерапії, так і всього лікування в цілому.

Складність у взаємодії лікаря і пацієнта поглиблюються завдяки таким обставинам:

‒ підвищенню рівня вимог до лікарів зі сторони пацієнтів внаслідок зростання правової грамотності та загального рівня освіти населення;

‒ очікуванню пацієнтом індивідуалізованого підходу до вибору лікування;

‒ впливом на свідомість пацієнта засобів масової інформації та мережі Інтернет, в результаті якого лікар розглядається як механічний виконавець рекомендацій, причому низький рівень довіри з боку пацієнта змушує лікаря переконувати його в доцільності призначеного лікування;

‒ завищенню очікувань пацієнта, переконаного, що прихід до лікаря вирішить всі проблеми зі здоровʼям;

‒ складним технологіям діагностики і лікування пацієнта;

‒ невдоволенню соціальною політикою держави, що виражається в предʼявленні численних претензій пацієнта до лікаря;

‒ зростанню бюрократичних процедур і введенню додаткової звітності;

‒ порушенням лікарями правил медичної етики.

Нині підвищується рівень вимог до лікарів з боку пацієнтів. Це є відображенням процесів зростання правової грамотності та загального освітнього рівня населення. Пацієнти все частіше чекають від лікарів не просто підвищеної уваги, а хочуть, щоб лікар діяв на основі індивідуалізованого, а не уніфікованого підходу до вибору лікування. Тоді як самі медики це вважають не зовсім виправданим.

Пацієнти в очах лікарів часто виступають провокаторами конфліктів, демонструють невиправдано низький рівень довіри до медиків, що позначається на характері взаємин між лікарем і пацієнтом. Причиною конфліктів іноді служить ускладання технологій діагностики та лікування. Не завжди вдається уникнути напруження у стосунках з пацієнтами. Часто пацієнти вимагають інформацію від лікаря про стан свого здоров’я. Інодідіагностика є настільки складною, що не все стає зрозумілим, а це викликає проблеми у лікаря у плані адекватного пояснення хворому стану його здоров’я. Саме у цьому аспекті розгортається конфліктна ситуація між лікарем та пацієнтом.

Причину напруженості у відносинах лікаря та пацієнта ми вбачаємо у тому, що багато хто переконаний: похід до лікаря може вирішити всі їхні проблеми зі здоров’ям. У пацієнтів завищені очікування до лікарів. Їм здається, що вони прийшли до лікаря, і цим зробили всю роботу з підтримки свого здоров’я. А далі ми за них маємо працювати. Особливо це стосується молодого та середньовікового контингенту населення громадянського суспільства.

Негативно впливає на ставлення пацієнтів до лікаря й те, що досить поширене соціумі є уявлення про медиків як осіб, котрі займаються наданням послуг населенню. Раніше лікар був шановним. Тепер він є фахівцем, який надає послугу. Доки лікар не лікуватиме, а надаватиме послугу, ми займатимемо в суспільстві становище цирульників. Тепер лікар зобов’язаний надати послугу пацієнтові. Подібна переорієнтація в уявленнях людей сильно змінила ставлення суспільства до лікарів. Але лікарі не змінювалися, як і сама професія лікаря. Пацієнту завжди потрібна реальна допомога тут і зараз. І лікар йому завжди надавав. Застосування до лікарської діяльності поняття «послуга» приносить лікарям часте невдоволення. Цей термін є не більш ніж характеристикою такого виду діяльності, де результат не має самостійного матеріального втілення, на відміну від діяльності з виробництва матеріальних благ. Водночас для лікарів така економічна характеристика їхньої праці несе негативний соціально-культурний заряд [44; 51; 57].

Крім того зростання напруженості у взаєминах лікарів з пацієнтами пов’язане з проблемами державної політики: перші в очах других є відповідальними за всю політику держави у сфері надання медичної допомоги населенню, і відповідальність за недоліки в цій політиці пред’являється пацієнтом лікарю, до якого він приходить на прийом. Саме тут спрацьовує фактор відтворення минулої прорадянської патерналістської свідомості громадян (особливо у пацієнтів старшого віку, що були сформовані в радянській системі), де лікарі сприймалися як складові елементи держави, яка має дбати про здоров’я своїх громадян.

В останні роки лікарі все більше змушені були відповідати перед пацієнтами за всі організаційні та інші недоліки системи охорони здоров’я, і ​​у багатьох лікарів це викликає щире обурення. Визнавати навіть частину відповідальності за стан справ у охороні здоров’я вони не хочуть і звинувачують у всьому лише державу. У провину державі медики ставлять також невирішеність проблем із кадрами, погані матеріальні умови роботи та багато ін. В результаті – довгі черги, напружений емоційний фон, невдоволення лікарів і пацієнтів та емоційне вигоряння у лікарів. Причиною комунікативних конфліктів також є невеликий за тривалістю час, що відводиться діючими нормативними документами на прийом пацієнта, який у поєднанні з запитами пацієнтів, що постійно зростають, стали факторами напруженості у взаємовідносинах з лікарем [38].

Багато лікарів до причин наростання напруженості, а відтак до виникнення конфлікту відносять політику засобів масової інформації, які, глибоко не вникаючи в ситуацію, вільно чи мимоволі ще більше нагнітають і так високий рівень напруженості у взаєминах громадян і медиків. Засоби масової інформації часто знижують авторитет лікаря та формують його негативний образ у громадській думці, що дозволяє пацієнтам поводитися до лікарів вкрай неповажно.

До третьої групи причин зростання конфліктності у відносинах лікар-пацієнт нами занесено завищені очікування пацієнтів, а часом просто неадекватні. Іноді самі медики провокують непотрібну напруженість у взаєминах й не заперечують той факт, що здирництво та низька якість лікування сьогодні є поширеними явищами, і це призводить до напруження стосунків між лікарями та пацієнтами. Проблеми в контактах з пацієнтом відбуваються через те, що лікар не керує своєю емоційністю і не може дати пацієнту того, на що він розраховує – підвищений рівень включеності лікаря до лікування.

Лікарі по різному реагують на посилення напруженості у взаєминах із пацієнтами. Вони цілком здатні регулювати рівень виниклої напруженості. Зняттю конфліктів перешкоджає низький рівень комунікативної грамотності лікарів, якої не сповна навчаються у ЗВО. Тим більше, що процес навчання психології спілкування в медичних закладах явно не дотягує до необхідного рівня.

Науковці стверджують [56; 57], що комунікативність є необхідною складовою професійної компетентності лікаря. Проте лікарі у нашій державі є юридично незахищеними, що породжує ситуації, в яких лікар позбавляєється можливості зберегти свою людську гідність. Пацієнт має право, як споживач, вимагати від лікаря все, що завгодно, при цьому може обізвати, образити. Лікар нічого не може зробити у відповідь. Небезпечною для лікаря є не тільки юридична незахисність, а й емоційна та незахищеність від спотворення інформації пацієнтами через непорозуміння чи погану пам’ять.

Оскільки лікарська діяльність передбачає професійне та емоційне включення в проблеми хворого, то лікарі зазнають дедалі більшого почуття незахищеності і посилення негативного ставлення з боку пацієнтів. Таким чином, формування нової моделі взаємодії лікаря і пацієнта ‒ моделі інформованої згоди ‒ сповільнюється через низьку готовність населення брати на себе відповідальність за своє здоровʼя, ускладненням документообігу, високим рівнем недовіри до лікаря.

У взаємодії лікаря і пацієнтаважливу роль відіграє концепція функціонального комфорту С. Левенець [35, с. 88–86], яка є теоретичним підґрунтям для оптимізації трудової діяльності. Для функціонального комфорту характерне поєднання високого рівня успішної діяльності з її низькими психоемоційними витратами з метою збереження здоровʼя і працездатності. Стан функціонального комфорту виникає в процесі ефективно виконуваної роботи і характеризується задоволенням від роботи. Відповідно позитивне емоційне ставлення до діяльності обумовлює адекватну мобілізацію психофізіологічних процесів, нервових і психічних функцій, ініціює продуктивну напруженість.

Функціональний комфорт розглядається як узагальнений критерій оптимізації системи «людина ‒ діяльнісне середовище», як оптимальний психофізіологічний стан людини в процесі активної діяльності, що проявляється у вигляді позитивних емоційних реакцій, і як критерій адекватності предметного оточення індивідуальним можливостям людини. Концепція функціонального комфорту дозволяє вирішувати проблему ефективності професіоналізації лікаря як субʼєкта діяльності.

Таким чином, процес вибудовування комунікативних взаємин між лікарем та пацієнтом із роками стає дедалі складнішим. Це є умовою того, що стихійний розвиток цих взаємин сам по собі несповна може призвести до ослаблення напруженості, що існує в них. Більш виправданою в цих випадках є організація цілеспрямованої і системної роботи з набуття комунікативної грамотності, починаючи із студентських років у лікарів та просвітницької діяльнсті у пацієнтів. Якщо відмовитися від покращення комунікативної грамотності, залишити без зміни рівень юридичної захищеності та відповідальності лікаря, то через кілька років синдром емоційного вигоряння у лікарів може призвести до різкого погіршення якості лікування. Лікарська діяльність потребує реального професійного та емоційного включення до проблем хворого, а забезпечити це стає все більш складніше, оскільки лікарі відчувають зростаюче почуття незахищеності та посилення негативного ставлення до себе зі сторони пацієнтів. Діючі етичні норми в лікарському співтоваристві, такі як «пацієнт завжди правий», «вчиняй з пацієнтом так, як хочеш, щоб чинили з тобою», «лікар зобов’язаний контролювати себе», утримують лікарів від розвитку конфліктів, проте одні лише етичні норми не можуть зняти проблеми, що постійно накопичуються.

Отож сутність комунікативного взаємодіяння лікаря і пацієнта полягає в розкритті характеру взаємодії на рівні субʼєкт-субʼєктних взаємин, тому лікар і пацієнт розглядаються як партнери в лікувальній діяльності: лікар, розуміючи особистісні особливості пацієнта і його психічний стан, здатний використовувати ці знання для оптимізації лікувального процесу, а пацієнт спроможний адекватно сприйняти ситуацію, що склалася зі своїм здоровʼям, знайти взаєморозуміння з лікарем, конструктивно взаємодіяти з ним в процесі проведення медичних заходів.

**1.3. Моделі взаємодії лікаря і пацієнтів в системі медичного обслуговування**

Взаємодія лікаря і пацієнта ‒ це питання, що обговорюється не одне десятиліття як у вітчизняних, так і в західних соціально-гуманітарних науках. Взаємодія як базова категорія соціології розкриває сутнісні і змістовні характеристики відносин між індивідами, соціальними групами і спільнотами. «Весь складний світ суспільного життя людей, як зазначає П. Сорокін, розпадається на окреслені процеси взаємодії». Категорія взаємодії включає сутнісні та змістовні характеристики відносин між людьми, соціальними групами і спільнотами. Вона завжди соціальна за своєю природою, оскільки включає зв’язки між індивідами / групами, які переслідують певні цілі.

Соціальна взаємодія приймає різні види і форми. Так, можна говорити про безпосередню і опосередковану взаємодію, короткочасну і тривалу, організовану і неорганізовану, солідарну і антагоністичну та ін. Але найважливішим залишається аналіз змісту взаємодії в будь-якій з його форм, а також властивостей взаємодіючих сторін (як індивідуальних, так і соціальних).

Стабільність інституційних форм, як стверджує Е. Гідденс, неможлива всупереч або поза взаємодією, що мають місце в повсякденному професійному житті. Соціальне життя відтворюється за допомогою соціальних взаємодій в повсякденному «рутинному» житті індивідів, в якій вони позиціонують себе в просторово-часових контекстах діяльності.

Соціальна взаємодія веде до формування соціальних взаємин як певної стійкої системи зв’язків індивідів. Об’єктивний характер соціальних взаємозв’язків постійно відтворюється в процесах взаємодії, причому «відпрацьовуються» не тільки в традиційних системах соціальних взаємодій, а й в нових, що з’являються відповідно до «духу» сучасного суспільства, рівня його соціально-економічного розвитку.

Заявлена проблема вимагає звернення до питання створення моделі взаємодії лікаря і пацієнта [2]. Модель розуміється нами як продукт аналітичного конструювання, в основі якого лежать функціональні, комунікативні, поведінкові, соціокультурні аспекти взаємодії лікаря і пацієнта. Це дозволяє судити про характер взаємодії і визначити систему рекомендацій у сфері управління системою медичного обслуговування населення. Звернемося до аналізу моделей взаємодії, які розроблені як зарубіжними, так і українськими дослідниками, який дозволить сформувати власне бачення даного питання.

Найбільш відомою є модель взаємодії лікаря і пацієнта, запропонована американськими вченими Дж. Сільверман, С. Кер, Дж. Дрейпер, які виділили інженерний, патерналістський, колегіальний і контрактний типи [66]. Пацієнт інженерного типу взаємодії постає як механізм, який потребує «ремонту», відповідно медична допомога полягає в медичних маніпуляціях з тілом. Патерналістський тип взаємодії орієнтований на формування відношень, заснованих на принципах батько (лікар) ‒ дитина (пацієнт). Турбота, демонстрована лікарями, по відношенню до пацієнта, вимагає від останнього послуху і дисциплінованості. Співпраця стає базисом колегіального типу взаємодії, в межах якого пацієнт з об’єкта перетворюється в суб’єкт, котрий здатний брати участь у прийнятті рішень, що стосуються діагностики та лікування. Контрактний тип взаємодії створений на основі договору, що встановлюється між лікарем і пацієнтом на взаємовигідних умовах.

Науковці, критикуючи контрактну модель взаємодії за мінімальні зобов’язання з боку лікаря як постачальника медичних послуг, пропонують ввести договірну модель взаємодії, яка включає згоду або розуміння між лікарем і пацієнтом щодо ролі кожного з них. Автори розглядають контрактні взаємини як опосередковані через формальний контрактний тип взаємодії, межі якого чітко визначені угодою між постачальником і споживачем медичних послуг.

Найбільш близькою до моделі взаємодій між лікарем і пацієнтом Р. Вітча виступає модель, яку представляє дослідник А. Зільбер. Перший тип взаємодії автор визначає як патерналістський, заснований на принципах турботи про благо ближнього і необхідності беззастережного дотримання всіх приписів лікаря. Другий тип ‒ лібераціональний, де пацієнтові надається можливість вибору конкретного методу лікування, при цьому лікар надає йому повну і достовірну інформацію про його захворювання і можливі методи лікування. Третій тип ‒ технологічний, в рамках якого і пацієнт, і лікар орієнтуються виключно на лабораторні дослідження і свідчення медичної апаратури. Четвертий тип ‒ інтерпретаційний, він полягає в бесідах з пацієнтами та розʼясненні їм суті проблеми.

Відмінною особливістю концепції є виділення автором пʼяти типів взаємодій між лікарем і пацієнтом. В активно-пасивному типі взаємодії пацієнт не бере участі в прийнятті рішень, оскільки за лікарем закріплюється абсолютизація знання [42, с. 12–26].

Заступницький тип також повʼязаний з інформаційною асиметрією, відповідно до якої лікар повідомляє пацієнтові тільки необхідну на його думку інформацію. Вибір за пацієнтом залишає інформативний тип взаємодії за умови, що лікар ділиться всією інформацією з хворим.

Такий же вибір в ухваленні рішення пацієнтом пропонується за інтерпретативного типу, згідно з яким лікар розʼяснює що саме відбувається з організмом пацієнта. У дорадчому типі медичний персонал впливає на думку пацієнта і надає активне сприяння в прийнятті рішення.

Принциповою іншою бачиться типологія, представлені в роботах Л. Манюк [37], Т. Яворської [58]. Автори зробили спробу проаналізувати погляди сучасних західних соціологів на досліджувані питання і виділила такі модельні типи взаємодії як: партнерство (кооперація); сакрально-технократичний; госпіталізаційний; репресивний.

Партнерство або кооперація заснована на визнанні єдності цілей: хворий індивід виключений з соціальної системи і основним завданням як індивіда і його сімʼї, так і лікаря стає повернення рівноваги системи, порушеною хворобою індивіда. Сакрально-технократичний тип взаємодії визначається особливим статусом медичного знання в житті суспільства і роллю лікаря, що володіє ним. Звідси, пацієнт розглядається виключно як обʼєкт медичного впливу. Інституціоналізація хвороби, на думку С. Судіна, веде до того, що зростає розуміння пацієнтом зростаючої ролі госпіталізації в його життєдіяльності і, відповідно, його поведінка співвідноситься з медичним діагнозом. Репресивний тип взаємодії орієнтований на стандартизацію ролі хворого.

Розглянуті вище типології виступають важливим теоретичним і емпіричним базисом аналізу взаємодії учасників, включених в систему медичного обслуговування.

Взаємодію в системі медичного обслуговування можна охарактеризувати з двох позицій: субʼєкт-субʼєктної і субʼєкт-обʼєктної. Підставою для структурування взаємодії в такому ключі виступає активність / пасивність одного з учасників взаємодії, а саме пацієнта. Лікар як ключова фігура в системі медичного обслуговування виконує професійні функції. Його позицію відповідно до соціальної ролі слід визнати як активну, субʼєктну, діяльнісну (за С. Рубинштейном та ін.).

Субʼєкт-субʼєктна модель вибудовується на основі співробітництва, в якому кожен учасник, а саме: лікар і пацієнт прагне досягти мети (одужання), спираючись на діалог. Пацієнт в такій моделі виступає рівноправним партнером взаємодії, включається в обговорення діагностики і лікування, вибору методів і засобів досягнення результату. Для субʼєкта у моделі взаємодії активність проявляє лікар як носій професійної ролі, а в якості обʼєкта виступає пацієнт, якому пропонується неухильне виконання приписів і рекомендацій лікаря [1]. Таким чином, активним субʼєктом взаємодії є лікар, а пацієнт стає або обʼєктом медичного впливу, або партнером, які приймають спільні рішення з лікарем.

Виділені нами моделі взаємодії, в основі яких лежить активність учасників, можна визначити як монологічну (субʼєкт-обʼєктну) і діалогічну (субʼєкт-субʼєктну). Кожна з моделей передбачає набір конкретних практик взаємодій, під якими ми розуміємо систему стійких відтворюваних дій індивідів і груп, що мають просторово-часову організацію.

Беручи до уваги розглянуті вище моделі взаємодії, ми вважаємо за можливе визначити такі практики взаємодії в системі медичного обслуговування, які можна закріпити за запропонованими моделями. При цьому визначаючи суть практики ми будемо спиратися на розподіл, по-перше, соціальних ролей, по-друге, відповідальності за результат.

Монологічне модель взаємодії лікаря і пацієнта включає в себе два основних види практик: патерналізму і механізації. У першому виді практики соціальні ролі лікаря і пацієнти розподіляються наступним чином. Лікар стає «батьком / батьком», «наставником», «учителем», а пацієнт - «дитиною», «послушником», «учнем». Лікар конструює свої дії відповідно до обраної ролі: жорстко встановлює терміни, обмежує дії пацієнта, вказує на правильну нормативну поведінку. Пацієнт, відповідно, приймає всі вказівки лікаря і слідує його рекомендаціям. Крім того, відповідальність за результати лікування лежить на плечах медичного працівника за умови проходження пацієнтом усіх процедур лікування. В процесі відхилення від них лікар знімає з себе відповідальність за результат і перекладає її на плечі пацієнта.

Іншою є практика механізації, що заснована на біологізації індивіда, абсолютизації біофізичної суті особистості. Пацієнт виступає в ролі живого організму, який має дефекти у функціонуванні. Лікарю пропонується роль «механіка», який повинен виправити існуючі порушення. Соціальна сутність взаємодії трансформується, перетворюючи пацієнта в біофізичний конструкт. Так, в сучасній медицині, зокрема, в офтальмології, використовуються системи «поточних діагностичних ліній», що дозволяють за короткий часовий інтервал обслужити значне число пацієнтів, послідовно проводячи діагностику на різному медичному обладнанні.

У монологічної моделі взаємодії найбільш виражений феномен інформаційної асиметрії, так як інформація доступна не всім учасникам взаємодії. Науковець С. Шишкін пише: «Внаслідок інформаційної асиметрії споживач змушений покладатися на знання і досвід лікаря, до якого він звернувся, у визначенні необхідного йому лікування». Ідеальний пацієнт за монологічної моделі повинен бути слабо обізнаний в медичних питаннях (Ю. Карпенко [24, с. 167–170]). Звідси, одним з недоліків цієї моделі виступає привабливість опортуністичної поведінки з боку лікаря і медичного закладу, яким в умовах ринку економічно вигідно запропонувати пацієнтові розширений набір діагностичних і лікувальних послуг.

Діалогічна модель взаємодії лікаря і пацієнта включає партнерську і контрактну практики. Соціальна роль лікаря в партнерській практиці взаємодії полягає в конструюванні співпраці на основі партнерства, в якому пацієнт може висловлювати свою позицію в процесі медичного обслуговування. Медичний працівник готовий прийняти пацієнта як субʼєкта взаємодії, обговорити з ним стратегії і тактики діагностики, лікування і профілактики, визначити найкращий варіант і охарактеризувати його достоїнства і недоліки в повному обсязі [21, с. 374–377].

Пацієнти і лікарі ‒ це партнери по взаємодії, співучасники, спільники, співтовариші, відповідальність за прийняття рішення яких повністю розділена [4, с. 20–21.].

Контрактні практики засновані на договірних відносинах, які можуть мати як формальний, так і неформальний характер. Формалізація взаємодії стає невідʼємним атрибутом сучасної ринкової системи, принципи якої вплітаються і в систему медичного обслуговування. Договір на надання платних медичних / сервісних послуг, які укладаються пацієнтом з лікувальними установами, договір добровільного медичного страхування, в який залучені страхові медичні організації, регулюють відносини між субʼєктами і впливають на взаємодію, розподіл соціальних ролей.

Неформальний договір є більш гнучким, він коригується і переглядається з урахуванням мінливих умов, передбачає можливість взаємних поступок. Така форма контракту характерна скоріше для тривалих відносин між лікарем і пацієнтом, наприклад, при наявності хронічного захворювання в останнього. Цей тип договору можна визначити і як взаємний обмін благами. Соціальна роль лікаря в контрактній практиці ‒ це роль «виконавця», «координатора», який керується зобовʼязаннями на основі договірних відносин, пацієнт стає «замовником».

Отож запропоновані нами моделі і практики взаємодії лікаря і пацієнта можуть бути використані як методологічний базис у ході проведення емпіричних досліджень, так як матеріали прикладних досліджень дозволяють не тільки уточнити запропоновану концепцію, а й виявити інші (змішані / проміжні) види практик взаємодії. В основному пацієнти відмовляються від формалізації відносин з лікарем, а прагнуть до того, щоб лікар виконував певну соціальну роль, оскільки дружба буде сприяти тому, що «відкриє двері» в різноманіття медичної допомоги, збільшить доступність до медичних послуг різної спрямованості. Інша ситуація в системі медичного обслуговування на селі. Соціальна дистанція між медичним працівником і пацієнтом знижується, а щільність соціальних звʼязків зростає [6, с. 20–21], тому що їх життєдіяльність на селі супроводжується побутовими, дозвільними та іншими контактами, які супроводжуються в тому числі й обговоренням питань здоровʼя. В цілому, дослідження моделей взаємодії лікаря і пацієнта має як теоретичну, так і практичну цінність і виступає інструментом вимірювання трансформаційних процесів в сучасній системі медичного обслуговування населення.

**Висновки до розділу 1**

Результати аналізу наукових джерел і нормативно-правових документів дозволяють стверджувати, що в системі вищої медичної освіти від 1991 року і донині здійснено низку реформ, що спрямовані на підвищення рівня якості підготовки медичних працівників, формування всебічно розвиненої особистості майбутнього фахівця в галузі медицини.

Взаємодія лікаря і пацієнта ‒ це основа, яка визначає не тільки успішність профілактики, діагностики і лікування, це фундамент становлення здоровʼязберігаючого простору, вектор розвитку здоров’я нації.

Важливим у комунікативній взаємодії є партнерство або кооперація заснована на визнанні єдності цілей: хворий індивід включений в соціальну взаємодію з лікарем сприяє власному поверненню до рівноваги здоровязберігаючої системи, порушеною хворобою індивіда.

Субʼєкт-субʼєктна модель вибудовується на основі співробітництва, в якому кожен учасник, а саме: лікар і пацієнт прагне досягти мети (одужання), спираючись на діалог. Пацієнт в такій моделі виступає рівноправним партнером взаємодії, включається в обговорення діагностики і лікування, вибору методів і засобів досягнення результату. Встановлено, що в основному пацієнти відмовляються від формалізації відносин з лікарем й прагнуть, щоб лікар виконував певну соціальну роль для збільшення доступності до медичних послуг різної спрямованості.

**РОЗДІЛ 2**

**СУЧАСНА ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ ДО ПРОФЕСІЙНОГО СПІЛКУВАННЯ: МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ**

**2.1. Сутнісні ознаки структури і змісту професійної етично-комунікативної компетентності майбутніх лікарів**

Професійна етично-комунікативна компетентність майбутніх лікарів єцілісним індивідуально-психологічним та інтегративним багаторівневим утворенням, яке є результатом здобуття неперервної лікарської освіти та яке об’єднує теоретичні знання з професійної етики, професійно-етичні цінності, морально-особистісні якості та практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибір ним свідомої етично-комунікативної поведінки відповідно до професійно-етичних норм. Професійна етично-комунікативна компетентність майбутніх лікарів служить результативною здатністю до самореалізації, виявляє потребу в професійно-етичному самовдосконаленні впродовж життя.

Однак сутність цього поняття слід уточнити після з’ясування характеристики структури і змісту професійно-етичних аспектів професійної діяльності майбутніх лікарів, змісту їхньої підготовки в медичних університетах, а також досвіду вирішення подібного наукового завдання у дослідженнях вітчизняних і зарубіжних учених. Для цього проаналізуємо наукові джерела, у яких дослідники пропонують шляхи різні підходи до визначення структури і змісту професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців. У наукових джерелах використовують декілька основних підходів до визначення сутності та структури компетентності. З огляду на це будемо дотримуємося визначення поняття «компетентність фахівця», запропонованого академіком С. Сисоєвою [54, с. 18–44]. Це утворення вчена розглядає як особистісну характеристику фахівця та його особистісний капітал, трактуючи його як цілісне, інтегративне, багаторівневе, особистісне новоутворення. Воно є результатом здобуття кваліфікацій у процесі неперервної освіти, рівень якої підтверджується сукупністю сформованих у фахівця компетенцій, які визначають успішність виконання різних видів професійної діяльності, здатність до самореалізації, саморозвитку та самовдосконалення впродовж життя та сприяють соціалізації особистості, формуванню світоглядних та науково-професійних поглядів, творчості та майстерності.

Особі із сформованою компетентністю властиві ціннісні орієнтації, вона усвідомлює своє місце в суспільстві, розуміє навколишній світ. Їй притаманні загальна та професійна культура, набутий досвід взаємодії з іншими людьми [31, с. 263–264]. Питання про структуру і зміст професійної етично-комунікативної компетентності фахівців різних спеціальностей неодноразово були предметом наукових досліджень вітчизняних вчених. Серед виконаних в останні роки заслуговують на увагу праці В. Гриців [11], Л. Хоружої [56] та ін.

Узагальнення підходів до структурних компонентів характеристики фахівця з точки зору його моральності, дозволило А. Агарковій визначити компоненти професійної етично-комунікативної культури майбутнього лікаря, зокрема інтелектуально-когнітивний (визначає інтелектуальну діяльність особистості щодо опанування етичних, загальних і професійних знань та зумовлює спосіб і якість когнітивної активності), аксіологічний (цілі, мотиви діяльності, початкова система цінностей), психолого-рефлексивний (регулює співвідношення мотивів і мети діяльності, визначає умови встановлення зв’язків між різними компонентами професійно-етичної культури, змістом етичних систем, видами діяльності) та комунікативно-діяльнісний (оцінювання, використання, вдосконалення, створення нових методів, способів, засобів, типів операцій у міжособистісній сфері професійної лікарської діяльності; забезпечує успішність комунікації під час навчання, професійної діяльності; розкриває професійно-етичну культуру лікаря як специфічний спосіб реалізації індивідуально-сутнісних особливостей людини) [2, с. 9].

Деякі зарубіжні вчені розглядають етично-комунікативну компетентність як «здатність людини, яка стикається з моральною проблемою, думати і діяти так, щоб не обмежуватися лише моральними приписами і нормами або автоматичними діями» [62, с. 44]. На думку І. Каватацопулоса, етично-комунікативна компетентність передбачає усвідомлення, відчуття та рефлексію етичних ситуацій при взаємодії з людьми та з організаціями під час виконання професійних обов’язків. Це здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації, а також бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях. Для досягнення цієї навички потрібні не лише теоретичні знання, а й практична фахова підготовка [65, с. 43–51].

Не заперечує проти такого визначення і В. Гриців. Дослідниця пропонує у структурі професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців виокремити мотиваційний, змістовий, проектно-креативний, організаторсько-діагностичний і рефлексивний компоненти [11, с. 7]. У дослідженні формування етично-комунікативної компетентності науковець Л. Хоружа на основі змісту і структури поняття «професійна компетентність» стверджує, що етична компетентність за своєю структурою складається із взаємопов’язаних між собою компонентів, а саме: змістового (когнітивного), особистісного й операційно-процесуального [56, с. 15]. Дослідниця вважає, що змістова складова структури етично-комунікативної компетентності вчителя є домінантною, системотвірною, у якій гуманістичні педагогічні цінності, моральні норми професії відіграють головну роль, впливають на формування мотивів професійної діяльності.

Отже, з урахуванням наведених результатів досліджень можна зробити припущення, що в структурі професійної етично-комунікаційної компетентності доцільно виокремити блок, який містить знання професійної етики (норми, способи і правила поведінки, права і обов’язки, корпоративні аспекти професійної діяльності тощо). До його складу доцільно включити й інші знання, що їх засвоюють студенти під час навчання у МЗВО. Йдеться про знання основ етики; методів і прийомів застосування знань на практиці; знання основ культури, релігій та традицій різних народів; основних принципів і норми етики; основ аксіології; тактики та стратегії спілкування, комунікативної поведінки; історико-етичних учень та основних проблем філософії; специфіки етики як форми суспільної свідомості, що розкриває сутність світу та створює раціональні передумови для осмислення людиною сенсу життя. Ще один блок має містити уміння, що забезпечують етичну поведінку. Йдеться про володіння аналітичними, прогностичними, рефлексивними, інформаційними, перцептивними, комунікативними уміннями, які забезпечують ефективну взаємодію з пацієнтами, колегами, керівництвом та іншими людьми (уміння аналізувати, прогнозувати кінцевий результат своєї професійної діяльності в етичному аспекті, налагоджувати ділову взаємодію з дотриманням вимог професійної етики; уміння здійснювати самоаналіз і самооцінку своїх професійних, комунікативних здібностей та якостей відповідно до вимог професійної етики, здатність залагоджувати і вирішувати етичні конфлікти, підтримувати та аналізувати етичні процеси в організації, а також бажання приймати морально-етичні рішення у складних життєвих ситуаціях.

 Крім того, до уваги потрібно взяти перелік умінь, що формуються під час вивчення дисциплін етичного спрямування у МЗВО. Результати аналізу навчальних дисциплін, що вивчають проблеми етики та комунікації («Етика», «Етичні проблеми в медицині», «Основи біоетики та біобезпеки», «Філософія» та ін.) дозволили виокремити низку умінь етичного характеру, зокрема: уміння оперувати етичними поняттями; здатність до засвоєння теорії етики; здатність відтворити перебіг розвитку історії етичних учень; уміння вирішувати завдання щодо етичних проблем; уміння шукати та накопичувати інформацію з етичної проблематики; уміння використовувати на практиці засвоєні етичні знання; здатність синтезувати набуті знання у цілісне світосприйняття та світорозуміння; володіння методами та прийомами ведення діалогу, дискусії; уміння орієнтуватися в правилах етикету; здатність ефективно формувати комунікаційну стратегію у повсякденному житті; уміння використовувати стратегії спілкування та навички міжособистісної взаємодії; уміння встановлювати зв’язки по вертикалі та горизонталі залежно від ситуації; уміння отримувати необхідну інформацію з різних джерел і формувати власну комунікаційну стратегію; уміння застосовувати набуті знання для розв’язання завдань медичної практики.

Результати аналізу наукових праць з проблеми структури і змісту професійної етично-комунікаційної компетентності дозволяють зробити висновок, що до її складу необхідно включити й блок професійно-особистісних якостей лікаря. За результатами дослідження з’ясовано, що серед таких якостей, як правило, виокремлюють такі морально-етичні якості лікаря, як чесність, порядність, обов’язковість, відповідальність, інтелігентність, людяність, доброта, надійність, принциповість, безкорисливість, уміння дотримуватись слова.

Крім них науковці до групи професійних етично-комунікаційних якостей відносять й деякі інші якості лікаря, зокрема привабливість (зовнішню і внутрішню), ввічливість, повагу до людей, готовність надати допомогу, авторитет, тактовність, уважність, спостережливість, здатність бути хорошим співрозмовником, комунікабельність, доступність для спілкування, контактність, довіра до людей. На якість професійної діяльності з точки зору етичних аспектів впливають також і деякі вольові якості лікаря, що забезпечують морально-етичну поведінку. Серед таких якостей варто виокремити впевненість у собі, витримку, схильність до ризику, сміливість, незалежність, стриманість, врівноваженість, рішучість, ініціативність, самостійність, здатність до самоорганізації, наполегливість, цілеспрямованість [16, с. 41–44].

Зазначені компоненти (когнітивний, діяльнісно-операційний і професійноособистісний) досить повно розкривають зміст професійної етично-комунікаційної компетентності. Однак за межами переліку знань, умінь, навичок і професійно-особистісних якостей залишається емоційно-мотиваційна та ціннісна сфери особистості лікаря, що впливають на якість його професійної діяльності. Мотиваційна сфера особистості – це вся сукупність мотиваційних утворень, що є у людини: диспозицій (мотивів), потреб і цілей, атитюдів, поведінкових патернів, інтересів. Її оцінюють за такими параметрами, як гнучкість, ієрархічність і широта. У змісті мотиваційної сфери особистості можна виокремити гуманістичний, емоційно-вольовий і мотиваційний блоки, блок аналітичної діяльності та блок розумових здібностей і самосвідомість.

Широта мотиваційної сфери – це якісна різноманітність мотиваційних чинників, цілей і потреб. Чим більше у людини різноманітних цілей, мотивів, інтересів і потреб, тим її мотиваційна сфера є краще розвиненою. Щодо гнучкості мотиваційної сфери, то на думку І. Подтикана, гнучкішою вважається така, в якій «для задоволення мотиваційного спонукання більш загального характеру (більш високого рівня) може бути використано більше різноманітних мотиваційних спонукачів нижчого рівня» [46, с. 29–36].

Результати аналізу наукових джерел [2; 12; 26; 30] дозволили виокремити основні групи мотивів професійної діяльності лікарів: соціальні мотиви – визначають готовність надавати допомогу хворим під час професійної взаємодії, адекватно оцінювати стан пацієнта та обирати лінію поведінки, що призведе до найменшої кількості конфліктних ситуацій у лікувальному процесі. До цих мотивів можна віднести:

‒ бажання лікувати інших, можливість спілкуватися та допомагати людям, можливість піклуватися про здоров’я знайомих;

‒ науково-освітні мотиви – визначають зацікавленість у набутті нових знань і навичок при лікуванні пацієнтів.

Лікар, в якого ці характеристики домінують, спрямований на процес лікування, його науковий та практичний супровід; прагматичні мотиви – визначають зацікавленість в отриманні матеріальних результатів від професійної взаємодії, фокусування на власній вигоді, а отже, відсутність мотивації до надання якісної підтримки у лікувальному процесі та швидкого одужання пацієнта. Ця група мотивів найбільш спонукає до неадекватної поведінки при конфліктній взаємодії із пацієнтами. До неї можна віднести можливість обирати професію з міркувань отримання матеріальної винагороди; престижність професії; можливість піклуватися про своє здоров’я; бажання зробити кар’єру та впливати на інших людей; відкриття власної клініки тощо [37].

Отож високий рівень професійних етично-комунікативних мотивів і професійно важливих цінностей обумовлений високою альтруїстичною мотивацією взаємодії та вибору професії, а також домінуванням професійно-важливих якостей у портреті лікаря. Щодо низького рівня мотивації до професійних етично-комунікативних і безконфліктних взаємодій, то він характеризується переважанням прагматично-матеріальної мотивації вибору професії, а також вибором професійно неприпустимих якостей у портреті лікаря та професійно нейтральних якостей.

Серед провідних мотивів етично-комунікативної компетентності щодо взаємодії із пацієнтом у процесі лікування є мотиви покращення стану здоров’я пацієнтів, піклування про здоров’я знайомих і близьких, налагодження емоційного контакту з пацієнтом, правильна постановка діагнозу, можливість спілкуватися та допомагати людям, вибір правильної тактики лікування, бажання зробити кар’єру та впливати на інших людей. Крім цього можна додати, що у наукових джерелах фахівці з питань професіограм, а також експерти, які тривалий час працюють у галузі підготовки медичних кадрів, зазначають, що в основі діяльності лікаря-професіонала має бути позитивне емоційне ставлення до себе, пацієнтів і до своєї праці. На думку науковців [20; 34; 35], позитивні емоції активізують, надихають лікаря, надають йому впевненості, зумовлюють почуття радості, позитивно впливають на відносини з пацієнтами, колегами по роботі. Негативні емоції, навпаки, гальмують активність, дезорганізують поведінку і діяльність, викликають тривожність, страх, підозру щодо пацієнта. Важливо, що лікар повинен володіти акторськими здібностями, пам’ятати про доброзичливий вираз обличчя навіть тоді, коли настрій є невідповідним. Лікар має володіти своїм внутрішнім станом, уміти контролювати свої жести і міміку, які можуть відображати внутрішній стан, почуття і думки.

**2.2 Підготовка майбутніх лікарів медичних закладів вищої освіти до професійного спілкування з пацієнтами**

У сучасному швидко змінюваному світі людина може жити і ефективно діяти, лише володіючи певною психологічною гнучкістю, готовністю отримувати і засвоювати нову інформацію, адаптуватися до економічних, соціальних і психологічних змін як в суспільстві і державі, так і в найближчому соціальному оточенні. У звʼязку з цим для того, щоб людина могла усвідомлено будувати свою діяльність, в освіті необхідно передбачати освоєння студентами умінь побудови і організації своєї діяльності [16]. Зокрема, умінь цілепокладання, проектування і конструювання, оптимального вибору індивідуального стилю власної спочатку навчальної, згодом трудової, професійної діяльності, рефлексії її процесу і результату.

Відповідно політика вищої школи орієнтована на оволодіння студентами професійними компетенціями. Для майбутніх лікарів, діяльність яких та успіх у ній тісно пов’язані із спілкуванням пацієнтів, важливими компетентностями є здатність до побудови адекватного перцептивного образу партнера зі спілкування, що відображає особливості його індивідуальності. У руслі компетентнісного підходу професійна компетентність лікарів, які працюють у системі «людина – людина», актуально розглядати не лише через призму їх базових знань та умінь, а й через систему ціннісних позицій, загальних аспектів світобачення, провідних мотивів їхньої діяльності, а також стилю побудови взаємовідносин.

Однією з найважливіших якостей лікаря є його вміння вибудовувати комунікативну толерантність, яка позначається як «системотворчий фактор» і може розглядатися як стійка особистісна позиція. Таким чином, набуття комунікативної толерантності лікарем у вищій школі активізує систему його особистісних цінностей та смислів, мотиваційну спрямованість, а також демонструє способи емоційної саморегуляції.

Комунікативна толерантність, як найважливіша якість особистості лікаря, транслює його систему цінностей, мотивів, детермінує характер психологічних знань (наприклад, про способи подолання стресу, специфіку поведінки людей різних типів особистості), а також включає сформованість деяких спеціальних навичок:

– вміння встановлювати контакт, слухати;

– вміння невербально комунікувати;

– вибудовувати розмову, правильно формулювати запитання.

Особливо актуалізується ця проблема у контексті конструктивного реагування на соціально-напружені та конфліктні ситуації, яких існує достатня кількість у повсякденній професійній діяльності лікаря.

Важливо підготувати майбутнього лікаря до контролювання власних емоцій, збереження впевненості у собі в складних комунікативних ситуаціях з пацієнтами, а також при потребі керувати у спілкуванні його емоціями [43]. Адекватна комунікація має на увазі правильне сприйняття лікарем партнера зі спілкування та правильне реагування його поведінки. Незалежно від особистісних особливостей пацієнта лікар повинен вміло з ним взаємодіяти, вирішуючи професійні завдання, у тому числі й у складних, конфліктних ситуаціях, які нерідко виникають із-за неправильної комунікації.

Результативне професійне спілкування безпосередньо пов’язане із особистістю лікаря та його комунікативними толерантними установками, що спрямовані на іншу людину та безпосередньо впливають на поведінкову діяльність лікаря.

Таким чином, підготовка майбутніх лікарів медичних закладів вищої освіти до професійного спілкування з пацієнтами є нині дуже актуальною.

Викладач в навчальній аудиторії не повинен просто «натренувати» студента у виконанні якихось операцій, прийомів, що спрямовані на оволодіння комунікативних коспетентностей. Ці операції повинні бути осмислені і прийняті, студент повинен вміти самостійно вибирати найбільш підходящі комунікативні прийоми-рішення або знаходити свої власні, ті які ще не зустрічалися. У звʼязку з цим ефективне використання активних методів навчання сприяє вирішенню комунікативних завдань, що включають в себе проблемні ситуації, частково-пошукові, евристичні методи, а також навчальний діалог [36, с. 119–124].

Ефективними є інтерактивні методи, коли увагу викладач акцентує на творчий пошук і на самостійне вирішення певної комунікативної проблеми. Важливо використовувати технологію особистісно-орієнтованої освіти, так як вона передбачає реалізацію як компетентнісного, так і діяльнісного підходів у навчанні. Діяльнісний підхід є основа концепції розвиваючої освіти в будь-якому її варіанті. Діяльнісний підхід у професійному навчанні передбачає якісно інші, на відміну від традиційних, структури взаємодії викладачів і студентів. Вони складаються на основі самостійності та добровільного визнання студентами стимулюючої ролі викладача. У процесі взаємодії. Сенс цієї технології в тому, що навчання професійно-комунікаційної діяльності може успішно здійснюватися за коштами моделювання в ньому предметного і соціального змісту майбутньої діяльності [20, с. 79–84.].

Володіння іноземною мовою забезпечує можливість знайомства з досягненнями в комунікаційно-професійній сфері за кордоном. Причому ця функція здійснюється через організацію всього навчального процесу, зміст самого навчального матеріалу, його спрямованість, а також через методи введення цього матеріалу і форми взаємодії викладача і студентів в освітньому процесі. Тут досягнення далекої стратегічної мети ‒ професійного розвитку ‒ тісно повʼязане з досягненням ближніх тактичних цілей за оволодіння іноземною мовою. Тому встановлюється двосторонній звʼязок між прагненням студента придбати спеціальні комунікаційні знання і успішністю оволодіння іноземною мовою.

Використання діяльнісного підходу допомагає:

‒ переорієнтувати навчання із засвоєння і запамʼятовування готових форм знань про успішну комунікацію на процес їх отримання та функціонування;

‒ формувати провідні професійні комунікаційні вміння та навички, зокрема навички слухання, читання, говоріння, письма, пошуку інформації в різних джерел, особливо в словниках різного типу, навички організації майбутньої комунікаційної діяльності лікаря з пацієнтами.

Беручи до уваги, що найважливішим фактором, що визначає успіх лікування, є взаємодія між лікарем і пацієнтом, розвиток мовної діяльності, здійснене в процесі мовної підготовки, набуває особливої значущості [21]. В якості критерію комунікативної культури ми розглядаємо комунікативну компетентність. Комунікативну компетентність фахівця можна охарактеризувати як певний рівень сформованості особистісного і професійного досвіду взаємодії з оточуючими, який потрібно індивіду, щоб в

межах своїх здібностей і соціального статусу успішно функціонувати в професійному середовищі і суспільстві [13; 19]. У звʼязку з цим ми розрізняємо комунікативну компетентність в особистісній сфері, комунікативну компетентність у соціальній сфері та комунікативну компетентність в спеціальній (практичної) сфері.

Комунікативна компетентність в особистісній сфері має на увазі:

‒ рефлексування власних установок на комунікацію (потреба, очікування, побоювання, оцінка) і подальший їх розвиток;

‒ узгодження власних інтересів з інтересами інших;

‒ розуміння самого себе як «комунікатора»;

‒ прийняття концептуальної позиції до процесу комунікації;

‒ використання іноземної мови з метою залучення до мовної культури.

Комунікативна компетентність у соціальній сфері представлена:

а) усвідомленням своєї участі в комунікації;

б) прийняттям рішень у групі;

в) презентацією загальних результатів роботи;

г) володінням комунікативними стратегіями;

д) забезпеченням іншомовної комунікації з урахуванням регіональних, країнознавчих та культурних особливостей.

Комунікативна компетентність лікаря в спеціальній (практичної) сфері включає:

‒ розуміння і тлумачення спеціальних (професійних) термінів, понять (наприклад, в бесіді з колегами, лікарями різних спеціальностей, медсестрами і людьми, які не мають стосунку до медицини);

‒ розуміння вербальних і невербальних засобів (міміка і жести в бесіді з хворим);

‒ вміле звернення зі спеціально підготовленим матеріалом;

‒ коректне використання іноземної мови в професійній сфері (розуміння і висловлювання на іноземній мові спеціальних понять, термінів, явищ).

Головними показниками комунікативної культури майбутнього лікаря слідує:

‒ в емоційній сфері ‒ емпатія (розуміння співрозмовника до того, про що він розповідає, і до самої ситуації спілкування; допомога співрозмовнику в природному вираженні почуттів і бажань; повідомлення про власні почуття; уважне спостереження за невербальними реакціями пацієнта; демонстрація розуміння почуттів іншого);

‒ в когнітивної сфері ‒ рефлексія (демонстрація готовності і бажання вислухати пацієнта; перевірка точності почутого; прояснення раціонального компонента почутого; самокорекція; підбадьорювання; адекватність самооцінки і оцінки інших);

‒ в поведінкової сфері ‒ інтеракція (планування майбутньої розмови; взяття на себе ініціативи в розмові; організація цілісного контакту; надання взаємодії особистісного характеру; врегулювання конфліктних ситуацій; пропозиція спільної дії; обговорення; узгодження; зʼясування і передача інформації).

**Висновки до розділу 2**

З урахуванням результатів аналізу наукових праць з’ясовано, що професійна етично-комунікативна компетентність лікаря є складним, цілісним, індивідуально-психологічним, інтегративним, багаторівневим утворенням, яке є результатом здобуття неперервної освіти МЗВО та об’єднує теоретичні знання з професійної етики, професійні етично-комунікаційні цінності, морально-особистісні якості та практичні вміння лікаря у сфері професійної діяльності, забезпечує вибір ним свідомої етичної поведінки відповідно до професійних етично-комунікативних норм, а також здатність до самореалізації, потребу в комунікативному самовдосконаленні впродовж життя.

Серед широкого переліку компетентностей, які формуються у випускників МЗВО України, великий інтерес становить професійно-етична. Основною стратегічною метою слугує забезпечення умов для задоволення потреб громадян, суспільства і ринку праці в якісній освіті, на основі толерантності як професійної компетентності майбутнього.Особливу роль в становленні компетентного фахівця набуває толерантність як елемент, що становить професійну компетентність. Значимість толерантності як професійної компетентності лікаря закріплена законодавчо. В сучасних освітніх програмах МЗВО України, які відповідають вимогам Закону України «Про вищу освіту» (2014 р.), вказано перелік компетентностей випускника, нормативний зміст підготовки, сформульовано результати навчання.

**РОЗДІЛ 3**

**ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛЯХІВ УДОСКОНАЛЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА В ПРОЦЕСІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

**3.1. Вивчення особливостей комунікативної толерантності лікаря по відношенню до пацієнта у процесі спілкування**

Вивчення робіт з педагогіки, мовознавства, методики викладання спеціальних дисциплін, філософії, психології продемонструвала відсутність розробленості теми комунікативної поведінки лікарів різного профілю. Показово, що за висвітлення питань комунікативної компетентності лікарів беруться фахівці різного профілю: лікарі, філологи, психологи, освітяни. Такий інтерес представників різних наукових напрямів пояснює затребуваність розробок проблем комунікативної поведінки, складність та багатоаспектність процесу спілкування з пацієнтом, зростаючий рівень вимог, що висувається до якості надання медичних послуг у нових соціально-економічних умовах.

У зв’язку із зростанням комерціалізації медицини посилюється тенденція до бездоганності та регламентованості комунікативної складової професійного рівня лікаря-фахівця. Це призвело до осмислення комунікативної компетенції як однієї з базових, а ступінь володіння вербальними та невербальними засобами спілкування, усвідомлено обираються лікарем залежно від ситуації спілкування та особливостей пацієнта, що є маркером задоволеності якістю медичного обслуговування [1].

 Посилення конфліктності у відносинах між лікарями та пацієнтами, наводить науковців [19] на запитання, а чи не лежать причини цього процесу набагато глибше. Попит на нову модель взаємодії лікаря та пацієнта, а саме модель поінформованої згоди нині вже існує. Вона прийшла на зміну традиційному патерналізму.

Патерналізм, який був домінуючим принципом ставлення лікаря до пацієнта у всьому світі, посилювався у радянській системі охорони здоров’я патерналістською ідеологією соціалістичної держави щодо своїх громадян та очікуваннями самих громадян патерналістського ставлення до них зі сторони працівників державних медичних установ. Пацієнту відводилася пасивна роль виконавця вказівок лікаря, і така установка не зазнавала сумнів з обох сторін.

Проте на думку західних науковців, модель патерналізму не відповідає реаліям постіндустріального суспільства, і в ньому відбувається фундаментальна зміна «моральної парадигми» у стосунках лікарів та пацієнтів. На зміну патерналізму приходить модель поінформованої згоди, яка означає спільне прийняття рішень щодо вибору методів лікування та передбачає інший баланс відповідальності між громадянами та медиками за рівень індивідуального здоров’я. У ній подолано патерналістські установки з обох сторін. Водночас моделі патерналізму та поінформованої згоди взаємовиключають одна одну та є несумісними.

Застосування на практиці моделі поінформованої згоди підтверджують формування у суспільстві попиту на нову модель взаємин пацієнта з лікарем. Не зважаючи на те, що лікарі звикли діяти в рамках патерналістської медицини, яка не передбачає діалогу з пацієнтом, проте нинішній пацієнт змінився, він потребує діалогу, тому сьогодні пацієнту доводиться багато пояснювати. Самі ж лікарі відзначають різницю у свідомості пацієнтів. Якщо раніше вони повністю довіряли лікарю, ні кроку праворуч, ні ліворуч, то зараз усе по-іншому. Пацієнти приходять до лікаря і хочуть знати про стан свого здоров’я, хочуть брати участь у прийнятті лікарського рішення. Звичайно цього бажають не всі пацієнти, переважно молодь, але зміни почалися вже нині і їх не можна не помічати лікарям. Позитивний досвід взаємодії з пацієнтами, ефективно вибудовується із застосуванням моделі поінформованої згоди, що дозволяє пацієнтам цілком адекватно сприймати відповідні дії лікарів у процесі комунікативної взаємодії.

Знання законів ефективного спілкування, мовні стратегії та тактики комунікативної поведінки фахівця є предметом вивчення спеціальних дисциплін чи окремих тем цих дисциплін, хоча мову багатьох лікарів-викладачів можна вважати зразковою у спілкуванні з пацієнтом. Ті, що навчаються в силу своїх мовних здібностей переймають від клініцистів манеру говоріння або інтуїтивно знаходять свій стиль, вдалість якого часто може викликати сумніви.

Водночас науковці виділяють й інші моделі взаємин між лікарем та пацієнтом. Це модель керівництва, партнерства, договірна. Така модель як – керівництво, є базовою моделлю. У взаємовідносинах провідну роль відіграє лікар. Роль лікаря в даній моделі взаємин прийнято вважати авторитарною, лідерською, керівною. Усі лікувальні та діагностичні проблемні питання лікар бере під особисту відповідальність. Відповідно хворому відводиться роль підлеглого, пасивного виконавця, повністю залежного від думки та помислів лікаря.

Іншою моделлю є партнерство. Дані взаємини не є авторитарними, оскільки передбачають співпрацю двох сторін: лікаря і пацієнта. У запропонованій моделі пацієнт бере активну та безпосередню участь у власному лікуванні та рішення приймає особистісно. Для того, щоб медичний працівник перейшов до моделі співробітництва / партнерства, лікарю-клініцисту необхідно стати інтерпретуючим слухачем. Якщо раніше пацієнт наслідував медико-діагностичну схему лікування і не міг наблизитися до лікаря відповідно до своїх переживань з приводу власного страждання, то тепер лікар та пацієнти повинні разом прагнути зрозуміти життєву історію останнього. Така модель часто використовується у психотерапевтичній практиці.

Наступна модель – договірна. Дана модель взаємовідносин характерна для платної медицини і полягає у складанні типової угоди у межах лікар-хворий. При цьому лікар враховує потреби та можливості хворої особи та завдання, котрі потрібно вирішити під час діагностики та лікування. Відповідно цьому лікар встановлює належну емпатічну комунікацію. Дана модель передбачає повну юридичну відповідальність лікаря та психологічну відповідальність пацієнта.

Від того, який підхід лікар вибере по відношенню до того чи іншого пацієнта та вибір ним манери спілкування та її змістовне наповнення, залежить якість та результат призначеного ним лікування та повного оздоровлення. Ефективним спілкуванням буде таке спілкування, при якому лікар одержує зворотний зв’язок, а лікування позначається як компетентне. Зворотний зв’язком полягає в отриманні інформації про самопочуття та настрій пацієнта в процесі комунікації.

Загалом толерантність рівнозначне з терпимістю. Комунікативна толерантність слугує важливою якістю особистості та характеризує її ставлення до найближчого оточення; ступінь переносимості якостей, неприємних для особи. Комунікативна толерантність дозволяє особистості ставитися до людей як до індивіда та адекватно сприймати їх такими, які вони насправді є.

По-іншому комунікативна толерантність як психосоціальна характеристика особистості, спрямована на терпиму, безконфліктну комунікативну поведінку; є особистісно-зачимою професійною якістю майбутнього фахівця у сфері людина-людина.

Дані поняття можна застосувати безпосередньо до професійно встановленої особистості лікаря різних спеціальностей. Так як лікарська діяльність слугує особливою сферою, що вимагає від лікаря набуття комунікативних особливостей, які можуть бути зміненими в залежності від обраної спеціальності, з іншої сторони – це процес, результатом якого є особистісна зміна лікаря.

Науковці стверджують, що ефективність практичної діяльності лікаря залежить від його професійно організованої взаємодії з пацієнтами, їхніми родичами та найближчим оточенням і, безперечно, з колегами.

Для лікарів, що спеціалізуються в психіатрії така якість як комунікативна толерантність має бути для них невід'ємною складовою, оскільки саме цим лікарям доводиться в більшості спілкуватися з особливими пацієнтами, котрі мають потребу в співпереживанні та емоційній підтримці лікаря.

Таким чином, для дослідження комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта в процесі надання медичних послуг нами вибрана:

1. Методика діагностики комунікативної толерантності, запропонована Віктором Бойком. Ця методика дозволяє визначити міру здатності лікаря виявляти терпимість до інших людей-пацієнтів у діловому та міжособистісному спілкуванні. Тест дозволяє виділити дев’ять особливостей поведінки, що свідчать про низький рівень комунікативної толерантності.

Опитувальник містить 45 запитань, що поділені на 9 блоків, кожен з них відображає особливості поведінки опитуваних за певних умов та обставин спілкування. Межі оцінювання становлять від 0 до 3 балів. Від респондентів вимагається відповідати щиро на всі запропоновані питання і вказувати наскільки вірними є наведені судження по відношенню до кожного опитуваного (Додаток А).

2. Анкета «Емоційно-напружені ситуації», авторами якої є Є. Борисова та Є. Старченкова. Ця анкета нами використана для аналізу структурних та змістовних характеристик проблемних ситуацій. За допомогою контент-аналізу описаних реципієнтами професійно-важких ситуацій дається оцінка емоційної напруженості, визначаються найбільш характерні способи долання такої поведінки та її продуктивність. В анкеті зазначені шкали, що стосуються оцінки емоційно-значущості ситуації; оцінки когнітивно-утрудненої ситуації; оцінки керованості ситуацією; оцінки щодо перспективи майбутнього розвитку виниклої проьлемної ситуації (Додаток Б).

Матеріалом дослідження також послужили рукописні записи промови лікарів-гінекологів (12 осіб), зроблені у лікувальних закладах м. Тернополя шляхом включення їх у спостереження.

**3.2.** **Експериментальне дослідження комунікативної взаємодії лікаря і пацієнтів**

У реаліях сучасної охорони здоров’я очевидна значимість комунікативних здібностей практикуючого лікаря та залежність результату лікування від рівня його комунікативної компетентності. Огляд публікацій останнього десятиліття дозволив поділити досить велику кількість робіт по цій тематиці дослідження. Нами вони розділені на дві групи. Одна частина робіт присвячена демонстрації актуальності та обґрунтування (у більш-менш аргументованій формі, часом із залученням результатів опитувань та інших статистичних даних) необхідності спеціальної підготовки лікарів до професійної взаємодії з пацієнтом, демонстрації значимості комунікативних навичок протягом усього періоду спілкування, що включають діагностику, лікування, рекомендації та призначення. Інша – перерахуванню поведінкових характеристик хорошого лікаря. Водночас усі науковці сходяться на думці, що комунікативні якості лікаря мають особливості відповідно до різної їх спеціалізації. Зокрема А. Сахарова досліджує комунікативні якості психотерапевтів, педіатрів та хірургів і приходить до висновку про різний рівень розвитку комунікативних навичок та необхідності обов’язкової програми комунікативної підготовки таких фахівців [52, с. 80 – 84].

Про необхідність розробки та впровадження в освітній процес професійної підготовки ефективної програми розвитку комунікативної компетенції у майбутніх лікарів різного профілю з використанням інтерактивних методів навчання зазначено у працях науковців [17; 18; 34].

З педагогічних прийомів підготовки комунікативно грамотного лікаря згадуються активні та інтерактивні методи, у пізніших роботах – рольові ігри та «case stady». У зарубіжних дослідженнях описано низку комунікативних моделей, апробованих у клінічній практиці [66].

Зазначимо, що і у вітчизняній, і зарубіжній педагогіці існують методичні посібники для студентів, лікарів-клініцистів, клінічних психологів, які працюють із пацієнтами різного профілю.

Однак очевидна недостатність праць, які висвітлюють нові педагогічні форми та методи спілкування, щоб забезпечити високий рівень необхідної комунікативної підготовки майбутнього лікаря. Відповідно наше дослідження певною мірою доповнить окреслені надбання в царині ефективного комунікування літаря з пацієнтами.

У свою чергу, на матеріалі записів мовлення лікарів доведено важливу роль гармонізуючих засобів спілкування для створення та підтримки ввічливих стосунків з пацієнтом, продемонстровано результативність застосування комунікативних тактик, висвітлено співчуття та підтримка пацієнтів, названі причини ризикогенності мовної поведінки лікаря та комунікативні способи її усунення або мінімізації. Таким чином, зв’язок між ступенем професійної підготовки та неефективною комунікацією з пацієнтами є очевидний.

 Для дослідження толерантних комунікативних установок лікарів-гінекологів ми використали скорочений варіант методики В. Бойко, що складається із п’яти шкал. Участь в експерименті брали 12 осіб лікарів двох відділень (по 6 з кожного) Тернопільського обласного клінічного перинатального центру Матері і дитини Тернопільської обласної ради м. Тернополя. Вік досліджуваний становить від 32 років до 48 років. Нами був обчислений інтегральний показник комунікативної толерантності, оцінюючи який, треба мати на увазі, що чим більше балів за шкалою, тим нижчий рівень комунікативної толерантності, тим менше випробуваний терпимий до людей в аспекті налагодження взаємин з ними і тим важче йому налагодити ефективний процес спілкування.

В результаті діагностики рівня комунікативної толерантності за інтегральним показником у лікарів першого відділення та лікарів другого відділення виявилося, що у 13,7% лікарів першого відділення та в 12,5% лікарів другого відділення високий рівень комунікативної толерантності. Середній рівень комунікативної толерантності виявлено у 39,4% лікарів першого відділення та 46,2% лікарів другого відділення. Низький рівень комунікативної толерантності демонструють 46,9% лікарів першого відділення та 41,3% лікарі другого відділення.

Таким чином, можна констатувати, що у більше третини лікарів першого відділення та лікарів другого відділення виявлені нами низькі толерантні комунікативні установки щодо пацієнта, який приймає участь у спілкуванні. Ці респонденти не здатні в даний час до прийняття психічних станів, якостей та вчинків своїх пацієнтів по взаємодії. Беручи до уваги той факт, що комунікативна толерантність є стрижневою та систематизуючою характеристикою (за В. Бойко), що визначає життєвий та професійний шлях особистості, а також корелює з моральними, характерологічними та інтелектуальними якостями індивіда, можна припустити наявність у цієї групи респондентів (лікарів-генікологів) деяких порушень, що відносяться до їхньої внутрішньо-особистісної гармонії та здатності до саморегуляції.

Результати дослідження та достовірність відмінностей за показником - комунікативної толерантності лікарів першого відділення та другого відділення представлені у таблиці 3.1.

*Таблиця 3.1*

**Порівняльний аналіз комунікативних толерантних установок**

 **лікарів першого та другого відділення**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Досліджувані показники** | **Лікарі першого відділення** (середні показники) | **Лікарі другого відділення**(середні показники) |
| Прийняття-неприйняття індивідуальності іншого людини | 7.88 | 9.12 |
| Установка на безоцінне сприйняття іншого людини | 7.87 | 8.23 |
| Емоційна саморегуляція | 7.38 | 7.20 |
| Схильність до перевиховання партнера | 6.16 | 5.35 |
| Нетерпимість до дискомфортних станівпартнера | 5.19 | 5.53 |
| **Загальна комунікативна толерантність** | **34.48** | **35.43** |

Примітка. Розрахунки наведено автором за результатами дослідження.

Аналізуючи отримані результати, можна відзначити, що респонденти –лікарі другого відділення показують нижчий рівень загальної комунікативної толерантності на відміну від лікарів першого відділення, що в цілому характеризує їх як лікарів, які важко визнають особистісні відмінності в рисах особистості, поведінці, думці іншої людини. У них домінує власна особистість, своє власне Я. Достовірні відмінності вийшли за показником «прийняття індивідуальності іншого», що свідчить про те, що майбутні лікарі більш нетерпимі до партнера по спілкуванню, не приймають його таким, яким він є, в його особистісній неповторності, індивідуальності, не здатні лояльно ставитись до відмінностей між собою та пацієнтом, можуть спілкуватися зверхньо, знецінювати пацієнта.

 Цікаво зауважити, що найчастішою асоціацією самосприйняття майбутніх лікарів є асоціація «Я – Бог», що можна інтерпретувати як сприйняття себе завжди правою, як таке, що лікар займає в суспільстві особливе становище та ін. У реальній практиці це обертається небажанням почути пацієнта, прийняти його переживання, не знецінюючи їх. Не випадково така взаємодія часто обертається конфліктом.

Нами виявлено, що лікарідругого відділення достовірно менш лояльні та терпимі до дискомфортних станів оточуючих. З одного боку, можна припустити, що для лікаря дискомфорт іншого викликає негайну реакцію, спрямовану надання необхідної допомоги, а з іншого боку – це свідчення тієї дратівливості, агресивності на страждання пацієнта, з якою часто стикаються пацієнти на прийомі та поза ним. Лікарі першого відділення, навпаки, готові перевиховувати партнера, нав’язувати йому свій погляд і спосіб життя, що виступає як провідна детермінанти поведінки. Отож лікарі першого і другого відділень показали досить високу оцінну позицію, що також свідчить про критичне оціночне сприйняття пацієнта, їхню категоричність та нетерпимість до недоліків. І хоча достовірних відмінностей за цим критерієм виявлено не було, можемо відмітити, що він дещо вищий також у лікарів другого відділення. За показником «емоційна саморегуляція» нами також не виявлено достовірної різниці між групами. Середні значення за цим показником демонструють рівні здібності лікарів обох груп стримувати агресію та згладжувати неприємні почуття, що виникають при зіткненні з некомунікабельними якостями у пацієнтів.

Далі ми простежили, як сприймають лікарі першого та другого відділень професійно важкі ситуації спілкування, оскільки з комунікативними ситуаціями безпосередньо пов’язана їхня ефективна професійна діяльність.

Щодо цього ми використовували тести за методикою О. Борисової та О. Старченкової «Оцінка професійно важких ситуацій» з оцінкою ситуації спілкування за шкалою Лікерта через полярні категорії, де дається оцінка емоційної значущості ситуації, її когнітивної проблеми, керованості (контролю) ситуації, перспектив майбутнього розвитку. За заданими шкалами розраховується загальний індекс стресогенності ситуації [67].

Ми попросили респондентів згадати реальну професійну ситуацію спілкування з пацієнтом (з родичами пацієнта) з практики роботи, яку вони для себе позначили як емоційно-напружену. Складність ситуації визначалася суб’єктивним сприйняттям її суб’єктом спілкування. Для нас важливо було оцінити не змістовний аспект ситуації, а суб’єктивний, пов’язаний з її сприйняттям лікарями. Отримані результати представлені у таблиці 3.2.

Отримані дані показують, що для обох досліджуваних груп складна ситуація спілкування оцінюється у зоні підвищеної стресогенності.

Такий показник для лікарів, які й мають навички взаємодії з пацієнтами в плані професійного спілкування, швидше за все показує їхню причетність та включеність до аналізу ситуації, зацікавленість професійною діяльністю.

Лікарі не сприймають ситуацію спілкування з пацієнтом як когнітивно важку, про що свідчать середні оцінки обох групах. Нами було виявлено середні бали у двох групах за показником контролю, керованості ситуації. Ці результати свідчать про те, що лікарі обох груп у професійному спілкуванні не відчувають сильного занепокоєння, підвищених витрат ресурсів та сприймають ситуацію як досить прогнозовану, з можливістю швидкого реагування та прийняття рішення.

*Таблиця 3. 2*

**Порівняльний аналіз сприйняття емоційно-напруженої ситуації спілкування лікарями першого та другого відділення**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Досліджувані показники | Лікарі першого відділення (середні показники) | Лікарі другого відділення(середні показники) |
| Оцінка емоційноїзначущості ситуації | 11.11 | 10.12 |
| Оцінка когнітивної проблеми ситуації | 7.45 | 7.63 |
| Некерованість (контроль ситуацією) | 8.21 | 7.42 |
| Безперспективність майбутнього розвитку | 7.13 | 9.35 |
| Індекс стресогенності  | 33.90 | 34.52 |

Примітка. Складено автором на основі отриманих досліджуваних даних відповідно до джерела [67]

 Лікарі першого відділення достовірно емоційніше включаються у скрутну ситуацію спілкування, вона сильніше зачіпає їх емоційно, спостерігається високий рівень значущості ситуації спілкування. Лікарі другого відділення емоційно включаються менше, демонструючи відстороненість, дистанційність від скрутної ситуації спілкування, що, можливо, дозволяє їм приймати більш зважені та конструктивні рішення, і є показником емоційного здоров’я особи. Проте вони оцінюють важку ситуацію спілкування як менш перспективну, вона більшою мірою, ніж у лікарів першого відділення сприймається ними як безнадійна та несподівана. Дійсно, лікарям часто доводиться спілкуватися з «важким пацієнтом», який приходить на прийом у пригніченому емоційному стані, з порушенням не лише соматичного, а й психічного здоров’я, тому передбачити розвиток цієї ситуації буває їм важко. Отже, у складній, конфліктній ситуації спілкування з пацієнтами лікарі апріорі обирають шлях уникнення ситуації, не прагнуть її вирішувати.

Аналіз зв’язку сприйняття емоційно-напружених ситуацій взаємодії з партнерами з професійного спілкування з характеристиками комунікативної толерантності показав, що у групі лікарів першого відділення толерантне ставлення до партнера зі спілкування мало пов’язане з їх сприйняттям важкої ситуації спілкування. Можливо це пов’язано з тим, що лікарі більше поринають у ситуацію спілкування, що дозволяє сприймати важку ситуацію відповідно до ролі, яка передбачає ідею особистісної спрямованості на партнера.

Цьому сприяє середовище, де працюють лікарі, оскільки в ньому важливий смисловий акцент пов’язаний з ідеєю діалогу.

Негативний кореляційний зв’язок виявлено між емоційною оцінкою ситуації як важливою, значущою та емоційною саморегуляції у скрутній ситуації професійного спілкування. Цей факт говорить про те, що невміння приховувати, згладжувати неприємні почуття до пацієнта емоційно знецінює ситуацію спілкування з ним, дозволяє особистісно не включатися до ситуації. Негативний зв’язок виявлено між оцінювальною установкою щодо до пацієнта та когнітивною значимістю ситуації. Можна припустити, що оцінна позиція лікаря із першого відділення не дозволяє йому включатися до ситуації, шукати способи її вирішення, формуючи стійкі стереотипи сприйняття.

Позитивний зв’язок виявлено між показниками терпимості до фізичного та психічного стану пацієнта та оцінкою перспективи майбутнього розвитку ситуації. Тобто можна припустити, що чим більше лікар буде ставитись до переживань пацієнта, співчувати йому, тим більше шансів впоратися зі складною ситуацією спілкування.

У медиків другого відділення таких зв’язків виявлено значно більше. Так, негативні зв’язки виявлено за показником прийняття індивідуальності іншого та показниками сприйняття емоційно-напружених ситуацій з партнерами зі спілкування: оцінка когнітивної проблеми ситуації, контрольованість ситуації загальна стресогенність ситуації. Негативні зв’язки виявлені між оцінним сприйняттям партнера зі спілкування та когнітивною складністю ситуації.

Неприйняття того, що інший – це інший, з його особистісною позицією, власним світобаченням, оцінна позиція стосовно пацієнта, сприйняття себе «Я – Бог») робить ситуацію комунікативно складною, заплутаною. Тут включається у лікаря домислення, підтексти, актуалізація яких часто призводить до конфліктів, що підвищує загальну стресогенність ситуації, робить її неконтрольованою, непередбачуваною. Навпаки, установка на безоцінне прийняття пацієнта в професійному спілкуванні дає можливість уникнути стереотипного сприйняття пацієнта, побачити його індивідуальні риси та зосередитися на змістовних моментах спілкування, пов’язаних із лікуванням хворої людини.

Чим вище ступінь прийняття іншого, тим спокійніше суб’єкт сприймає важку комунікативну ситуацію з пацієнтом. Нами також виявлено зв’язок установки на емоційну саморегуляцію у спілкуванні та підконтрольністю ситуації. Емоційна саморегуляція дає змогу оцінити перспективи розвитку ситуації та зробити її контрольованою, керованою. Негативні зв’язки у другій групі лікарів виявлено у показниках «нетерпимості до фізичного або психічному дискомфорту, в якому опинився партнер» та оцінкою керованості ситуації, а також оцінкою перспективи майбутнього розвитку ситуації та загальною стресогенністю. Таким чином, відношення терпимості до пацієнта, його стану, самопочуття, прийняття його особи, що відображають комунікативні толерантні установки лікаря, украй важливо для розвитку професійного спілкування лікарів першого та другого відділень.

Таким чином, наше дослідження показало, що толерантні комунікативні установки до пацієнта щодо професійного спілкування у медиків першого та другого відділень різняться. Лікарі-генікологи другого відділення статистично менш терпимі до пацієнтів та до їхніх дискомфортних станів, що негативно позначається на атмосфері спілкування та стратегії підбору лікування конкретного пацієнта.

Лікарі гінекологи першого відділення готові перевиховувати пацієнтів, повчати його. Подібна установка може бути свідченням домінантної позиції у діалозі з пацієнтами. Тим не менш, усі вони виявили не досить високий рівень комунікативної толерантності до пацієнта, що ставить завдання розвитку цієї якості в освітньому процесі медичного закладу вищої освіти.

Існуючі відмінності у сприйнятті лікарями складних комунікативних ситуацій професійної діяльності проявляються у тому, що лікарі другого відділення менше емоційно реагують на пацієнтів, можуть утримувати межі спілкування, демонструють велику відстороненість, дистанційованість від важкої ситуації спілкування. Водночас на відміну від лікарів першої групи, сприймають емоційно-напружену ситуацію спілкування як складно керовану.

**Висновки до розділу 3**

1. Зростання рівня вимог до лікарів з боку пацієнтів та напруженості відносин між ними відображає як об’єктивні процеси розвитку сучасного суспільства, так і зростання рівня освіти та добробуту громадян, котрі зустрічаються з неадекватною патерналістською поведінкою лікарів та формують суспільний запит на розвиток взаємин із лікарями на основі принципів партнерства та відповідальності за стан здоров’я пацієнтів.

2. Зниження довіри пацієнтів до медиків зумовлене скороченням рівня їхнього професіоналізму, який спостерігається в останні два-три десятиліття. Напруженість стимулюється хронічними проблемами нестачі державних коштів для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги, яка відповідає очікуванням громадян. Конфліктність породжується і укоріненням споживчої ідеології у суспільстві та розвитком ставлення з боку громадян до лікарів. Дія цих причин перешкоджатиме еволюційному формуванню нових, партнерських відносин між лікарями та пацієнтами.

3. Участь в експериментальному дослідженні брали 12 осіб лікарів-гінекологів двох відділень (по 6 з кожної групи, від 32 років до 48 років) Тернопільського обласного клінічного перинатального центру Матері і дитини Тернопільської обласної ради м. Тернополя.

Для дослідження толерантних комунікативних установок лікарів-гінекологів нами використано скорочений варіант методики В. Бойко за п’яти бальною шкалою. Визначено рівень комунікативної толерантності за інтегральним показником [67] у лікарів першого відділення та лікарів другого відділення. У 13,7% респондентів першого відділення та в 12,5% респондентів другого відділення високий рівень комунікативної толерантності. Виявлено також середній рівень (39,4% та 46,2% відповідно) та низький рівні комунікативної толерантності (46,9% та 41,3% ).

4. Дослідження на сприймання лікарами першого та другого відділень професійно важких ситуацій спілкування було оцінено за методикою О. Борисової та О. Старченкової «Оцінка професійно важких ситуацій». За заданими шкалами розраховується загальний індекс стресогенності ситуації За заданими шкалами розраховано загальний індекс стресогенності ситуації, який у респондентів другої групи значно вищий, ніж у респондентів першої (34.52 та 33.90 відповідно).

**ВИСНОВКИ**

Проведене дослідження дозволило нам зробити наступні висновки:

1. Результати аналізу нормативних і наукових джерел вказують на те, що на початку ХХІ століття вітчизняна медична університетська освіта орієнтується на інтеграцію в європейський освітній простір. Про це свідчить постійне вдосконалення системи медичної освіти України, пошук інноваційних методів і технологій навчання, законодавче врегулювання забезпечення рівного доступу всіх громадян України до якісної медичної освіти, а також забезпечення неперервності навчання впродовж усього життя. Основні положення щодо змісту, організаційних форм навчання у вищій школі закріплено в Конституції України, законах України «Про освіту», «Про вищу освіту».

2. Комунікативна взаємодія нині є важливим лікувальним фактором, визначає в більшості випадків успіх, як психологічного консультування, психотерапії, так і всього лікування в цілому. Найбільш відомою є модель взаємодії лікаря і пацієнта, запропонована американським вченим Р. Вітчемом, який виділив інженерний, патерналістський, колегіальний і контрактний типи. Комунікативна взаємодія лікаря і пацієнта полягає в розкритті характеру взаємодії на рівні субʼєкт-субʼєктних взаємин, тому лікар і пацієнт розглядаються нами як партнери в лікувальній діяльності.

3. Професійна підготовка є ефективною за умови використання активних методів навчання, що включає в себе проблемні ситуації, частково-пошукові, евристичні, а також навчальний діалог. Ефективними є інтерактивні методи, коли увагу викладач акцентує на творчий пошук і на самостійне вирішення певної проблеми. Важливою є технологія особистісно-орієнтованої освіти, так як вона передбачає реалізацію компетентнісного і діяльнісного підходів у навчанні студентів.

4. У структуру професійної етично-комунікативної компетентності майбутніх лікарів входить когнітивний, діяльнісно-операційний, професійно-особистісний, емоційно-мотиваційний і ціннісно-орієнтаційний компоненти. Зʼясування сутності, структури і змісту професійної етично-комунікативної компетентності дозволяє ефективно здійснювати професійну підготовку майбутніх лікарів у МЗВО.

5. Високий рівень професійних етично-комунікативних мотивів у лікаря та професійно важливих цінностей обумовлений високою альтруїстичною мотивацією взаємодії та вибору професії, а також домінуванням професійно-важливих якостей у портреті лікаря.

6. До участі в експерименті були залучені 12 осіб лікарів-гінекологів двох відділень (по 6 осіб в кожній групі) Тернопільського обласного клінічного перинатального центру Матері і дитини Тернопільської обласної ради м. Тернополя. Нами досліджено толерантні комунікативні установки лікарів-гінекологів за методикою В. Бойко («Прийняття-неприйняття індивідуальності іншого людини», «Установка на безоцінне сприйняття іншої людини», «Емоційна саморегуляція», «Схильність до перевиховання партнера» та «Нетерпимість до дискомфортних станів партнера») відповідно до середніх показників, які показали, що у лікарів першого відділення сформованість комунікативних толерантних установок вища ніж у лікарів другого відділення (34.48 та 35.43 відповідно).

7. Сприйняття емоційно-напруженої ситуаціїдосліджувалося за методикою О. Борисової та О. Старченкової «Оцінка професійно важких ситуацій». Респонденти дали відповідь на питання блоків, що стосуються оцінок емоційно-значущості ситуації, когнітивної проблеми, керованості (контролю) ситуації та перспектив майбутнього розвитку. Лікарям-гінекологам обох відділень було запропоновано згадати реальну професійну ситуацію спілкування з пацієнтом (з родичами пацієнта) з практики роботи, яку вони для себе позначили як емоційно-напружену.

Складність ситуації визначалася суб’єктивним сприйняттям її суб’єктом спілкування від «Неважлива для мене» до «Важлива для мене» в міру зростання від 1 до 7 балів. За заданими шкалами нами було розраховано загальний індекс стресогенності ситуації, який у лікарів другого відділення значно вищий ніж у лікарів першого відділення (34.52 та 33.90 відповідно).

8. Комунікативні толерантні установки впливають на сприйняття лікарями емоційно-напружених ситуацій професійного спілкування. У лікарів другого відділення це виявляється на порядок вище. Установка прийняття індивідуальності іншого робить спілкування з ними більш зрозумілим; формується тенденція згладжувати конфлікти, менш стресогенно реагувати на ситуацію.

Оцінна позиція по відношенню до партнера робить спілкування з ним більш складним для лікарів-гінекологів другого відділення, а нетерпимість до емоційного стану пацієнта тягне за собою недооцінку перспектив вирішення проблеми і не дозволяє контролювати ситуацію спілкування, що призводить до підвищення рівня загальної стресогенності. Така ситуація зумовлює необхідність впровадження в освітній процес професійної підготовки майбутніх лікарів психологічних дисциплін, які б розкривали ідеї соціально-перцептивних механізмів комунікації та підвищували загальний рівень професійної комунікативної компетентності.

Для обох груп лікарів важливим є завдання регулювання емоційної напруженості в складних ситуаціях спілкування та розвиток якостей, спрямованих на набуття емоційного інтелекту.

9. Розробити та впровадити інноваційні підходи до навчання майбутніх акушерів-гінекологів можливо за успішної реалізації комплексу освітніх кроків щодо розвитку професійних комунікативних навичок , що дозволяють покращити якість акушерсько-гінекологічної допомоги. Викладання дисциплін з даного напряму здатне вирішити завдання підготовки висококваліфікованих кадрів, які б в дальнішому досконало володіли професійними та комунікативними навичками. Усвідомлення майбутніми лікарями парадигми «інформація – освіта – комунікація» дає можливість використовувати комунікацію як сильний засіб, що призводить лікаря до позитивних змін у поглядах та поведінці пацієнта за умови оволодіння ним всім спектром мовних тактик та способами їх реалізації.

Максимально наближені до реальних умов відпрацювання комунікативних навичок оволодіння терапевтичними моделями мовної поведінки в навчальній аудиторії за рахунок рівня вербальної та невербальної комунікації дозволять вийти на новий рівень підготовки майбутніх лікарів. Подальше вивчення мови лікарів акушерів-гінекологів, створення бази текстів професійного спілкування та ситуаційних завдань, дасть можливість поповнити практико-орієнтованим матеріалом освітній процес у медичних закладах вищої освіти.

 **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Агаркова А. О. Комунікативна компетентність в формуванні професійно-етичної культури майбутнього лікаря. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Сер. : Педагогіка і психологія / голов. ред. В. І. Шахов. Вінниця, 2011. Вип. 38. С. 10–15.
2. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2011. 22 с.
3. Агаркова А. О., Філатова І. І. Проблема формування професійноетичної культури майбутнього лікаря у вищому навчальному закладі. Соціально-філософські та економічні співвідношення культури і інформаційного простору : зб. наук. пр. за матеріалами І міжвуз. наук.-теорет. конф. (м. Рубіжне–Луганськ, 29 груд. 2009 р.). / за заг. ред. Журби М. А. Рубіжне. Луганськ, 2009. С. 105–109.
4. Бабак О.Я., Железнякова Н.М., Рождественська А.О., Молодан В.І. Культура спілкування між учасниками освітнього процесу як важлива складова підготовки лікарів-інтернів в умовах дистанційного навчання. Актуальні проблеми вищої медичної освіти і науки: матеріали Всеукраїнської науково- практичної конференції з міжнародною участю (м. Харків, 8 квітня 2021 р.) / ред. кол.: В.А. Капустник, В.Д. Марковський, В.В. М’ясоєдов та ін. Харків : ХНМУ, 2021. С. 21–22.
5. Веденко Б. Г., Веденко Л. Б., Даценко В. Г. та ін. Естетична медицина – крок до покращення медичного обслуговування населення. Актуальні питання сучасної медицини. Вінниця : Нова книга, 2010. С. 244–248.
6. Веденко Б. Г., Мельник В. А., Даценко В. Г. Лікар – хворий, межа поведінки (Думки звичайних лікарів). *Новости медицины и фармации*. 2010. № 22 (350). С. 20–21.
7. Гайдаєнко О. Ф., Горпинюк О. П. Культура спілкування лікаря з пацієнтом. Проблеми та перспективи вищої медичної школи у розробці та реалізації національної стратегії побудови нової системи охорони здоров’я в Україні на період 2015–2025 рр. : тези доп. навч.-метод. конф. (м. Вінниця, 25 берез. 2015 р.). Вінниця : ВНМУ імені М. І. Пирогова, 2015. 255 с.
8. Ганіткевич Я. В. Історія української медицини в датах та іменах. Львів : Вид-во НТШ, 2004. 368 с.
9. Геменна І. Р. Структура готовності майбутніх лікарів до професійної комунікації. *Науковий вісник Ужгородського національного університету : Серія: Педагогіка. Соціальна робота.* Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2016. Вип. 1 (38). С. 101–104.
10. Гриффин Э. Коммуникация: теории и практики. Xарьков : Изд-во «Гуманитарный Центр», 2015. 688 с.
11. Гриців В. Б. Формування професійно-етичної компетентності майбутніх фахівців банківської справи в процесі вивчення гуманітарних дисциплін : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.04 / Нац. акад. Держ. прикордон. служби України ім. Б. Хмельницького. Хмельницький, 2015. 20 c.
12. Гуменна І. Р. Особливості підготовки майбутніх лікарів до професійної комунікації. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені ВО Сухомлинського. Педагогічні науки*, 2015. №1. С. 100–104.
13. Гуменна І.Р. Підготовка майбутніх лікарів до професійної комунікації на засадах міждисциплінарної інтеграції: автореф. дис. … к. пед. наук. 13.00.04 – теорія та методика професійної освіти. 2016. 19 с.
14. Гуревич Р. С., Кадемія М. Ю., Козяр М. М. Інформаційно-комунікаційні технології в професійній освіті майбутніх фахівців: монографія. Львів : ЛДУ БЖД, 2015. С. 3–16.
15. Дзюбенко Ю.В., Олійник Л.В., 2017. Особливості технологічного підходу до навчального процесу у вищій школі як провідного засобу його оптимізації. [on line]. URL : https://www. google. com.ua/search?
16. Дроненко В.В. Дослідження комунікативної компетентності майбутніх лікарів. Медична освіта. 2018. №4. С. 41–47.
17. Дудікова Л. В. Методологічні основи формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних університетах. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Сер. : Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Шахов (голова) та ін. Вінниця : Нілан ЛТД, 2018. Вип. 38. С. 171–174.
18. Дудікова Л. В. Особливості формування компетенцій майбутніх лікарів під час їхнього професійного становлення. Активні методи викладання латинської та іноземних мов у вищих навчальних закладах МОЗ України на базі кафедри іноземних мов : матеріали семінар-наради завідувачів однопрофільних кафедр іноземних та латинської мови ВМ(Ф)НЗ України (м. Дніпро, 6–7 жовт. 2016 р.). Дніпро, 2016. С. 33–35.
19. Дудікова Л. В. Особливості формування професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів у медичних закладах вищої освіти: методичні рекомендації наук.-пед. працівникам. Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2017. 136 с.
20. Дудікова Л. В. Сутність та структура професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Сер. : Педагогіка і психологія : зб. наук. пр. / редкол. : В. І. Шахов (голова) та ін. Вінниця : ТОВ «Нілан ЛТД», 2018. Вип. 53. С. 79–84.
21. Дудікова Л. В. Характеристика структури і змісту професійно-етичної компетентності майбутніх лікарів. Молодий вчений: наук. журн. Херсон: Гельветика, 2017. № 12 (52). С. 374–378.
22. Етичний кодекс лікаря: довідник / заг. ред. I. Д. Герич. Львів : Галицька видавнича спілка, 2009. Вип. 8. 22 с.
23. Ждан В. М., Бабаніна М. Ю., Ткаченко М. В., та ін. Впровадження дистанційної освіти на кафедрі сімейної медицини і терапії. Медична освіта. 2017. № 1. С. 19–22.
24. Карпенко Ю. П. Готовність майбутніх сімейних лікарів до науководослідної діяльності. Актуальні питання гуманітарних наук: міжвузівський збірник наукових праць молодих вчених Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. Дрогобич, 2018. № 21. Т. 1. С. 167–172.
25. Кир’ян Т. І. Розвиток і становлення вищої медичної освіти на початку ХХ століття в Україні. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. 2015. ІІІ (30). Issue 59. URL: [http://seanewdim.com/uploads/3/2/1/3/3213611/kyryan\_t.\_i.\_the\_development\_of\_higher\_medical\_educati on\_in\_the\_early\_twentieth\_century\_in\_ukraine.pdf](http://seanewdim.com/uploads/3/2/1/3/3213611/kyryan_t._i._the_development_of_higher_medical_educati%20on_in_the_early_twentieth_century_in_ukraine.pdf)
26. Кінаш Н.М. Напрямки реорганізації вищої медичної освіти в Україні. Архів клінічної медицини. 2015. № 2. С. 77–80.
27. Клятва Гіппократа. URL : http://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/klyatva-gippokrata/
28. Коваль В. О. Терміни «компетенція» і «компетентність» у контексті професійної підготовки майбутніх учителів-словесників. *Вісник ЖДУ імені Івана Франка,* 2014. № 74. С. 9–14.
29. Компетентнісний підхід. Вікіпедія. URL : <https://uk.wikipedia.org/wiki/>
30. Кончович К.Т. Компоненти, критерії та показники готовності майбутніх учителів філологів до педагогічного спілкування. Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Journal). 2015. №2. С. 44‒47.
31. Корольова Т. В. Педагогічні умови формування фахової культури майбутніх лікарів у процесі їх гуманітарної підготовки. Якість вищої освіти: чинники формування конкурентоспроможності випускників : матеріали XXXIX Міжнар. наук.-метод. конф. : у 2 ч. (м. Полтава, 23–24 січ. 2014 р.) / голов. ред. М. П. Гречук. Полтава : ПУЕТ, 2014. Ч. 1. С. 263–265.
32. Костельнюк С. Особливості комунікативної взаємодії лікаря і пацієнта в сучасному суспільстві. Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку: : зб. наук. праць : матеріали Всеукр. наук.-прак. інтер.-конф. (Переяслав, 23 бер. 2021 р.) Переяслав: Університет Григорія Сковороди в Переяславі, 2021. Вип. 68. С. 35−36.
33. Костельнюк С. П. Успішна професійно-комунікативна компетентність лікарів як важлива складова менеджменту в медичних закладах. Актуальні проблеми менеджменту в умовах сучасних викликів» : зб. наук. праць : матеріали I Міжнародної науково-практичної конференції (Івано-Франківськ, 7−8 квітня 2021 року). Івано-Франківськ, 2021. С. 70−72.
34. Культура віртуального спілкування: методичні поради / Упр. культури, національностей та релігій Хмельниц. облдержадмін.; ХОУНБ ім. М. Островського. Хмельницький, 2014. 28 с.
35. Левенець С. С. Медична етика і деонтологія: реалії і перспективи в роботі лікаря. Медична освіта. 2012. № 4. С. 89–94.
36. Манюк Л. Використання інформаційно-комунікаційних технологій у вищій медичній освіті як педагогічна проблема. Методичні та психолого-педагогічні проблеми викладання іноземних мов на сучасному етапі: шляхи інтеграції школи та ВНЗ: матер. VIII Міжнародної наук.-метод. конф. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна. 2016. С. 119–121.
37. Манюк Л. Структура й зміст фахової комунікативної підготовки майбутніх лікарів в університетах США. *Порівняльна професійна педагогіка*, 2016. №6 (3). С. 109–115.
38. Манюк Л. Технологія врахування лінгвістичних особливостей фахової комунікації майбутніх лікарів. *Педагогічний процес: теорія і практика*, 2016. №4. С. 119–124.
39. Махновська І.Р. Професійна підготовка магістрів сестринської справи в умовах ступеневої освіти: дис. … к. пед. н., 13.00.01 - загальна педагогіка та історія педагогіки. 2015. 364 с.
40. Мащак С. О. Комунікативна компетентність особистості як соціально-психологічна проблема. Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. 2010. Випуск 10. С. 435–444.
41. Международный кодекс медицинской этики: принят на ІІІ-й Генеральной ассамблеей ВМА, Лондон, Англия, октябрь 1949 г. / текущая редакция от 01.10.1983 г. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/990_002>.
42. Мельник І. В. Розгляд поняття культура та її похідних: професійна етика, комунікативна взаємодія та професійне спілкування. *Bulletin of the Cherkasy Bohdan Khmelnytsky National University. Series" Pedagogical Sciences"*. 2017. №1. С. 12‒28.
43. Мінько Л. Ю. Дистанційне навчання у післядипломній освіті лікарів-інтернів. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2017. №2 (58).
44. Микитюк Ю. І., Костельнюк С. П. Моделі взаємодії лікаря і пацієнта. Інновації в освіті: ревлії та перспективи розвитку: зб. наук. праць : матеріали ІІ Міжнародної науково-практичної конференції. (Тернопіль, 25 листоп. 2021 р.) Тернопіль: ЗУНУ, 2021.
45. Основи законодавства України про охорону здоров’я : Закон України від 19.11.1992 № 2802-XII / поточна редакція від 10.03.2018. Відомості Верховної ради (ВВР), 1993, № 4, ст. 19. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/ show/2801-12
46. Подтикан І. В. Особливості формування мотиваційної сфери особистості. Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 9. С. 29–36.
47. Про вищу освіту : Закон України № 1556-VII від 1 липня 2014 р. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2014. № 37–38, ст. 2004. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>
48. Про Національну доктрину розвитку освіти : Указ Президента України від 17 квітня 2002 року № 347/2002. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/ laws/show/347/2002
49. Про освіту : Закон України від 5 вересня 2017 р. № 2145-19. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2017. № 38–39. ст. 380. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>
50. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров’я 2020: український вимір» : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р. URL: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1164- 2011-%D1%80
51. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80>
52. Сахарова А. Е. Коммуникативные личностные свойства врачей различных специальностей. *Практическая медицина.* 2012. № 3 (38). С. 80 – 84
53. Сенюк Б. П., Борейко Л. Д., Юрнюк С. В. Формування професійної компетентності у лікарів-інтернів терапевтичного профілю. Herald pedagogiki. Nauka i Praktyka. 2016. №17-18. С. 89–92.
54. Сисоєва С. Компетентнісно зорієнтована вища освіта: формування наукового тезаурусу. Компетентнісно зорієнтована освіта: якісні виміри : моногр. / редкол. : Огнев’юк В. О., Хоружа Л. Л., Сисоєва С. О., Чернуха Н. М., Терентьєва Н. О. Київ : Київ. ун-т ім. Б. Грінченка, 2015. С. 18–44.
55. Формування інформаційно-комунікаційних компетентностей у контексті євроінтеграційних процесів створення інформаційного освітнього простору. За заг. ред. Бикова В.Ю. і Овчарук О.В. К.: Атіка, 2014. 212 с.
56. Хоружа Л. Л. Теоретичні засади формування етичної компетентності майбутніх учителів початкових класів : автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / Ін-т педагогіки АПН України. Київ, 2004. 45 с.
57. Черезова І. О. Комунікативна компетентність як інтегральна якість особистості. Науковий вісник Херсонського державного університету. Випуск І, Т.1, 2014. С. 103–107.
58. Яворська Т. П. Комунікативні бар’єри як основа порушення професійної взаємодії в лікувальному процесі пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями. *Медицина сьогодні і завтра*, 2018. №*80*(3). С.  69–74.
59. Ahmed, M., Sherwani, Y., Al-Jibury, O., 2015. Gamification in medical education. [on line] URL: http://europepmc.org/articles/ pmc4590351.
60. Bloch F., 2015. A new challenge: The training of eHealth professionals, innovative actorsof eHealth. Medical Teacher. Vol. 37. Issue 5. р. 500. URL: http://www.tandfonline.com/doi/full/ 10.3109/0142159X.2014.970993
61. Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner’s report. Bulletin of the World Health Organization. 2002. Vol. 80 (7). р. 592–593. URL : http://www. who.int/bulletin/ archives/ 80(7) 592.pdf
62. Chajnova L. D., Nazarova K.A., Chajnov V.I. Vestnik RGGU. Serija: Psihologija. Pedagogika. Obrazovanie. 2015. № 1. Pp. 125-133. 7. Kompaniets V.S. Innovative technologies and didactics in teaching: collected papers. Berlin. 2017. Pp. 124‒129.
63. Dronenko V. V. Дослідження комунікативної компетентності майбутніх лікарів. *Медична освіта*, 2018. №4. С. 41–47.
64. Karpenko Y. Principles of Organization of Scientific and Research Work of Students of Higher Medical Educational Institutions. Journal of Danubian Studies and Research. 2018. Vol. 8, No. 2. P. 425–433.
65. Kavathatzopoulos I. The use of information and communication technology in the training for ethical competence in business. Journal of Business Ethics. 2003. Vol. 48. (1). Р. 43–51.
66. Sil’verman Dzh., Kerc S., Drejper Dzh. Navyki obscheniya s pacientami. Moskva: Izdatel’stvo Granat, 2018.
67. Vodopyanova N.E. Psychodiagnostics of stress. Saint-Petersburg, Peter Publ., 2009. 336 p.