

В. Г. Дроненко

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова***ДОСЛІДЖЕННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ
МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ**

V. G. Dronenko

*M. Pyrohov Vinnytsia National Medical University***INVESTIGATION OF THE PROCESS OF FORMING THE
COMMUNICATIVE COMPETENCE OF THE FUTURE PHYSICIANS****Мета роботи** – діагностика комунікативної компетентності майбутніх лікарів.

Основна частина. Успішність фахівця в медицині визначається професійними знаннями й навиками, досвідом і лікарською етикою, а також вмінням реалізувати їх у власній діяльності за рахунок певних особистісних якостей. У структурі комунікативної компетентності ми виокремлюємо комунікативний самоконтроль, толерантність, емпатію, бажання допомогти й орієнтацію на соціальну користь, прагнення до співпраці. У статті описані основні теоретичні підходи до визначення поняття “комунікативна компетентність майбутнього лікаря”, представлено результати діагностики цього особистісно-професійного утворення, описано орієнтовний зміст комунікативних тренінгових вправ для студентів медичного ВНЗ. Наголошено на необхідності формування навиків активного слухання, емпатії, продуктивних стратегій самопрезентації лікаря для успішного виконання своїх професійних обов’язків, для створення довірливих взаємин між лікарем і пацієнтом, для формування авторитету медика.

Висновок. Доведено, що цілеспрямована систематична робота з формування комунікативної компетентності майбутнього лікаря впливає на зміни типів комунікативних реакцій, розвиток емпатії, комунікативного самоконтролю студентів медичного університету.

Ключові слова: майбутні лікарі; комунікація; комунікативна компетентність; емпатія; стратегії самопрезентації; невербальні сигнали; комунікативний тренінг.

The aim of the work – to diagnose future doctors’ communicative competence.

The main body. The success of a specialist in medicine is determined both by professional knowledge, skills, experience, medical ethics and the ability of their practical implementation due to certain personal characteristics. In the structure of communicative competence we distinguish communicative self-control, tolerance, empathy, a wish to help and for cooperation, orientation to social benefits. The article describes the main theoretical approaches to the definition of the concept “communicative competence of the future doctor”, presents the results of diagnostics of this person-professional formation, describes the indicative content of communicative training exercises for students of medical universities. The emphasis is put on the necessity of forming of active listening skills, empathy, productive strategies of self-presentation of a doctor for the successful fulfillment of his professional duties, for creating trusting relationships between a physician and a patient, for the formation of the authority of the physician.

Conclusion. It is proved that purposeful systematic work on the formation of the communicative competence of the future physician influences the changes of the types of communicative reactions, development of empathy, the communicative self-control of students of the medical university.

Key words: future physicians; communication; communicative competence; empathy; self-presentation strategies; nonverbal signals; communicative training.

Вступ. Комунікативна компетентність лікаря є одним із ключових факторів його професійного успіху, необхідним фаховим навиком ХХІ століття, що визначає затребуваність медика на ринку праці, у зв’язку з чим у практиці вищої школи гостро постає питання про необхідність переносу акцентів з технологізації навчального процесу на аспекти особистісного розвитку, зокрема на формування в майбутніх медиків знань і навиків щодо різних ви-

дів і ситуацій комунікативної взаємодії. Як відомо, професійна медична діяльність має свої специфічні особливості: високу частоту міжособистісних контактів при спілкуванні з пацієнтами та їхніми рідними (С. Соловійова, Л. Цветкова), психоемоційні перевантаження, необхідність швидко реагувати на обставини й ухвалювати життєво важливі рішення в умовах дефіциту часу тощо. Успішність фахівця в медицині визначається не тільки й не стільки професійними знаннями й навиками, досвідом і лі-

карською етикою, скільки вмінням реалізувати їх у власній діяльності за рахунок певних особистісних якостей (Л. Вассерман, О. Доніка, Г. Кіпіані, Б. Ясько та ін.), до того ж буває важко оцінити однозначно ефективність цих рішень. У роботах, де розробляються питання основних ознак, за якими пацієнти оцінюють рівень кваліфікації лікаря, зауважується, що на перший план висувається показник “ставлення до пацієнтів”, на друге – “результати лікування хворих”, а вже потім називаються такі маркери, як “досвід роботи”, “відгуки інших пацієнтів”, “особистісні якості лікаря – порядність, ввічливість, обізнаність” і “глибина спеціалізації” тощо [11–15].

З огляду на сказане, актуальним постає питання розвитку комунікативних здібностей, знань і навиків лікаря ще на етапі навчання у вищій школі, адже цей період виявляється сенситивним для формування необхідних професійно важливих якостей і компетентностей, індивідуального стилю професійної діяльності.

Мета роботи. Працюючи зі студентами медичного університету, ми поставили собі за мету виявити рівень комунікативної компетентності майбутніх лікарів і розробити дидактичні засоби розвитку цієї важливої для успішної кар’єри в медицині якості.

Основна частина. Дослідники вказують на декілька вже традиційних моделей спілкування лікаря і пацієнта: інформаційну (холоднокровний лікар і повністю залежний від нього пацієнт), інтерпретаційну (лікар, який уміє переконувати пацієнта), консультативну (довіра і взаємна згода) і патерналістську (лікар-опікун) [5]. Найпоширеніша модель – патерналістська: адже лікар краще знає, як потрібно лікувати пацієнта, утім з появою відкритих інформаційних ресурсів, де можна ще до первинної консультації з лікарем знайти відомості про симптоматику й лікування захворювань, почастишали випадки, коли пацієнти починають сперечатися з лікарем з приводу діагнозу чи тактики лікування хвороби, або детального розпитування з “усіма подробицями” про свій стан. І вже в таких непростих для лікаря ситуаціях комунікативної взаємодії з хворими фахівцеві необхідно мобілізувати відповідні особистісні якості, щоб вибудувати довірливі стосунки, які ґрунтуються на взаємній повазі, розумінні й підтримці, що стане запорукою успішного лікування й одужання пацієнта.

Професійна комунікативна компетентність є предметом спеціальних досліджень у галузі професійної підготовки майбутніх лікарів (С. Герасименко, Ю. Ємельянова, Ю. Лісіцина, С. Чусовлянова, І. Палійчука, О. Уваркіної та ін.), які визначають її

як складову комунікативної культури професіонала, запоруку успішної кар’єри [1–4, 7, 8, 14]. Більшість дослідників трактує комунікативну компетентність лікаря як засновану на комунікативних здібностях, вміннях і знаннях, інтелектуально й мотиваційно обумовлену соціально-професійну характеристику, що дозволяє лікарю самостійно й відповідально реалізовувати ефективні й адекватні комунікативні дії в конкретних ситуаціях міжособистісної взаємодії [3, 4, 13, 15].

Частіше за все в якості складових комунікативної компетентності медиків, що визначають їхню професійну ефективність, дослідники називають: комунікативний самоконтроль, толерантність, емпатію, вміння встановлювати контакти, вміння слухати, уважність, відкритість, низьку конфліктність, бажання допомогти й орієнтацію на соціальну користь, прагнення до співпраці [8, 9, 15]. Недоліками комунікативного розвитку фахівця медичної галузі при цьому вважають підвищений рівень тривожності, емоційну нестабільність, надмірну інтровертованість, агресивність [3, 14, 15].

Нам видається більш точним визначення структури комунікативної компетентності лікаря Мариною Анкваб, яка, потрактовуючи аналізовану професійну здатність як “систему внутрішніх ресурсів, необхідних для побудови ефективної комунікативної дії в певному колі ситуацій взаємодії”, виокремлює в якості складових компетентності “комунікативні здібності, комунікативні уміння і знання, адекватні завданням професійного спілкування й достатні для їх розв’язання” [1]. Таке розуміння структури компетентності дозволяє зробити дві важливі для нас речі: по-перше, діагностувати рівень комунікативної компетентності за наявними широко апробованими стандартизованими методиками вивчення комунікативних здібностей, знань і умінь, а по-друге, визначити конкретні методичні шляхи формування цієї компетентності в студентів медичного ВНЗ відповідно до результатів діагностики і наявних дидактичних ресурсів для досягнення цілей професійного навчання (формування конкретних знань, умінь, навиків, здатності до швидкого аналізу ситуації, професійних цінностей і етики).

Об’єктом нашого дослідження став рівень комунікативної компетентності студентів 3 курсу медичного університету, які навчаються за спеціальністю “Лікувальна справа”. Загальна кількість опитаних – 24 чоловік.

У своєму дослідженні ми послуговувались добре відомими науковому загалу психодіагностичними

методиками, такими, як: тест вивчення комунікативних умінь Л. Міхельсона в адаптації Ю. Гільбуха [12]; тест на виявлення самоконтролю в спілкуванні (Маріон Снайдер) [10], діагностика рівня емпатії І. Юсупова [6].

Вибір методик був зумовлений визначенням у якості складових комунікативної компетентності майбутнього лікаря: загальних комунікативних знань, умінь, навиків, а також специфічних ознак – здатності до емпатії, до самовладання в стресових і конфліктних ситуаціях, до керування власним емоційним станом у спілкуванні з пацієнтами, їхніми рідними й колегами.

Інтерпретація результатів дослідження за тестом комунікативних умінь показала, що лише в 50 % (12 чол.) визначений компетентний тип реагування, у 41,5 % студентів (10 чол.) – залежний тип і в 8,5 % (2 чол.) – агресивний тип реагування.

Компетентний тип реагування, продемонстрований половиною студентів, виявляє людей, спроможних у різних ситуаціях спілкування будувати продуктивну комунікацію, досягати власних професійних комунікативних цілей, ефективно взаємодіяти з партнерами по спілкуванню. Залежний тип, що його демонструють інші студенти, свідчить про залежність від чужої думки, намагання пристосуватися до бажань і дій інших людей, підкорятися наказам старших і керівництва. Агресивний тип реагування, виявлений лише двома студентами з групи, частіше за все свідчить про нетерпимість до думки інших, бажання настояти на своєму, хоча нам здається, що через особливості юнацького віку це може бути свідченням максималізму й егоцентризму.

У ході проведення тесту на виявлення оцінки самоконтролю в спілкуванні визначено, що 12,5 % (3 чол.) студентів мають високий рівень контролю в спілкуванні, переважна більшість майбутніх лікарів показала середній комунікативний контроль – 71 % (17 чол.), решта – 16,5 % (4 студентів) – виявили низький рівень цієї властивості.

Виявлення рівня емпатії засвідчило, що більшість майбутніх лікарів показують доволі високі результати (близько 79 % – 19 чол.), утім варто відзначити, що ці показники можуть бути недостовірними, оскільки близько половини опитаних мають 4 бали (за рекомендаціями автора тесту, така сума підрахунку відповідей свідчить про сумнівну достовірність результатів, що може бути пояснене такими основними причинами, як негативне ставлення до процедури діагностики й свідоме прагнення заплутати дослідника; у нашому випадку можемо

припустити несерйозне ставлення студентів до участі в дослідженні, пов'язане з додатковими витратами часу на виконання тесту й нерозумінням важливості діагностованих якостей для подальшої фахової діяльності).

Як засвідчують результати попередніх досліджень комунікативної компетентності лікарів і студентів медичних ВНЗ, проведених в останні десятиліття [1–3, 8], ознаками високого рівня розвитку цієї здатності виступають: компетентне спілкування як прояв комунікативних знань і умінь, обізнаності у своїй справі, високий рівень комунікативного контролю як вияв навиків діалогу й полілогу, здатність до емпатійного слухання й реагування на слова пацієнта, зумовлена комунікативними здібностями тощо.

Проаналізувавши отримані дані, доходимо висновку, що варто розробити дієвий методичний інструментарій і комплекс дидактичних засобів для розвитку комунікативної компетентності студентів медичного ВНЗ.

Аналіз наукових джерел засвідчує, що серед усієї багатоманітності засобів і шляхів розвитку комунікативної компетентності провідну роль дослідники відводять соціально-психологічному тренінгу. Про досвід організації та методичний інструментарій тренінгового навчання свого часу писали С. Братченко, Ю. Ємельянов, Л. Петровська, В. Рижов та ін. Професійний комунікативний тренінг передбачає засвоєння людиною специфічних знань, умінь, навиків професійного спілкування через інтеріоризацію особливостей професійного середовища, об'єктів цього середовища і взаємодії з ними фахівця [7].

Мета комунікативного тренінгу для майбутніх лікарів полягає у формуванні певної суми психологічних знань, необхідних для роботи з пацієнтами, і спеціальних навиків: уміння встановлювати контакт, слухати, декодувати невербальні сигнали, керувати ходом бесіди, формулювати питання. Важливо також навчити майбутніх лікарів способів керування власними емоціями, зберігати впевненість, контролювати вербальні й невербальні реакції і власну поведінку загалом. Адекватна комунікація передбачає правильне розуміння пацієнта й відповідну до ситуації реакцію на його поведінку: незалежно від того, у якому душевному стані перебуває пацієнт, відчуває він гнів, сум, відчай, тривогу, чи, навпаки, піднесення й оптимістичний настрій, лікар повинен уміти з ним ефективно взаємодіяти для досягнення власних професійних цілей. Емпатія лікаря може бути корисною при невідповідності суб'єктивних ознак чи симптоматики захворюван-

ня, що їх виявляє пацієнт, об'єктивній клінічній картині захворювання (у випадках симуляції або, навпаки, дисимуляції симптомів, при агравації та анозогнозії). А від того, як складаються стосунки між лікарем і пацієнтом, багато в чому залежить ефективність лікування.

Коротко представимо зміст основних етапів і вправ комунікативного тренінгу для студентів медичного університету.

На *першому етапі* учасникам-студентам пропонується вивчити й відпрацювати в парах навички успішного ведення перемовин із пацієнтом у форматі первинної консультації. Акцентуємо увагу на формуванні вмінь знімати тривожний стан пацієнта і формувати довіру до лікаря; впевнено й переконливо презентувати план і тактику лікування хвороби, обґрунтовувати необхідні рішення (болючі процедури, матеріальні витрати тощо), попереджати конфлікти й скарги пацієнтів, уникаючи стресів і професійного вигорання лікаря.

Вправа перша: “Підготовка до прийому пацієнта. Самопрезентація”.

У ході вправи студенти – майбутні лікарі мають навчитися створювати довіру до лікаря і до клініки й адекватно реагувати на запити й очікування пацієнта (адже уявлення останнього про хорошого лікаря та якісне лікування, здебільшого, суб'єктивне, тому тут можливі певні претензії вже на початковому етапі спілкування).

Студентам пропонується відпрацювати в парах прийоми початку бесіди з клієнтом, починаючи з питань загального характеру, що дають повну свободу для відповідей (Що привело Вас до нас? Чому Ви обрали нашу клініку?), і завершуючи фразами, які орієнтовані на формування довіри до лікаря та закладу.

Корисно буде відпрацювати різні техніки самопрезентації лікаря на першій консультації (найбільш універсальна модель стратегій самопрезентації для цього тренінгу, на нашу думку, є модель І. Джонса – Т. Піттмана) [16].

У парах ми пропонуємо студентам відпрацювати *стратегії ingratiating, self-promotion, intimidation, exemplification* як найбільш типові для сучасних лікарів.

Перша стратегія – *ingratiating* – прагнення сподобатися – виражається через лестощі, виказування прихильності, згоди, і має на меті здобуття авторитету привабливості.

Друга стратегія – *self-promotion* – самопросування, самореклама – виражається у демонстрації обізнаності, вправності, можливо, навіть – у само-

вихвалянні, і має на меті видатися компетентним і отримати перед пацієнтом авторитет експерта, утім самопросування має на меті отримання з боку інших – і пацієнтів, і їхніх родичів, і колег – насамперед поваги, а найбільш ефективний спосіб самопросування – демонстрація власної компетентності, своїх професійних знань і умінь.

Третя стратегія – *intimidation* – залякування – виражається у висуванні вимог до пацієнта, погрозах невтішним прогнозом перебігу хвороби тощо. Має на меті отримання влади страху, псевдоавторитету, оскільки такі лікарі помилково вважають, що від залякувань пацієнта їхній авторитет підвищиться.

Четверта стратегія – *exemplification* – пояснення через приклад – виражається у прагненні видаватися достойним наслідування і мати владу такого собі наставника пацієнта.

Після виконання вправи ми звертаємо увагу студентів на історичний аспект становлення різних моделей взаємин між пацієнтом і лікарем, що породили різні стратегії самопрезентації медика, і акцентуємо на найбільш універсальному і прийнятному підході. Лікар, який знає набагато більше, ніж пацієнт, отримує над хворим певну владу – це традиція, що бере свій початок ще зі стародавніх часів, коли лікарями були жерці, шамани, знахарі. Нині в багатьох країнах світу вкорінюється тенденція до співпраці між лікарем і пацієнтом, тому найбільш продуктивною стратегією самопрезентації видається сучасним студентам стратегія самопросування, коли лікар отримує перед пацієнтом авторитет експерта.

Вправа друга: “Стан пацієнта”.

Теоретичний матеріал для опрацювання: пацієнт на прийомі може переживати суперечливі емоції. Очікування болю, різного роду упередження хворого викликають в нього стресовий стан, що часто стає на заваді адекватному сприйняттю пропозицій лікаря. Тому перед початком вправи варто акцентувати на тому, що : а) здоров'я і зовнішній вигляд людини належать до найбільш значущих суб'єктивних цінностей особистості – і певні проблеми із ними посилюють переживання пацієнта; б) працюючи в інтимному особистісному просторі людини, лікар повинен постійно контролювати й прогнозувати динаміку стану хворого, підтримувати довірливі стосунки упродовж всього періоду діагностування хвороби і її лікування; в) завданням цього етапу комунікації є зняття тривожного стану пацієнта. Взагалі, вміння керувати стресом пацієнта під час перебігу прийому/діагностики/лікування запобігає емоційному вигоранню самого лікаря.

Студентам пропонується відпрацювати в парах техніку ведення бесіди першої консультації. Після отримання перших відповідей радимо застосувати прийоми ефективної комунікації – універсальні техніки активного слухання.

На цьому етапі студенти мають виробити алгоритм проведення консультації, оволодіти прийомами активного слухання. Скажімо, як-от *приєднання* (переговорний прийом, який використовують зазвичай ініціатори розмови для встановлення контакту зі співрозмовником, при цьому останньому видається, що його добре розуміють): після того як пацієнт тричі відповість “так” на очевидні питання, збільшиться імовірність того, що в четвертий раз, даючи відповідь на неочевидне питання, він погодиться із лікарем. Наприклад: “Ваше ім’я – Петренко Іван Маркович?”, “Вам 53 роки?”, “Ви маєте виразкову хворобу шлунка?” і “Ви готові розпочати серйозно лікуватися?”.

Серед загальних правил спілкування варто виокремити також невербальні сигнали, які є гарним засобом для встановлення довірливих стосунків, утім з ними також варто бути обережним – не порушувати особистісного простору пацієнтів (відстань між лікарем і собою повинен встановлювати сам пацієнт, зазвичай, вона складає від 0,5 м до 1 м), уникати дружніх жестів, поплескувань по плечу чи рукостискань, провідним залишаться зоровий контакт, за допомогою якого ви даєте можливість зрозуміти, що ви щиро прагнете допомогти пацієнту і він може вам довіритися (під час виконання цієї вправи варто також пропрацювати навички встановлювати зоровий контакт у парах студентів), утім, необхідно зауважити, що тривалий пильний погляд лікаря часто змушує пацієнтів ніяковіти.

Навчаємо студентів визначати провідну систему сприйняття пацієнта через слова-маркери, які допомагають його краще зрозуміти (візуал використовує дієслова, пов’язані із зоровим сприйняттям – очевидно, бачу, спостерігаю (як *бачите, лікарю, я на це не скаржусь*, аудіал – слова, пов’язані із слуховою діяльністю аналізаторів – слухати, гучно, казати, скаржитися, тихо (*послухайте, лікарю, я не завжди довіряю тому, що чую від інших людей*), люди з провідним кінестетичним каналом сприйняття інформації акцентують на відчуттях – комфортно, незручно, сумно, гаряче, відчуваю (*лікарю, я чомусь відчуваю сильну тривогу...*)).

Тренуємося надавати відповідь і роз’яснення пацієнту за допомогою інструментів провідного аналізатора, застосовуючи фрази-кліше:

Лікарю, бачите, я геть розгубився – Не хвилюйтеся, я пропоную розглянути ситуацію з усіх боків;

Послухайте, лікарю, мене цей симптом турбує вже давно – Дозвольте я висловлю власну думку і озвучу результати лабораторних досліджень, які кажуть про інше... ;

Лікарю, я відчуваю, що це вже кінець... – Шановний, давайте ми присядемо і заспокоїмося. Вам зручно так сидіти? Пропоную спокійно проаналізувати ситуацію.

Більше того, вже на етапі першої консультації лікар повинен при встановленні контакту слухати й запам’ятовувати перші слова пацієнта, щоб надалі відповідати йому в тому ж темпі, зі схожою інтонацією. Це дасть змогу надалі керувати перебігом розмови з пацієнтом, ставити питання, що вимагають розгорнутих відповідей, уникати пауз, перебирати ініціативу на себе, підводити пацієнта до мети консультації.

Критеріями оцінювання бесіди з пацієнту ході тренінгу стали: структура й формальні характеристики розмови: встановлення контакту – пізнавальний аспект (надання адекватної медичної інформації, зрозумілої пацієнтові), емоційний аспект (використання технік активного слухання, установка на позитивне ставлення до пацієнта), з’ясування симптомів захворювання, виявлення супутніх захворювань і причин їх появи, обговорення плану лікування й окреслення перспектив, підведення підсумків бесіди.

Другий етап тренінгу передбачає підключення суто професійних знань і навичок для постановки діагнозу і повідомлення про це пацієнтові.

Третя вправа “Загадкові жести”.

Мета вправи – без використання слів невербально (жестами, мімікою, позами) повідомити лікарю, що в хворого болить – як болить? – де болить? – як довго?

Інструкція: “пацієнтам” роздають заздалегідь підготовлені картки, де описані симптоми й скарги хворого. Робота відбувається в мікрогрупах (5-6 чоловік для зручності взаємного оцінювання), потім учасники міняються ролями.

Після проведення вправи важливо забезпечити зворотний зв’язок, запитати в “лікарів”, з якими труднощами вони зустрілися? Що дратувало? Що сподобалось?

Вправа четверта – “Вільне дихання”.

Її мета – навчити учасників контролювати власні внутрішні стани.

Інструкція: коли ми через щось сильно переживаємо, то часто затримуємо дихання, тому зараз

маємо навчитися це дихання вивільнювати. Така техніка – один зі способів розслаблення. Упродовж трьох хвилин пропонуємо учасникам дихати повільно, спокійно, глибоко, краще – із заплющеними очима. Озвучуємо орієнтовно такий текст: “Випряміть спину, розслабтеся. Дихайте повільно, спокійно. Насолоджуйтеся цим повільним диханням, уявіть, як із кожним видихом ваші проблеми й негаразди відлітають далеко-далеко. Ви спокійні. Ви себе повністю контролюєте. Все добре”.

Вправа п'ята “Мій ідеальний лікар”.

Мета вправи – описати ідеального лікаря в подобицях, і відзначити, які якості притаманні самим студентам, які ще потрібно розвивати, а яких немає зовсім.

Потім варто обов'язково обговорити зі студентами, яким професійними і особистісними рисами повинен бути наділений сучасний компетентний і успішний лікар, вказавши на комунікативні уміння й навички, потрібні йому як справжньому фахівцеві.

Висновки. Ми представили орієнтовний зміст вправ комунікативного тренінгу для студентів – майбутніх лікарів, такі тренінги ми зробили традиційними і після проведення декількох занять у цьому форматі провели ще одну процедуру діагностики рівня комунікативної компетентності в наших студентів. За її результатами ми побачили зростання показників за типами когнітивних умінь: після тренінгів збільшилася на 25 % частина студентів із компетентним типом реагування – 18 чол. (75 %), на

16,5 % зменшилася кількість студентів із залежним типом реагування – 6 чоловік (25 %), агресивний тип реакцій не продемонстрував жоден із майбутніх лікарів. Натомість зміни в комунікативному самоконтролі не такі значні: 5 студентів демонструють високий рівень комунікативного самоконтролю, середній – 15 чоловік, кількість студентів із низьким рівнем залишилася незмінною – 4 майбутніх лікарів.

Відбулися позитивні – хоча й не дуже значні зміни в рівні емпатії студентів-медиків: 75 % молодих людей (18 чоловік) виявили нормальний і високий рівень емпатійності із загальною сумою збігів за лініями підрахунків у 2 і 3 бали, що свідчить про достовірність результату на відміну від попереднього етапу діагностики. 4 студенти показали дуже високий рівень емпатії, але їхні результати не є достовірним (сума збігів – 4 і 5 балів), достовірний результат виявився у студентів із низьким рівнем емпатії, які перебувають у значній меншості – 2 чоловіки.

Результати другого етапу діагностики комунікативної компетентності студентів медичного університету засвідчили необхідність цілеспрямованої роботи над комунікативним потенціалом майбутніх лікарів, вказали на вузькі місця професійного навчання лікаря комунікативних навичок, і надихнули на створення цілісної системи наскрізної комунікативної підготовки майбутніх лікарів упродовж всіх етапів професійного становлення – що й стане предметом і метою наших подальших наукових пошуків і методичних розробок.

Список літератури

1. Анкваб М. Ф. Формирование профессиональной коммуникативной компетентности будущих врачей в условиях региона : автореф. дисс. канд. пед. наук / М. Ф. Анкваб. – Владикавказ, 2012. – 26 с.
2. Болучевская В. В. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом (Лекция 1) [Электронный ресурс] / В. В. Болучевская, А. И. Павлюкова // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 1. – Режим доступа : <http://medpsy.ru> (дата обращения: 15.04.18).
3. Васильева Л. Н. О коммуникативной компетентности будущих врачей / Л. Н. Васильева // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5, № 5. – С. 16.
4. Герасименко С. Л. Коммуникативная культура врача: проблемы и опыт формирования в медицинском вузе / С. Л. Герасименко // Вестник Мордовского университета. – 2009. – № 2. – С. 206–213.
5. Ефименко С. А. Социология пациента : автореф. дисс. ... д-ра социолог. наук / С. А. Ефименко. – М., 2007. – 46 с.

6. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2013. – С. 287. – (576 с.).
7. Мадалиева С. Х. К вопросу об организации развития коммуникативной компетентности у студентов-медиков / С. Х. Мадалиева, С. Т. Ерназарова, А. Ж. Кудайбергенова // International journal of experimental education. – 2016. – № 2. – С. 334–337.
8. Михайлюк Ю. В. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза (теоретические и практические аспекты) : учеб.-метод. пособие / Ю. В. Михайлюк, В. А. Хриптович, В. А. Манулик. – Минск : БГМУ, 2015. – 68 с.
9. Муравьева О. И. Психология коммуникативной компетентности : учебник / О. И. Муравьева. – Томск : Изд-во Томского ун-та, 2012. – 160 с.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский Дом “БАХРАХ”, 1998. – 672 с.

11. Решетников А. В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода к рыночной экономике / А. В. Решетников // Социологические исследования. – 2003. – № 1. – С. 92.

12. Тест коммуникативных учений Михельсона [Электронный ресурс]. – <http://azps.ru/tests/5/mihelson.html>.

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

References

1. Ankvab, M.F. (2012). Formirovaniye professionalnoy kommunikativnoy kompetentnosti budushchikh vrachey v usloviyakh regiona [Formation of professional communicative competence of future doctors in the conditions of the region]. *Extended abstract of Candidate's thesis*. Vladikavkaz [in Russian].

2. Boluchevskaya, V.V., & Pavlyukova, A.I. (2011). Obscheniye vracha: sozdaniye polozhitelnykh vzaimootnosheniy i vzaimoponimaniya s patsientom [Communication of the doctor: the creation of positive relationships and mutual understanding with the patient]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* – *Medical Psychology in Russia: Electron. Sci. Journal*, 1. Retrieved from: <http://medpsy.ru>.

3. Vasilyeva, L.N. (2013). O kommunikativnoy kompetentnosti budushchikh vrachey [On the communicative competence of future doctors]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii – Medical Psychology in Russia*, 5, 5, 16 [in Russian].

4. Gerasimenko, S.L. (2009). Kommunikativnaya kultura vracha: problemy i opyt formirovaniya v meditsinskom vuze [Communicative culture of a doctor: problems and experience of formation in medical high school]. *Vestnik Mordovskogo universiteta – Bulletin of the Mordovian University*, 2, 206–213 [in Russian].

5. Efimenko, S.A. (2007). Sotsiologiya patsienta [Sociology of the patient]. *Extended abstract of Doctor's thesis*. Moscow [in Russian].

6. Ilin, E.P. (2013). *Psikhologiya obscheniya i mezhlichnostnykh otnosheniy [Psychology of communication and interpersonal relations]*. Saint-Petersburg: Piter [in Russian].

7. Madaliyeva, S.G., Ernazarova, S.T., & Kudaybergenova, A.Zh. (2016). K voprosu ob organizatsii razvitiya kommunikativnoy kompetentnosti u studentov-medikov [On the issue of the organization of the development of communicative competence among medical students]. *International Journal of Experimental Education*, 2, 334–337 [in Russian].

8. Mikhaylyuk, Yu.V., Griptovich, V.A., & Manulik, V.A. (2015). *Formirovaniye kommunikativnoy kompetentnosti u studentov meditsinskogo vuza (teoreticheskie i prakticheskie aspekty): ucheb.-metod. posobie [Formation of communicative competence among medical students (theoretical and*

14. Урванцев Л. П. Психологический анализ коммуникативной компетентности будущего врача / Л. П. Урванцев, Л. Н. Васильева // Ярославский психологический вестник. – Ярославль : Ремдер, 2002. – Вып. 9. – С. 99–105.

15. Яковлева Н. В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в вузе (на материале деятельности врача) : автореф. дисс. канд. психол. наук / Н. В. Яковлева. – Ярославль, 1994.

16. Jones E. E. Toward a general theory of strategic self-presentation / E. E. Jones, T. S. Pittman // *Psychological Perspectives on the Self*. – 1982. – No. 1.

practical aspects): the teaching method.]. Minsk: BGMU [in Russian].

9. Muravyeva, O.I. (2012). *Psikhologiya kommunikativnoy kompetentnosti: Uchebnik [Psychology of communicative competence: Textbook]*. Tomsk: Izd-vo Tomskogo un-ta [in Russian].

10. Raygorodskiy, D.Ya. (1998). *Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testy : Uchebnoe posobie. [Practical psychodiagnostics. Techniques and tests: A Tutorial]*. Samara: Izdatelskiy Dom “BAHRAH” [in Russian].

11. Reshetnikov, A. (2003). Sotsialnyy portret potrebitelya meditsinskikh uslug v Rossii v period perekhoda k rynochnoy ekonomike [Social portrait of the consumer of medical services in Russia during the transition to a market economy]. *Sotsiologicheskie issledovaniya – Sociological Research*, 1, 92 [in Russian].

12. Тест коммуникативных учений Михельсона [Test of communicative teachings of Michelson]. Retrieved from : <http://azps.ru/tests/5/mihelson.html> [in Russian].

13. Uvarkina, O.V. (2003). Kомуникативна культура як фактор формування особистості студента-медика [Communicative culture as a factor in the formation of the personality of a medical student]. *Informenergetika III tysiacholittia: sotsiolo-ho-synerhetychnyi ta medyko-ekolohichnyi pidkhody: zb. nauk. prats – Informenergetics of the 3rd Millennium: sociological-synergetic and medical-ecological approaches: a collection of sciences works*. Kyiv; Kryvyi Rih [in Ukrainian].

14. Urvantsev, L.P. (2002). Psihologicheskii analiz kommunikativnoy kompetentnosti budushchogo vracha [Psychological analysis of the communicative competence of a future doctor]. *Yaroslavskiy psihologicheskii vestnik – Yaroslavl Psychological Bulletin*, 9, 99–105 [in Russian].

15. Yakovleva, N.V. (1994). Psikhologicheskaya kompetentnost i ee formirovaniye v protsesse obucheniya v vuze (na materii ale deyatel'nosti vracha) [Psychological competence and its formation in the process of training in a university (on the mother of a doctor's activity)]. *Extended abstract of Candidate's thesis*. Yaroslavl [in Russian].

16. Jones, E.E., & Pittman, T.S. (1982). Toward a general theory of strategic self-presentation. *Psychological Perspectives on the Self*, 1.

Отримано 25.06.18

Електронна адреса для листування: 9801435@gmail.com